

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Erweiterte Suizide“ in Berlin zwischen 2005 und 2013
Eine Obduktionsstudie

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Milan Raoul Zimmermann

aus Frankfurt am Main

Datum der Promotion: 25.06.2017

„Rechne hinzu, daß ich eine Freundin gefunden habe, deren Seele wie ein junger Adler fliegt, wie ich noch in meinem Leben nichts ähnliches gefunden habe; die meine Traurigkeit als eine höhere, festgewurzelte und unheilbare begreift, und deshalb, obschon sie Mittel genug in Händen hätte mich hier zu beglücken mit mir sterben will, die mir die unerhörte Lust gewährt, sich um dieses Zweckes willen, so leicht aus einer ganz wunschlosen Lage, wie ein Veilchen aus einer Wiese heraus heben zu lassen; die einen Vater, der sie anbetet, einen Mann, der großmütig genug war sie mir abtreten zu wollen, ein Kind, so schön und schöner als die Morgensonne, nur meinetwillen verläßt: und Du wirst begreifen, daß meine ganze jauchzende Sorge nur sein kan, einen Abgrund tief genug zu finden um mit ihr hinab zu stürzen (1).“

Brief von Heinrich von Kleist an Marie von Kleist, kurz bevor er Henriette Vogel und im Anschluss sich selbst erschoss (1).

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	9
1.1. Definition des „erweiterten Suizides“	9
1.2. Fragestellungen und Zielsetzung der Promotion	11
1.2.1. Charakteristika und Häufigkeit im Vergleich zu internationalen Studien.....	11
1.2.2. Kategorisierung	12
1.2.3. Abgrenzungsproblematik und Methodik.....	12
1.2.4. Prävention	12
1.2.5. Begriff und Definition.....	12
2. Grundlagen	13
2.1. Herkunft und geschichtlicher Hintergrund des Begriffes	13
2.2. Häufigkeit und Epidemiologie	13
2.3. Typologie	15
2.4. Klassifikation	20
2.5. Motive	21
2.6. Juristische Bewertung des „erweiterten Suizides“	26
3. Methodik	28
4. Ergebnisse	30
4.1. Häufigkeit	30
4.2. Anzahl der Opfer	31
4.3. Geschlecht	31
4.4. Alter	32
4.5. Art der Beziehung zwischen Opfern und Tätern	35
4.6. Konflikte und häusliche Gewalt	36
4.7. Kriminelle Vorgeschichte	36
4.8. Bildung, Beruf und finanzielle Situation des Täters	37
4.9. Herkunft	37
4.10. Tatort (Bezirk, Wohnung, Zimmer)	38
4.11. Monat, Wochentag, Tageszeit und Zeitspanne	39
4.12. Todesursache und Lokalisation der todesursächlichen Verletzung	41
4.13. Tatwaffen	46

4.14. Weitere Verletzungen	50
4.15. Chemisch-toxikologischer Befund und Vorgeschichte mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.....	51
4.16. Somatische Vorerkrankungen und Pflegebedürftigkeit.....	52
4.17. Psychische Vorerkrankungen	53
4.18. Vorankündigung und Planung der Tat.....	53
4.19. Abschiedsbrief.....	55
4.20. Motive.....	55
4.21. Körperverletzung, Mitnahme von Tieren und Sachbeschädigung.....	58
4.22. „Einseitig vollendete gemeinsame Suizide“	59
5. Diskussion	60
5.1. Diskussion der eigenen Ergebnisse im Vergleich zu internationalen Studien.....	60
5.1.1. Häufigkeit	60
5.1.1.1. USA.....	61
5.1.1.2. Japan.....	62
5.1.1.3. Südafrika	62
5.1.1.4. Schweiz.....	62
5.1.1.5. Italien.....	62
5.1.1.6. Norwegen.....	62
5.1.1.7. England und Wales	63
5.1.1.8. Niederlande	63
5.1.1.9. Belgien	63
5.1.1.10. Deutschland	63
5.1.1.11. Internationale Daten.....	64
5.1.2. Geschlecht	64
5.1.3. Alter.....	64
5.1.4. Beziehung und Motive	65
5.1.5. Tatort.....	66
5.1.6. Zeit	67
5.1.7. Todesursachen und Tatwaffen	67
5.1.8. Abwehrverletzungen und häusliche Gewalt.....	68
5.1.9. Psychiatrische Erkrankungen	68
5.1.10. Alkohol, Drogen, Medikamente	68
5.2. Kategorisierung	69
5.3. Abgrenzungsproblematik und Methodik	74

5.3.1. Abgrenzungsproblematik	75
5.3.1.1. Differentialdiagnosen und Unterformen des „erweiterten Suizids“	75
5.3.1.1.1. Mord mit anschließendem Suizid	75
5.3.1.1.2. Schutzbehauptung.....	75
5.3.1.1.3. Natürlicher Tod	75
5.3.1.1.4. Mehrfachmord	75
5.3.1.1.5. „Dual homicides“	76
5.3.1.1.6. „Murder-accident“	77
5.3.1.1.7. „Accident-accident“	77
5.3.1.1.8. „Manslaughter-suicide“	77
5.3.1.1.9. Der Begriff der „Erweiterung“	78
5.3.1.1.10. Suizid mittels PKW, Bus oder anderen Transportmitteln.....	78
5.3.1.1.11. Flugzeugabstürze	80
5.3.1.1.12. „Suicidal bombings“	81
5.3.1.1.13. Amokläufe.....	82
5.3.1.1.14. „Suicide-by-cop“	83
5.3.1.1.15. Provokation einer Todesstrafe.....	83
5.3.1.2. Abgrenzungsproblematik zum gemeinsamen Suizid	84
5.3.1.2.1. Diskussion vermeintlicher „einseitig vollendeter gemeinsamer Suizide“	85
5.3.1.2.2. Die Frage der Freiwilligkeit	86
5.3.1.2.3. „Suicide clusters“	87
5.3.1.2.4. Abgrenzung zu „erweiterten Suiziden“	88
5.3.1.2.5. Abgrenzung zu Suiziden.....	89
5.3.1.2.6. Charakteristika von gemeinsamen Suiziden	90
5.3.1.2.7. Kombinationen von „erweitertem und gemeinsamen Suizid“	91
5.3.1.3. Abgrenzung zum alleinigen Suizid und zum alleinigen Mord.....	91
5.3.1.3.1. Abgrenzung zum Suizid.....	91
5.3.1.3.2. Abgrenzung zum Mord	92
5.3.1.3.3. Gemeinsamkeiten zwischen Suiziden und „erweiterten Suiziden“	93
5.3.2. Methodik	94
5.4. Prävention	100
5.4.1. „Risk assessments“	100
5.4.2. Erkennung und Prävention von häuslicher Gewalt.....	100
5.4.3. Erkennung einer suizidalen Intention.....	101
5.4.4. Problem der Stigmatisierung depressiver Menschen und Aufklärung	101
5.4.5. Rolle der Medien	102
5.4.6. Therapeutische Aspekte	102

5.4.7. Verhinderung von „filicide-suicides“ weiblicher Täter	103
5.4.8. Verhinderung von „erweiterten Suiziden“ männlicher Täter.....	103
5.4.9. Zentrale Register	103
5.4.10. Eigene ICD-Diagnose	104
5.4.11. Psychopathologischer Befund	104
5.4.12. Besondere Aspekte in Bezug auf Polizeibeamte	105
5.4.13. Zur Frage der Waffengesetze	105
5.4.14. Verhinderung von herbeigeführten Flugzeugabstürzen.....	106
5.4.15. Weitere Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit.....	106
5.4.16. Fazit	107
5.5. Begriffe, Definitionen, Unterformen und Abgrenzung	107
5.5.1. Kontroversen.....	107
5.5.2. Schlussfolgerungen	108
5.6. Zukünftige Studien	110
6. Zusammenfassung	111
7. Literaturverzeichnis	115

Abstrakt

„Erweiterte Suizide“ in Berlin zwischen 2005 und 2013. Eine Obduktionsstudie.

Einleitung „Erweiterte Suizide“ stellen insgesamt ein seltenes Phänomen dar. Sie sind definiert über die Tötung mindestens eines Menschen durch eine Person, die selbst Suizid begeht. Die suizidale Intention steht dabei am Anfang des Tatablaufs. Meist handelt es sich um männliche Täter, die ihre ehemalige Partnerin nach einer Trennung töten. Die vorliegende Arbeit verfolgt vorrangig das Ziel, erstmals die Häufigkeit und Typologie von „erweiterten Suiziden“ in Berlin zu ermitteln und die Ergebnisse mit internationalen Studien zu vergleichen.

Methodik Es wurden die Obduktionsakten aus den Archiven des Rechtsmedizinischen Institutes der Charité und des Landesinstitutes für gerichtliche Medizin Berlin bezüglich „erweiterter Suizide“ für die Jahre 2005 bis 2013 deskriptiv und statistisch analysiert.

Ergebnisse Insgesamt fanden sich 17 Fälle mit 17 Tätern und 20 Opfern. Die Täter waren jeweils Männer und die Opfer zu 90% Frauen. Am häufigsten wurden Schusswaffen verwendet. Allein in sieben Fällen waren Opfer und Täter mindestens 80 Jahre alt, in sechs dieser Fälle spielten Erkrankungen als Motiv eine Rolle. Der Mittelwert des Täteralters betrug 63 Jahre.

Schlussfolgerungen Wichtig bleibt die weitere Einschränkung des Schusswaffenbesitzes, der Aufbau einer Datenbank zur Erfassung von „erweiterten Suiziden“ in Berlin, die Vereinheitlichung der Definitionen von „erweiterten Suiziden“, die Durchführung überregionaler und interdisziplinärer Studien zu dem Thema und die Verbesserung von medizinischen und pflegerischen Strukturen zur Unterstützung älterer und depressiver Menschen.

Abstract

Murder-suicides in Berlin between 2005 and 2013. A study of autopsy files.

Introduction Murder suicides are all in all a very rare phenomenon. They are defined as the murder of at least one person and the suicide of the offender following the murder. The intention for the suicide must be primary. In most cases there is a male offender killing a female victim after a separation. The current work aims to describe the frequency and typology of murder-suicides in Berlin for the first time.

Methods I studied the autopsy files of the „Rechtsmedizinische Institut der Charité“ and of the „Landesinstitut für gerichtliche Medizin Berlin“. It is a descriptive and statistic analysis of cases, which took place between 2005 and 2013.

Results I found 17 cases of murder-suicides. There were 17 offenders being male in all cases and 20 victims being female in 90% of the cases. The offenders used firearms in the majority of the cases. In seven cases, the victims and offenders were at least 80 years old. The average age of the offenders was 63 years. The motives in 6 cases of those older offenders were diseases.

Conclusions It is important to promote stricter laws regarding guns, to build up a database for murder-suicides in Germany, to agree on a uniform definition of murder-suicides, to carry out nationwide and interdisciplinary studies on this topic and to improve the existing health care structure especially for old and depressive people.

1. Einleitung

1.1. Definition des „erweiterten Suizides“

Im Folgenden soll im Detail auf den Begriff „erweiterter Suizid“ eingegangen und gezeigt werden, welcher geschichtliche Hintergrund zu der Begriffsentstehung beigetragen hat. Pollak nennt folgende Definition: „Ein erweiterter Suizid (Mitnahmesuizid, „homicide-suicide“) liegt vor, wenn eine zur Selbsttötung entschlossene Person einen (oder mehr) Menschen ohne dessen/deren Einverständnis oder gegen dessen/deren Willen in die Tötungshandlung einbezieht“ (2).

Als entscheidend wird angesehen, dass der Entschluss zur Selbsttötung vor demjenigen zur Tötung anderer Menschen steht und den primären Antrieb für den gesamten Tatablauf darstellt („suicide is always primary“) (3) (4).

Andere Autoren sehen allerdings Probleme in der nachträglichen Beurteilung, welche Intention tatsächlich primär war (5).

In der Literatur findet sich teilweise die Forderung nach einem „spontanen, unreflektiertem Entscheidungsablauf“ als Voraussetzung zur Definition „eines erweiterten Suizides“ (4) (6) (7). Dem widerspricht Joiner, der mit Bezug auf seine Datenauswertung, auch in Hinblick auf alleinige Suizide, die in ihrer Typologie sehr den „erweiterten Suiziden“ ähneln, konstatiert, dass die Tat in der Regel vorher durchdacht und geplant werde (3): „ (...) like suicide, murder-suicide, far from being impulsive, is planned well in advance of the act (3).“ Auch nach Marzuk et al. gehe diesen Taten häufig eine Planung voran (8).

Eine Festlegung auf eine feste Zeitspanne zwischen Homizid(en) und dem Suizid wird in der Literatur äußerst kontrovers diskutiert. In ihrem vielfach zitierten Artikel geben Marzuk et al. eine Zeitspanne von maximal einer Woche an. In den von ihnen ausgewerteten Artikeln reichte die zu Grunde gelegte Zeitspanne von einem Tag bis zu drei Monaten (8) (9). Auch Palermo sieht die Notwendigkeit zur Angabe einer Zeitspanne, insbesondere wegen der besseren Differenzierungsmöglichkeit zwischen einem „erweiterten Suizid“ und einem Suizid aus Reue ob der Fremdtötung (10).

Joiner argumentiert an dieser Stelle anders: „... time lag per se is not an essential aspect of the definition of murder-suicide (3).“

Als entscheidend wird teilweise eine „Einbeziehung des anderen in die eigene Psychodynamik“ gesehen (4). „Continuity of process is essential to the definition of murder-suicide (3).“

Eine Tötung aus Reue oder um der Verfolgung durch die Strafverfolgungsbehörden zu entgehen im Sinne eines Suizides nach einer Fremdtötung fällt nicht unter den Begriff „erweiterter Suizid“. Entscheidend ist in diesen Fällen, dass der Suizid nicht die primäre Intention für die Tat darstellt (3).

Die Voraussetzung einer „altruistischen Motivation“ (6), die v.a. in älteren Artikeln vielfach genannt wird, wird heutzutage als generelles Kriterium in den meisten Veröffentlichungen abgelehnt. Diese Motivation findet sich nur in einem Teil der Fälle von „erweiterten Suiziden“ wieder (3). Thomas Joiner schlägt eine neue an Motive gekoppelte Definition des „murder-suicide“ vor, die zugleich eine Kategorisierung darstellt, weshalb darauf genauer in den Kapiteln „Kategorisierung“ und „Motive“ eingegangen werden soll.

Überlebt der Täter, so wird dies als „unvollendeter erweiterter Suizid“ oder „mislungener erweiterter Suizid“ bezeichnet (5). Ein weiterer Fachbegriff dafür ist der „homicide-parasuicide“ (11).

Für den „erweiterten Suizid“ werden in der deutschsprachigen und internationalen Literatur weitere Synonyme verwendet. Dazu zählt, wie schon in der Definition erwähnt, der Begriff „Mitnahmesuizid“, der v.a. in der juristischen Literatur gebräuchlich ist (5), aber auch „Homizid-Suizid“ und in der internationalen Literatur „murder-suicide“ (8) (12). Berman verwendete den Begriff des „dyadic death“, um damit sowohl Fälle von „erweiterten Suiziden“, als auch bestimmte Fälle von „gemeinsamen Suiziden“ zusammenzufassen: „In dyadic deaths, a second victim acts in consort with, is associated with, or is killed by a person who, contemporaneous with the first death, then suicides (13).“

Weitere wesentliche Begriffe in diesem Zusammenhang sind der „Neonatizid“, der „die Tötung des Neugeborenen innerhalb von 24 Stunden nach der Tat“ umfasst, der „Infantizid“, die Tötung eines Säuglings im ersten Lebensjahr, und der „Filizid“, eine Tötung von Kindern nach dem ersten Lebensjahr (14).

Der Begriff „family annihilator“ bezeichnet einen Täter, der die gesamte Familie, häufig einschließlich der Haustiere, tötet (15). Weitere Begrifflichkeiten stellen der „parricide-

suicide“, d.h. die Tötung eines Elternteils durch ihr Kind, sowie der „fratricide-suicide“, d.h. die Tötung von Geschwistern, dar (16).

Dem Begriff des „erweiterten Suizides“ lassen sich einige Sonderformen zuordnen, auf die an anderer Stelle genauer eingegangen werden soll. Darunter fallen nach Ansicht einiger Autoren auch Selbstmordattentate, „Kamikaze“ (15), „Geisterfahrer“ (6) und Amokläufe (3) (7). Des Weiteren ist hier das Phänomen des „suicide-by-cop“ zu nennen (17). Auf diese und weitere Unterformen wird in einem eigenen Kapitel genauer eingegangen.

Die „Suiziderweiterung“ kann sich auch auf „Brandstiftung“ (18) und „die Tötung von Haustieren“ beziehen (19).

Der Begriff des „erweiterten Suizides“ wird von vielen Autoren als problematisch angesehen. Heutzutage stehen v.a. in der englischsprachigen Literatur z.B. in Gestalt des „murder-suicide“ zutreffendere Begriffe zur Verfügung.

Da der „erweiterte Suizid“ allerdings in der deutschsprachigen Literatur immer noch die offizielle Bezeichnung für dieses Phänomen ist, wird er auch in dieser Promotion noch verwendet. Er wird allerdings aus eben genannten und im Folgenden genauer zu erläuternden Gründen in Anführungszeichen gesetzt.

Weitere Kontroversen bezüglich der Definition und der Typologie werden am Schluss der Arbeit weiter ausgeführt.

1.2. Fragestellungen und Zielsetzung der Promotion

1.2.1. Charakteristika und Häufigkeit im Vergleich zu internationalen Studien

Die vorliegende Promotion verfolgt im Wesentlichen die Zielsetzung, zu zeigen, ob die aus anderen Studien bekannten Charakteristika zu „erweiterten Suiziden“ auch auf Berlin zutreffen.

Für Berlin selbst wäre dies die erste derartige Erfassung, was für Präventionszwecke entscheidend ist, da ohne genaue Kenntnisse über die Häufigkeit und die Typologie dieser Verbrechen keine adäquaten Strategien zur Verhinderung von „erweiterten Suiziden“ entwickelt werden können, was sicherlich auch für alleinige Suizide gilt.

Um diesen Vergleich zu ermöglichen, wurde deshalb zunächst in der Einleitung ein ausführlicher Überblick über den gesamten Forschungsstand gegeben.

Nach der Beschreibung der gewonnenen Daten aus dem Landesinstitut für gerichtliche Medizin Berlin und dem Rechtsmedizinischen Institut der Charité-Universitätsmedizin Berlin im Ergebnisteil, sollen in der Diskussion die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen regionalen und überregionalen Studien zu „erweiterten Suiziden“ festgestellt werden und die Problematik dieses Vergleiches und der vorliegenden Arbeit diskutiert werden.

1.2.2. Kategorisierung

Auf der Basis der eigenen Ergebnisse und von internationalen Daten soll anschließend ein Kategorisierungsversuch unternommen werden.

1.2.3. Abgrenzungsproblematik und Methodik

Als weitere konkrete Fragestellung soll darauf eingegangen werden, welche möglichen Differentialdiagnosen zu „erweiterten Suiziden“ denkbar sind. Es soll diskutiert werden, ob „erweiterte“ und gemeinsame Suizide auf Basis von Obduktionsakten wirklich eindeutig voneinander unterschieden werden können und ob die Notwendigkeit der Erstellung einer weiteren Kategorie oder Unterkategorie in Gestalt der „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizide“ besteht. Auf dieser Basis soll die Frage aufgeworfen werden, ob eine Einordnung von Fällen als „erweiterte Suizide“ an Hand der Akten überhaupt sicher möglich ist. Anschließend erfolgt ein Vorschlag für ein methodisches Vorgehen zukünftiger Studien.

1.2.4. Prävention

Ein ausführliches Kapitel soll sich mit der Prävention von „erweiterten Suiziden“ beschäftigen. Hier sollen die Ergebnisse internationaler Studien mit eigenen Ansätzen verbunden werden.

1.2.5. Begriff und Definition

Explizit werden der Begriff und die Definition des „erweiterten Suizides“ kritisch betrachtet. Auf der Basis der Erkenntnisse aus den Obduktionsakten und der Literatur wird der Vorschlag von zutreffenderen Definitionen und Begrifflichkeiten erfolgen sowie die Notwendigkeit zentraler Register betont werden.

2. Grundlagen

2.1. Herkunft und geschichtlicher Hintergrund des Begriffes

Im 19. Jahrhundert wurde in den zu dem Thema überwiegend veröffentlichten „Einzelkasuistiken“ vor allem vom „Familienmord“ gesprochen (18). Um die Jahrhundertwende herum sprach man dann vorwiegend von einem „kombinierten Selbstmord“ (18). Der Begriff „erweiterter Selbstmord“ wurde schließlich 1907 von Naecke und Strassmann geprägt (18), und zwar auf der „3. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin im Jahr 1907“ (5). Wie die folgenden Jahre zeigten, herrschte allerdings „eine erhebliche begriffliche Unschärfe“, v.a. was die Abgrenzung zum „Doppelsuizid“ betrifft (5). Lange definierte dann im Jahr 1964 den „erweiterten Suizid“ als Verbrechen, „in dem ... ohne deren Bereitschaft oder Einverständnis eine zweite oder mehrere Personen mit in die Suizidhandlung einbezogen werden (20).“ Schon zu diesem Zeitpunkt stellte er folgendes fest: „(...) primär dabei ist der Wille zur Aufgabe des eigenen Lebens (20).“ Dies wurde schon zuvor von anderen Autoren als wichtiges Charakteristikum von „erweiterten Suiziden“ angesehen (21). Lange setzte für die Definition eines „erweiterten Suizides“ allerdings noch ein „altruistisches“ oder „pseudoaltruistisches“ „Grundmotiv“ voraus (20), was heute, wie oben erläutert wurde, von den meisten Autoren nicht mehr unterstützt wird.

2.2 Häufigkeit und Epidemiologie

Insgesamt handelt es sich bei „erweiterten Suiziden“ um ein sehr seltenes Phänomen. Bei der Recherche muss eventuell mit vielen „falsch positiven Ergebnissen“ gerechnet werden (9). Es liegen vor allem regionale Studien zu dem Thema vor, während Studien betreffend die Inzidenz von „erweiterten Suiziden“ auf staatlicher Ebene die Ausnahme bilden und für Deutschland fehlen (7). Problematisch ist, dass in offiziellen Kriminalstatistiken häufig Suizide und Morde einzeln und nicht miteinander als Fälle verknüpft betrachtet werden, wie es für die Erfassung von „erweiterten Suiziden“ notwendig wäre (15). Es existiert in Deutschland keine „eigene Kategorie in der polizeilichen Ermittlungsstatistik“ (5).

Auch andere staatliche Register, die „erweiterte Suizide“ statistisch erfassen, fehlen in Deutschland. Vielfach wird deshalb auf die Berichte regional ansässiger Gerichtsmediziner zurückgegriffen oder nach Fällen auf der Basis von Zeitungsartikeln gesucht (9), weshalb in diesen Fällen die tatsächlichen Raten sehr wahrscheinlich höher liegen. Weiterhin scheitert die sichere Angabe einer Inzidenz an fehlenden „standardisierten Klassifikationen“ des „erweiterten Suizides“ (15). Fälle, in denen der Täter überlebt, also „unvollendete erweiterte Suizide“, werden in den einzelnen Studien eventuell nicht erfasst.

Ein weiteres Problem liegt in den unterschiedlichen Definitionen, Begrifflichkeiten und Unterschieden in der statistischen Erfassung verschiedener Länder (15). Da es keine standardisierten „Begriffe und Definitionen“ gibt, ist „eine Vergleichbarkeit nahezu unmöglich“ (5).

Zum methodischen Vorgehen ist zu sagen, dass die meisten Artikel in der Fachliteratur deshalb regionale Studien darstellen, die auf Obduktionsakten, polizeilichen Ermittlungsakten, Zeitungsartikeln oder einer Kombination davon basieren (22).

Epidemiologische Zahlen für verschiedene Staaten, Regionen oder Städte werden in der Diskussion aufgeführt.

Allgemein lässt sich konstatieren, dass Länder mit hohen Homizidraten eher niedrigere Raten an „erweiterten Suiziden“ aufweisen und Länder mit niedrigen Homizidraten eher hohe Raten an „erweiterten Suiziden“ haben. Vielfach wird in den Studien zu dem Thema auf Dänemark verwiesen. Hier liegt bei einer niedrigen Mordrate der Anteil an „murder-suicides“ bei 42% (15). Ausnahmen von der Regel sollen in Ländern wie den USA und Südafrika vorliegen, bei denen sowohl die Mordrate, als auch die Rate an „erweiterten Suiziden“ sehr hoch sein soll (23) (24). In diesen Ländern könnten Maßnahmen zur Verringerung der Häufigkeit von Morden eventuell auch die Rate an „erweiterten Suiziden“ verringern (23).

Etwa 11% der Homizide an Frauen, 19% der Homizide an Kindern und 3% der Homizide an Männern geschehen im Rahmen eines „erweiterten Suizids“ (25).

Mit Bezug auf US-amerikanische Studien konstatierten Marzuk et al., dass etwa 19 bis 26% der männlichen Täter, die ihre Lebensgefährtin töteten, einen Suizid begingen, während nur 0 bis 3% der weiblichen Täterinnen, die ihren Lebensgefährten töteten, Suizid begingen (8). Bossarte et al. fanden heraus, dass 30,6% der Männer, die ihren Intimpartner töteten, sich anschließend umbrachten (9).

Marzuk et al. hielten fest, dass 16 bis 29% der Frauen und 40 bis 60% der Männer, die ihre Kinder töteten, sich anschließend selbst töteten (8).

„When mothers of young children commit suicide, about 5% also kill at least one of their children“ (26).

Die Häufigkeit von „erweiterten Suiziden“ scheint über die Jahre hinweg relativ konstant zu bleiben (9), allerdings kommt es unter den Familien von Polizisten offenbar zu einer Zunahme (27).

Ob es in wirtschaftlich schlechten Zeiten zu einem Anstieg der Fälle von „erweiterten Suiziden“ kommt, ist in der Literatur umstritten. Laut Palermo scheint es hier zu einer Zunahme zu kommen (28). Andere Autoren sehen in diesen Zeiten v.a. eine geringe Zunahme des Subtyps des „familicides“ (29). Koning et al. konnten in ihrer Ghenter Studie, die den Zeitraum zwischen 1935 und 2010 abdeckte, einen „peak“ von „erweiterten Suiziden“ für das Jahr 1993 ermitteln, in dem es zu einer „financial crisis“ kam (16). Die meisten Autoren scheinen keinen Einfluss der wirtschaftlichen Situation des Staates auf die Häufigkeit von „erweiterten Suiziden“ zu sehen (30).

2.3. Typologie

Auch bei der Typologie gelten in Bezug auf die Datenauswertung und den Vergleich zwischen den einzelnen regionalen Studien die gleichen Einschränkungen, auf die schon im vorherigen Kapitel eingegangen wurde. Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern und Regionen, was die Typologie angeht, können eventuell auch auf Definitionen, die Datenauswertung und den Untersuchungszeitraum zurückgeführt werden. Die meisten Daten liegen für die USA vor, so dass sich gerade bei der Verwendung von Schusswaffen vor dem Hintergrund von unterschiedlichen Waffengesetzen Differenzen zu der Situation in europäischen Ländern ergeben können (31).

Mit Bezug auf US-amerikanische Studien konstatierten Marzuk et al., dass die Täter zu 93 bis 97% männlich und zu 50 bis 86% weiß waren.

Schusswaffen seien in 80 bis 94% der Fälle verwendet worden (8). Schusswaffen sollen sich in schätzungsweise 33% aller US-amerikanischen Haushalte befinden (32). Bossarte et al. stellten ebenfalls fest, dass Schusswaffen für Homizid (82,7%) und

Suizid (80,4%) am häufigsten verwendet wurden, gefolgt von scharfen Waffen mit nur 6% bei den Homiziden und 5,3% bei den Suiziden (33). Auch für die Schweiz konnte festgestellt werden, dass in 83% aller „erweiterten Suizide“ Schusswaffen verwendet wurden (31). In einer Studie zu „erweiterten Suiziden“ in England und Wales wurden lediglich in 29% der Fälle Schusswaffen verwendet, gefolgt von Strangulation in 19%, scharfer Gewalt in 14% und Tötung durch ein „blunt instrument“ in 11% der Fälle (34). Eine niederländische Dissertation ergab einen Schusswaffengebrauch bei 40%, die Anwendung von scharfer Gewalt bei 28% und Erstickten bei 16% der Homizide (35). Beim Suizid wurden in einer Münchner Dissertation Schusswaffen in 34%, Erhängen in 8% und scharfe Gewalt in 6% der Fälle verwendet (36). Eine Dissertation aus Berlin, bei der Tötungsdelikte bei über 60-Jährigen Menschen betrachtet wurden, konnte zeigen, dass bei „erweiterten Suiziden“ häufiger als bei anderen Delikten Intoxikationen und Schusswaffengebrauch eine Rolle spielten (19). Eine weitere Dissertation wertete Schussverletzungen mit Todesfolge im Untersuchungsgut des Instituts für Rechtsmedizin Hamburg zwischen 1989 und 2008 aus (37). Unter den „458 Opfern durch Schusswaffen“ (37) wurden 15 Fälle festgestellt, bei denen der Suizident vorher eine andere Person tötete (37). In der oben zitierten Mailänder Studie wurden in 47% der Fälle beim Mord Schusswaffen verwendet, in den Fällen erfolgte der Suizid außer in einem Fall auch mit der Schusswaffe. In 25 % der Fälle wurde ein Messer verwendet. Es zeigte sich, dass zu 67% für Mord und Suizid die gleiche Tatwaffe verwendet wurde (38). Eine niederländische Dissertation konnte ebenfalls diese Zahl von 67% ermitteln (36). Laut Rausch würden „Frauen (...) häufiger die gleiche Todesart für sich selbst und ihr Opfer“ wählen (39). Dies wurde auch von Meier konstatiert (40). In der oben zitierten Studie des „Violence Policy Centers“ wurde zwischen verschiedenen Waffen differenziert. Sie kamen auf einen Schusswaffengebrauch in 92% aller Fälle, wobei bei 29% aller „erweiterten Suizide“ „handguns“ verwendet wurden, bei 3,8% „a rifle“ und bei 9,2% „a shotgun“ (32).

Bei den Tötungsmethoden ergeben sich regionale Unterschiede. Durch die hohe Verfügbarkeit von Schusswaffen in den USA stellen diese auch bei „erweiterten Suiziden“ die weitaus häufigste Tötungsmethode da. Byard zeigt aber auf, dass sich die Tötungsmethoden über die Zeit verändern können. In England sei früher häufig auf „coal gas poisoning“ zurückgegriffen worden, nach Entfernung des CO war dies dann nicht mehr der Fall (15). Auch Suizide unter Verwendung von „Auspuffgasen“ haben

nach der Einführung von „Katalysatoren zahlenmäßig abgenommen“ (2). In einer Studie konnte gezeigt werden, wie der Schusswaffengebrauch bei „erweiterten Suiziden“ in den USA über die Jahre zunahm, während die Verwendung von Messern und Giften abnahm (22). Als Grund für den hohen Schusswaffengebrauch wird in der Literatur angegeben, dass diese Waffen als „readily available, relatively quick, ... efficient“ und „very lethal“ angesehen werden (22). In einer Auswertung der Obduktionsakten des Rechtsmedizinischen Institutes in Greifswald ergaben sich Unterschiede zwischen den vorherrschenden Tötungsmethoden in der DDR und nach 1989. Vorher dominierten bei Opfern und Tätern CO-Vergiftungen, später durch Schusswaffen und Strangulation verursachte Todesfälle (41).

Eine Studie gab Auskunft über die häufigsten Lokalisationen von Wunden. Bei den Homiziden war der Kopfbereich mit 72,1% die häufigste Lokalisation, bei 22,2% der Morde seien multiple Bereiche des Körpers betroffen gewesen. Bei den Suiziden befand sich die Wunde zu 90,6% am Kopf, Gesicht oder Nacken und meist lag nur eine Wunde vor (in 97,6%) (33).

Marzuk et al. fanden heraus, dass bei 84 bis 90% der Fälle nur ein Opfer beteiligt war, wobei über 85% der Opfer weiblich waren (8). „The majority of murder-suicide cases involve one murder and one suicide (22).“ In einer Studie konnte ermittelt werden, dass etwa 12% aller „erweiterten Suizide“ mit mehreren, meist zwei Morden einhergingen (42).

Laut der Studie des „Violence Policy Center“ waren 255 der Opfer weiblich, 72 männlich und 248 der Täter männlich, 16 weiblich (28).

Über 65% der Opfer waren entweder mit dem Täter verheiratet oder lebten mit ihm in einer Liebesbeziehung (8), wobei eine Trennung einen zusätzlichen Risikofaktor darstellt (15). Laut Studien kennen sich Opfer und Täter in bis zu 95% der Fälle (27).

Die Opfer waren meist mehrere Jahre jünger als die Täter, die im Durchschnitt 39,6 Jahre alt waren (8). Byard gab als Spanne für das Alter der Täter 40 bis 49 Jahre an (15), was konsistent ist mit den meisten Studien, die eine Altersspanne von 40 bis 50

Jahren beschreiben (9). Der durchschnittliche Altersunterschied wurde in einer Studie mit 6,3 Jahren angegeben (32).

Unterschiede würden sich im Vergleich zu England ergeben, wo „maternal filicide-suicides“ häufiger seien, sodass ca. 40% (22) der Täter weiblich und 30% der Opfer männlich waren (8). Dieser Aspekt konnte allerdings in aktuellen Daten nicht mehr gezeigt werden (15). In früheren Jahrzehnten scheint der Anteil der Frauen an den Tätern tatsächlich höher gewesen zu sein (18) (22). Anzumerken ist, dass bei Frauen auf Grund von meist „weniger aggressiven Suizidmethoden“ der Suizidversuch öfter als bei Männern misslingt. Diese Fälle werden dann bei der Erfassung von vollendeten „erweiterten Suiziden“ nicht berücksichtigt (43), so dass tatsächlich die Zahl der weiblichen Täter höher sein dürfte, wenn auch die „unvollendeten erweiterten Suizide“ Berücksichtigung fänden.

Festzustellen ist, dass „weibliche Homizid-Suizid-Täter eher zur Tötung ihrer Kinder (neigen), während männliche Täter (...) zumeist ihren Intimpartner töten“ (43). In dem Sinne stellten Logan et al., die ebenfalls Daten des „NVDRS“ auswerteten, folgendes fest: „(...) victims of female homicide suicide perpetrators were most likely to be children (48,6%)“ (44). „30% of men who kill their partner commit suicide“ (45).

Der Tatort ist häufig das Schlafzimmer des gemeinsamen Zuhauses (15). „Homizid und Suizid werden meist am selben Ort oder in räumlicher Nähe begangen“ (5). Nach Bossarte et al. soll das in 82,2% der Fall sein (33).

In einer weiteren US-amerikanischen Studie, die auf einer Zeitungsartikelrecherche beruhte, wurde festgestellt, dass die meisten „erweiterten Suizide“ im Dezember stattfanden, an zweiter und dritter Stelle sind August und September zu nennen (22). Joiner konstatierte folgendes: „(...) murder-suicide peaks in the spring-summer timeframe (as do suicide and murder) (3).“

Studien zeigten bezüglich der Wochentage folgenden Zusammenhang: „ (...) up to 70% of murder-suicides are committed between Friday and Sunday (38).“ In einer Studie bezüglich der Situation in der Schweiz fanden 86,3% der Suizide am gleichen Tag wie der Mord statt (23).

In 15 bis 30% der Fälle hätten die Täter Abschiedsbriefe verfasst (8).

Burgess et al. fanden heraus, dass v.a. bei „erweiterten Suiziden“, bei denen Krankheiten das zentrale Motiv darstellen, Abschiedsbriefe gefunden werden, und zwar bei ihren Daten in 70% dieser Fälle (46).

Auch häusliche Gewalt kann eventuell stattgefunden haben in den Jahren vor der Tat (15), z.B. konnten Malphurs und Cohen bei 25% der Fälle häusliche Gewalt in der Vorgeschichte feststellen (9). Vorankündigungen der Täter, dass sie über einen Mord und Suizid nachdenken, fanden sich in einer Studie von Knoll et al. bei 9 der 18 betrachteten Tätern (45). Ein schon von anderen Autoren beobachteter Zusammenhang sei, dass die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung solcher Drohungen mit der „Intimität“ der Beziehung zunehme (45). Logan et al. ermittelten in ihrer Studie den wesentlichen Risikofaktor von „erweiterten Suiziden“, nämlich „intimate partner conflicts“, die in 53,9% der Fälle vorgelegen hätten (44).

„Recent legal problems“ würden nach Bossarte et al. in 25,3% der Fälle vorliegen (33).

Eine Depression stellt eine gängige Diagnose bei den Tätern dar (47). Häufig lassen sich in der Vorgeschichte Suizidversuche und eine psychiatrische Therapie finden (15). Bossarte et al. konnten nur bei 8,6% der Täter eine „current depression“ feststellen, 11% wiesen eine „current mental illness auf“ und 7,2% eine „history of mental illness“ (33). Logan et al. ermittelten bei 12,5% der Täter eine depressive Symptomatik (44). Roma et al. konnten bei der Betrachtung von 20 Studien feststellen, dass etwa 39% der Täter an einer Depression litten (48).

Marzuk et al. stellten fest, dass in den von ihnen betrachteten Studien bei etwa 12 bis 50% der Täter und 14 bis 29% der Opfer Alkohol nachgewiesen werden konnte (8). Andere Autoren konnten feststellen, dass bei ihren Untersuchungen 10% der Täter eine „intoxication by psychoactive drugs“, 21% eine Alkoholintoxikation und 13% sowohl eine Medikamentenintoxikation als auch eine Alkoholintoxikation aufwiesen (15).

Es ergaben sich in einer US-amerikanischen Studie keine ethnischen Unterschiede zwischen Tätern und Opfern (33). In der oben zitierten Studie zu „erweiterten Suiziden“ in England und Wales wurden die meisten Opfer und Täter auch dort geboren (34).

Offenbar scheint in einigen Regionen über die Jahre ein Wandel stattzufinden, was die Typologie betrifft (15).

Aus der Studie von Palermo et al. geht hervor, dass 77% der Täter Arbeit hatten (9), dies scheint also nicht „protektiv“ zu sein in Hinblick auf das Auftreten eines „erweiterten Suizides“ (9). Mit Bezug auf andere Studien konstatierte Byard, dass „erweiterte Suizide“ eher ein „middle class phenomenon“ seien (15).

Eine Schweizer Studie konnte feststellen, dass bei nicht religiösen Menschen im Vergleich zu katholischen Familien das Risiko, einen „erweiterten Suizid“ zu begehen, höher sein soll (23).

2.4. Klassifikation

Marzuk et al. schlugen eine Klassifikation vor, in der die Beziehung von Tätern und Opfern und die Motive die entscheidende Rolle einnehmen. Sie beschrieben drei Hauptkategorien, die sich an den vorliegenden Beziehungsverhältnissen orientieren, und zwar „spousal or consortial“, d.h. in einer Ehe oder Partnerschaft lebende Beteiligte, „familial“ und „extra familial“. Die fünf Untergruppen beziehen sich auf mögliche Motive und stellen sich wie folgt dar: „Amorous jealousy“, „mercy killing (because of declining health of victim or offender)“, „altruistic or extended suicides (includes salvation fantasies of rescue and escapes from problems)“, „family, financial or social stressors“, „retaliation“ und zwei weitere Kategorien für nicht zuzuordnende Fälle (8).

Malphurs und Cohen konnten über eine Analyse von Zeitungsberichten ermitteln, dass „murder-suicides“ vom Typ „spousal/consortial“ 70,5%, „infanticides“ 10,5%, „extrafamilial“ „murder-suicides“ 8,7% und „familicides“ 6,5% aller gefundenen „erweiterten Suizide“ ausmachten (9).

Thomas Joiner hat zuletzt eine alternative Klassifikation vorgeschlagen, in der Motive die entscheidende Rolle einnehmen. Er definierte sechs Kategorien, wobei die ersten vier den tatsächlichen „murder-suicide“ repräsentieren und die beiden letzten verwandte Phänomene darstellen. Bei einem echten „murder-suicide“ sei der Täter davon überzeugt, im Sinne einer der Tugenden „mercy“, „justice“, „duty“ oder „glory“ zu

handeln. Auf dieses Konzept soll im Kapitel „Motive“ noch genauer eingegangen werden. Die fünfte Kategorie umfasst Suizide nach einem Mord um einer Strafverfolgung zu entgehen. Da allerdings der Suizid hier nicht die primäre Intention für die Gesamttat darstelle, handele es sich laut Autor nicht um einen echten „murder-suicide“ (3). Die sechste Kategorie umfasse den sogenannte „manslaughter-suicide“. Die „primäre Intention“ sei der eigene Suizid, aber unbeabsichtigterweise werden bei dessen Ausführung weitere Menschen getötet (3).

2.5. Motive

Ein großes Problem besteht darin, im Nachhinein das Motiv für einen „erweiterten Suizid“ zu ermitteln. Die nahen Verwandten, die z.B. über psychische Probleme des Täters hätten Auskunft geben können, sind oft Opfer des „erweiterten Suizides“ geworden (49) (15). Wenn des Weiteren Abschiedsbriefe fehlen, bleibt das Motiv häufig verborgen (25) (15). Der Aspekt, dass es aufgrund des Todes des Täters zu keinem Prozess kommt, verhindere laut Burgess et al. oft eine intensive Auseinandersetzung mit den Motiven der Tat (46). Andere Autoren versuchen „unvollendete erweiterte Suizide“ für die Ermittlung von möglichen „Motiven“ zu verwenden, bei denen der lebende Täter weiter befragt werden kann (11).

Marzuk et al. definierten in ihrer Klassifikation fünf Klassen, die unterschiedliche Motive der Täter widerspiegeln. (s.o.)

Die Kategorie „amorous jealousy“ sei mit einem Anteil von 50 bis 75% an den „erweiterten Suiziden“ in den USA die häufigste Untergruppe (8). Hierunter würden v.a. Männer fallen, die untreue oder der Untreue verdächtige Partner töten. Falls der neue Lebenspartner ebenfalls getötet werden würde, sei dies ein „triadic death“ (8). Der Auslöser der Tötung sei oft die Zurückweisung durch die Frau oder die von ihr ausgehende Ankündigung einer Trennung. Über 90% der Täter seien Männer (8). Bossarte et al. konnten allerdings nur in 1,9% ihrer Fälle Eifersucht als Motiv ausmachen (33).

Unter die Unterkategorie „mercy killing“ würden v.a. ältere Männer fallen, die zunächst ihre Frau und dann sich selbst töten würden vor dem Hintergrund von gesundheitlichen Problemen (8). Insgesamt stellen sich „mercy killings“ als ein seltenes Phänomen dar

(33). Logan et al. konnten bei ihrer Auswertung diese Form des „erweiterten Suizides“ lediglich in 4,9% der Fälle feststellen (44).

„Altruistische Motive“ spielen evtl. eine Rolle in den Fällen, in denen Mütter ihre 1- bis 5-Jährigen Kinder töten. Das Motiv, das dahinter stehen würde, sei der Wille, das Kind nicht alleine in der durch ungünstige Bedingungen geprägten Welt zurückzulassen. Die häufigste Diagnose bei Frauen, die einen „filicide-suicide“ begingen, sei eine Depression, die oft von einer Psychose begleitet wird. Die betroffenen Frauen sehen dabei ihr Kind evtl. als eine Erweiterung ihrer Persönlichkeit an (8) (13). „The danger is increased if there is a strong parental identification with an „overloved“ child“ (50). Grundsätzlich muss hier differenziert werden zwischen „non-psychotic altruistic“ und „psychotic altruistic“ (51). Eine Psychose soll dabei in etwa 25% der Fälle vorliegen, bei der eine „altruistische“ Motivation angenommen wird (51). Wenn eine Psychose beteiligt ist, liegt eine Fehlwahrnehmung der Realität vor mit der Folge, dass der Täter zu der wahnhaften Überzeugung kommt, dass der Tod die beste Option für seine Kinder sei (51). Davon abzugrenzen sind Fälle, bei denen die Kinder z.B. an schweren Krankheiten leiden (51). Weitere Motive für „filicides“ können akute Psychosen sein, bei denen die Eltern z.B. Halluzinationen erleben, aber auch Fälle von ungewollten Schwangerschaften oder „accidental filicides“ (50). Studien bei Tätern, die überlebt haben, ergaben, dass bei „50 bis 60% depressive Symptome“ vorlagen, bei den anderen Tätern lagen „schizophrene Psychosen, reaktive bzw. neurotische Entwicklungen sowie Persönlichkeitsstörungen vor“ (5). Auch eine zu Grunde liegende narzisstische Persönlichkeitsstörung kann bei Vorliegen einer Suizidalität und einer zusätzlichen „narzisstischen Kränkung“ zu einem „erweiterten Suizid“, insbesondere unter Einbeziehung der Kinder, führen (5) (14).

Aber auch „a reaction to physical abuse“ oder „a desire for revenge“ mögen bei weiblichen Tätern eine Rolle spielen (28). Offenbar spielen allerdings „altruistic motives“ die größte Rolle. Friedman et al. konnten dieses Motiv in 70% der Fälle ausmachen, wobei ein Unterschied zwischen Frauen (90%) und Männern (60%) festgestellt wurde (51). Diese Motive sollen insbesondere in Japan bei dem sogenannten „Oyaku Shinju (parent-child suicide)“ eine zentrale Rolle spielen (13). Auch die Tötung von behinderten Kindern mit anschließendem Suizid kann Elemente eines „altruistischen“ Motives beinhalten (15). Das Vorliegen von „pseudoaltruistischen Motiven“ wird in der Literatur äußerst kontrovers diskutiert. Vor allem bei der Tötung von Kindern sollen

neben „pseudoaltruistischen Motiven“ auch „egoistische Motive“ eine Rolle spielen (5). In der Literatur wird die Frage aufgeworfen, ob es sich in Einzelfällen um eine Schutzbehauptung der Täter oder Täterinnen, die überlebt haben, handeln könnte (5). Ein Grund dafür, dass weibliche Täter im Rahmen von „erweiterten Suiziden“ eher ihre Kinder töten und männliche Täter ihre ehemaligen oder aktuellen Partner, wird in der Literatur nicht nur in der „Identifizierung mit dem Opfer“ gesehen, sondern auch darin, dass meist der „Partner der Beziehung“ getötet wurde, der eher eine „passive Rolle spielte“ (7).

Andere Autoren sehen den „erweiterten Suizid“ als eine Reaktion „auf die das Selbstbild gefährdenden Lebensveränderungen“ zum „Schutz des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstwertes“ an, z.B. nach einer Ankündigung der Partnerin, dass sie den späteren Täter verlassen möchte (43).

Ein weiterer Erklärungsansatz v.a. für Täter, die ihre gesamte Familie ermorden, geht von dem Vorliegen eines „overenmeshments“ aus. Hierbei sollen die Grenzen zu den Identitäten der Familienmitglieder verschwimmen, so dass diese von dem Täter als „possessions“ angesehen werden (29).

Weitere Motive seien in diesem Zusammenhang nach Marzuk et al. finanzielle und soziale Stressoren, oder Vergeltung („retaliation“) (8). Die Autoren sahen beim „familicide-suicide“, mit Bezug auf Abschiedsbriefe, auch eine mögliche altruistische Motivation (8). Außerdem könnten hier sogenannte „dependent-protective motives“ eine Rolle spielen. Hier liege eine Fehlwahrnehmung des männlichen Täters vor, der überzeugt sei, dass er der einzige sei, der für die Menschen in dieser Beziehung sorgen könne (8) (13).

Oliffe et al. führten die Tatsache, dass die meisten „erweiterten Suizide“ von Männern verübt werden, in ihrem Artikel zurück auf das in der Gesellschaft vorherrschende Bild von „masculinity“ (52). Sie konnten bei den von ihnen analysierten Fällen von „erweiterten Suiziden“, die im familiären Umfeld stattfanden, in allen Fällen „ongoing financial problems“ und „relationship problems“ feststellen (52). Zentral sei die Einbildung, dass man in seiner Aufgabe als Versorger der Familie versagt habe und dass wesentliche „masculine identities“ bedroht seien, was letzten Endes zu Gewaltanwendung führen könne, um die „masculinity“ zu erhalten (52).

Unter dem „Othello Syndrom“ (8) versteht man die Wahnvorstellung, dass der Partner einen betrügen könnte, was schließlich in eine Depression und in Aggressionen übergehen kann (15). Wenn der Täter dann nach dem Mord versteht, dass seine Tat nicht rechtens war, würde er sich aus Gründen von „shame“ und „guilt“ selbst töten. Nach dieser Theorie wäre der Suizid selbst „reactive“ und nicht „premeditated“ (46). Allerdings würde dies per Definition, wie oben gezeigt wurde, nicht dem echten „erweiterten Suizid“ entsprechen, bei dem die Suizidgedanken am Anfang der gesamten Psychodynamik stehen und die Taten in der Regel geplant sind.

Berman beschreibt in seinem Artikel die Möglichkeit, dass in einigen Fällen auch Vorstellungen eines „afterlife“ oder eines „rebirth“ eine Rolle spielen könnten (13).

Bei der Unterkategorie der außerfamiliären „erweiterten Suizide“ sehen Marzuk et al. v.a. Zurückweisungen und eine daraus resultierende Vergeltung als Hauptmotiv (8).

In Zusammenhang mit willentlich herbeigeführten Flugzeugabstürzen ist besonders eine Theorie zu erwähnen. Yanowitch et al. stellten die Theorie auf, dass Piloten ihr Flugzeug als eine Art „extension of the individual self“ ansehen könnten. Diverse Stressoren, mit denen der Betroffene nicht umgehen könne, könnten dann zu „self-destructive acts“ unter Einbeziehung des Flugzeuges führen (53) (54).

Palermo stellte die Theorie auf, dass der Täter sein Opfer im Rahmen eines „erweiterten Suizides“ als „his extended Self“ ansehen könne, das er dann töte, wenn die Beziehung zu scheitern drohe (10). Folgendes zentrales Denkmuster sieht Palermo als Ursache von „erweiterten Suiziden“: „I can't live with her and I can't live without her“ (10). Dies wird in der Literatur auch als „chronic love-hate pattern“ bezeichnet. Der Mord kann dabei auch erfolgen, um der Frau die Möglichkeit einer neuen Partnerschaft zu nehmen (13).

Patton et al. betrachteten Täter mit einem militärischen Hintergrund. Sie stellten fest, dass bei ihnen das „declining health motive“ häufiger anzutreffen war als bei der Kontrollgruppe, die aus Zivilisten bestand, bei denen eher das „amorous jealousy

motive“ überwog (55). Allerdings konnten sie feststellen, dass dies offenbar mit dem höheren Durchschnittsalter der Täter mit militärischem Hintergrund zu tun hat (55).

In Kriegszeiten können weitere Motive eine Rolle spielen. Eltern könnten im Angesicht der drohenden Niederlage verhindern wollen, dass sie in Gefangenschaft geraten. Die Kinder werden ebenfalls in den Tod mitgenommen, damit sie nicht in einer Welt aufwachsen, die nicht der politischen Gesinnung der Eltern entspricht (3).

Auch neurobiologische Erklärungsansätze werden in der Literatur angeführt. Hier ist explizit die Rede von einer „low serotonergic activity“ bei den Tätern, die Ursache des „impulsiven Verhaltens“ sein kann (10).

Einen neuen Erklärungsansatz verfolgt, wie unter dem Kapitel „Klassifikation“ bereits erwähnt wurde, Joiner. Seine Hauptthese lautet wie folgt: „The four categories of true murder-suicides correspond to the misapplied virtues of mercy, justice, duty and glory. True murder-suicides (...) always involve the perversion of one of these four virtues“ (3). Seiner Theorie nach liegt den „erweiterten Suiziden“ am Anfang eine Fehlannahme des Täters zu Grunde, mit seinem späteren Verhalten tugendhaft zu handeln. Das weitere Verhalten des Täters, einschließlich der Fremd- und Selbsttötung, folge diesen fatalen Prämissen. Aber Joiner stellt hier folgendes fest: „They pervert virtue not by misunderstanding its essence but by woefully misunderstanding its application.“ Grundlage für Fälle, die mit der „perversion of justice and glory“ einhergingen, sei v.a. ein Mangel an „Empathie“ und die Unfähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen. In den Fällen, in denen die Tugenden „mercy“ und „duty“ vorlägen, sei die „Empathie“ evtl. sogar überdurchschnittlich ausgebildet. Am Häufigsten würden die beiden Tugenden „justice“ und „mercy“ eine Rolle spielen. Diese Tugenden müssten „interpersonal“ und dürften nicht „self-focused“ sein. „Genuine murder-suicides (...) start with the decision to die by suicide, which leads to the perversion of an interpersonal virtue, which leads, in turn, to murder.“ Die Täter seien der Überzeugung, „tugendhaft“ zu handeln. Joiner spricht in diesem Zusammenhang von einem „kontinuierlichen Prozess“. Viele dieser „Tugenden“ seien „typisch männlich“, was Joiner auch als möglichen Grund anführt, warum überwiegend Männer „erweiterte Suizide“ begehen. Unter dem Untertyp der „perverted mercy“ fasst Joiner die Fälle zusammen, bei denen z.B. der Täter entscheidet, die Kinder mit in den Tod zu nehmen, um sie vor der für sie

nach dem Tod der Eltern drohenden äußerst negativen Zukunft zu bewahren. Unter „perverted duty“ fallen nach Joiner die Fälle, bei denen der Täter insbesondere an die „Pflichten“ denkt, die nach seinem Tod auf Überlebende übergehend würden, weshalb er es als tugendhaft empfinde, sie durch Tötung von Nahestehenden davor zu bewahren. Deshalb käme diese Form v.a. vor bei „Ehepartnern“, bei denen einer „erkrankt“ sei und der andere der „caregiver“ sei. Unter dem Unterkapitel der „perverted justice“ versteht Joiner z.B. Fälle, in denen die frühere Ehefrau getötet wird, damit sie dadurch daran gehindert wird, weiter eine Beziehung zu einem neuen Lebensgefährten zu führen. Insbesondere der Glaube, dass die eigenen „Rechte“ verletzt wurden oder werden und deshalb diese Tat erfolgen müsse, stehe hier im Vordergrund. Als letzte Unterkategorie existiert die „perverted glory“, der Glaube, dass die Täter durch ihre Tat berühmt werden (3).

Mehrere Autoren weisen in ihren Studien darauf hin, dass evtl. bei männlichen Tätern nach der Tötung des „Intimpartners“ oft offenbar das Motiv der „Reue“ ausschlaggebend für den anschließenden Suizid sein könnte. Bei Frauen hingegen, die überwiegend nach langjährigen Misshandlungen ihren Ehemann umbringen, spiele eher eine „Erleichterung“ ob der „Befreiung“ von ihrem Ehemann eine Rolle, so dass es nach der Tat eher nicht zu einem Suizid der Frauen käme (11), was durchaus auch ein möglicher Grund sein kann für die vorwiegend männliche Täterschaft bei „erweiterten Suiziden“, bei denen der Ehepartner getötet wird und anschließend Suizid begangen wird.

Falls dieser theoretische Ansatz allerdings stimmen würde, müsste man bei vielen Fällen männlicher Täterschaft überdenken, ob es sich wirklich per Definition um einen „erweiterten Suizid“ handelt, da die suizidale Intention, wie schon öfters ausgeführt wurde, der Auslöser des gesamten Tatablaufs aus Homizid und Suizid sein muss.

2.6. Juristische Bewertung des „erweiterten Suizides“

In der juristischen Literatur verwendet man statt des Begriffes des „erweiterten Suizides“ vorwiegend den des „Mitnahmesuizides“ (5). Strafrechtlich finden hier insbesondere die §§ 211 bis 213 StGB Anwendung (56). Bei einem „unvollendeten erweiterten Suizid“ muss vor diesem Hintergrund auf der einen Seite geklärt werden, ob die Tat bei Vorliegen der Mordmerkmale als Mord oder eben als Totschlag (5) oder als

„minder schwerer Fall des Totschlags“ aufzufassen ist (56). Daraufhin stellt sich die Frage, ob eine „Aufhebung der Steuerungsfähigkeit im Sinne des § 20 StGB“ vorgelegen haben könnte (5), was dann von einer „Maßregel der Besserung und Sicherung“ gefolgt sein kann (56), wie z.B. einer „Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus nach § 63 StGB“ (7). Dies mag eventuell der Fall sein, wenn die „Tötungshandlung wahndeterminiert“ war (5), oder eine „schwer ausgeprägte depressive Symptomatik“ ohne „Wahnsymptomatik“ vorlag (5). Bei einer „schwer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung“ könnte eine „erheblich eingeschränkte Steuerungsfähigkeit im Sinne des § 21 StGB“ zutreffen (5). Zu den Mordmerkmalen äußerte sich u.a. ein Urteil des Bundesgerichtshofes vom 10.03.2006. Laut diesem sei „heimtückisches Handeln“ bei einer Tötung eines Kleinkindes „nicht möglich“, da „es mangels entsprechender Wahrnehmungsfähigkeit gegen einen Angriff auf sein Leben nichts unternehmen kann“ (57), außer „wenn der Täter Schutzbereiche Dritter ausschaltet“ (7). Die „Fähigkeit zum Argwohn“ könne laut juristischer Literatur „bei einem etwa drei Jahre alten, normal entwickelten Kind bejaht“ werden (7). Außerdem gehöre zur „Annahme von Heimtücke“ eine „feindliche Willensrichtung“, die bei Handlung aus der Überzeugung heraus, „zum Besten des Opfers zu handeln“, als „nicht gegeben“ angesehen werden könne. Bei solch einer Motivation lägen auch keine „niedrigen Beweggründe“ vor (57).

Anders stellt sich die rechtliche Situation eventuell dar, wenn es sich um einen „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizid“ handelt. Hier könnte unter Umständen eine „Tötung auf Verlangen“ vorliegen (39), was unter den § 216 StGB fällt und mit einer „Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren“ bestraft werden kann (58). Bezug dazu nimmt z.B. ein Urteil des Bundesgerichtshofes vom 14.08.1963. Hier kam der BGH zu folgender Schlussfolgerung: „Beim „einseitig fehlgeschlagenen Doppelselbstmord“ ist der Überlebende nach § 216 StGB zu bestrafen, wenn er das zum Tode führende Geschehen beherrscht hat (Tatherrschaft). Andernfalls liegt straflose Beihilfe zum Selbstmord vor“, insbesondere wenn bei „fortdauernder (...) Handlung“ „dem anderen Beteiligten noch die volle Freiheit verbleibt, sich den Auswirkungen zu entziehen“ (59). Wenn es sich allerdings um die Tötung mittels Schussabgabe nach Bitte durch das Opfer handelt, ist eine Bestrafung nach § 216 StGB vorzunehmen (59). Solch eine Differenzierung „zwischen strafloser Teilnahme am Selbstmord und strafbarer Tötung auf Verlangen“ ist im Einzelfall sehr schwierig (58).

Eine weitere Möglichkeit ist sogar das „Absehen von Strafe“ nach § 60 StGB bei „tragischen und psychisch äußerst belastenden Folgen“ der „Tat“ (60).

3. Methodik

Die Obduktionsakten des Rechtsmedizinischen Institutes der Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Landesinstitutes für gerichtliche Medizin Berlin wurden für die Jahre 2005 bis 2013 daraufhin analysiert, ob ein „erweiterter Suizid“ vorliegt. Damit können alle möglichen Fälle, die in Berlin stattgefunden haben, erfasst werden, da es sich um die beiden einzigen rechtsmedizinischen Institute in Berlin handelt. Darauf folgend wurden die entsprechenden Akten nach den im Ergebnisteil betrachteten Charakteristika analysiert im Sinne einer deskriptiven und statistischen Analyse unter Verwendung von Microsoft® Excel® (Version 14.6.6.) und IBM® SPSS® Statistics (Version 22.0.0.2). Als statistisches Verfahren kam vorwiegend der χ -Quadrat-Test (jeweils unter Angabe der exakten Signifikanz, einseitig) zur Anwendung (für Altersgruppenvergleiche). Für den Vergleich der Mittelwerte und des Median des Opfer- und Täteralters wurde auf den Mann-Whitney-U-Test und den Mediantest zurückgegriffen.

Im einzelnen wurden die Variablen „Häufigkeit“, „Anzahl der Opfer“, „Geschlecht“, „Alter“, „Art der Beziehung zwischen Opfern und Tätern“, „Konflikte und häusliche Gewalt“, „kriminelle Vorgeschichte“, „Bildung, Beruf und finanzielle Situation des Täters“, „Herkunft“, „Tatort (Bezirk, Wohnung, Zimmer)“, „Monat, Wochentag, Tageszeit und Zeitspanne“, „Todesursache und Lokalisation der todesursächlichen Verletzung“, „Tatwaffen“, „weitere Verletzungen“, „chemisch-toxikologischer Befund und Vorgeschichte mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch“, „somatische Vorerkrankungen und Pflegebedürftigkeit“, „psychische Vorerkrankungen“, „Vorankündigung und Planung der Tat“, „Abschiedsbrief“, „Motive“, „Körperverletzung, Mitnahme von Tieren und Sachbeschädigung“ und „einseitig vollendete gemeinsame Suizide“ analysiert.

Es wurde die vielfach zitierte Definition des „erweiterten Suizides“ nach Pollak zugrunde gelegt. Auf eine öfters in der Literatur postulierte Zeitspanne zwischen Suizid und

Homizid von höchstens einer Woche, drei Tagen oder einem Tag, wurde verzichtet. Stattdessen wurde eine beliebig große Zeitspanne akzeptiert.

Unter dem im Folgenden wiederholt verwendeten Begriff des „Falles“ werden alle Tötungen, die in einem kausalen Zusammenhang zueinander stehen, d.h. alle Homizide und der Suizid, die bei einem bestimmten „erweiterten Suizid“ auftreten, zusammengefasst.

Der Begriff des „Homizides“ wurde auch schon in der Einleitung verwendet und steht für die Tötung eines anderen Menschen.

Außer den eigentlichen Sektionsprotokollen, Obduktionsbefunden und chemisch-toxikologischen Befunden wurden auch alle anderen den Obduktionsakten beiliegenden Dokumente wie Ermittlungsergebnisse, Zeugenbefragungen, Abschiedsbriefe und Zeitungsartikel berücksichtigt.

Da, wie später genauer erläutert wird, meist keine absolute Sicherheit besteht, ob ein „erweiterter Suizid“ vorliegt, werden im Ergebnisteil nur die Fälle ausgewertet, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit ein „erweiterter Suizid“ vorliegt, d.h. dieser diagnostiziert werden kann. Weitere fragliche „erweiterte Suizide“ werden in der Diskussion erwähnt.

„Unvollendete erweiterte Suizide“, bei denen entweder der Täter oder alle Opfer oder alle Beteiligten überlebten, können auf Grund des methodischen Vorgehens mit der Auswertung von Obduktionsakten nicht immer sicher erfasst werden und werden deshalb in der Auswertung nicht betrachtet. Allerdings werden entsprechende Fälle in der Diskussion erwähnt.

Die vermeintlich „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizide“ werden in der vorliegenden Arbeit als „erweiterte Suizide“ aufgefasst und damit in die Auswertung mit einbezogen.

Fälle, die als „gemeinsame Suizide“ eingestuft werden können, d.h. bei denen es als wahrscheinlich angesehen werden kann, dass beide Personen sich in zeitlicher Nähe in

gegenseitigem Einverständnis jeweils eigenständig das Leben nahmen, werden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Auch nicht berücksichtigt werden die Fälle, bei denen aus einer suizidalen Intention heraus eine Brandstiftung begangen wurde und dabei neben dem Brandverursacher weitere Personen verletzt werden.

4. Ergebnisse

4.1. Häufigkeit

Es konnten während dem gesamten Zeitraum der Auswertung von 2005 bis 2013 in den Akten des Rechtsmedizinischen Institutes der Charité und des Landesinstitutes für gerichtliche Medizin Berlin 17 Fälle ausgemacht werden, die als wahrscheinliche „erweiterte Suizide“ nach den in der Methodik festgelegten Kriterien eingeordnet werden konnten. 10 Fälle wurden im Archiv des Rechtsmedizinischen Instituts der Charité gefunden, 7 Fälle im Landesinstitut für gerichtliche Medizin.

Bezogen auf die einzelnen Jahre kam es im Jahr 2005 in Berlin zu drei, im Jahr 2006 zu keinem, im Jahr 2007 zu zwei, im Jahr 2008 zu drei, im Jahr 2009 zu einem, im Jahr 2010 zu einem, im Jahr 2011 zu drei, im Jahr 2012 zu vier und im Jahr 2013 zu keinem „erweiterten Suizid“. Insgesamt gab es 17 Täter und 20 Todesopfer, also insgesamt kamen in dem betrachteten Zeitraum von 9 Jahren 37 Personen in Zusammenhang mit einem „erweiterten Suizid“ zu Tode. Außerdem wurden zwei Opfer schwer verletzt und ein Hund erschossen.

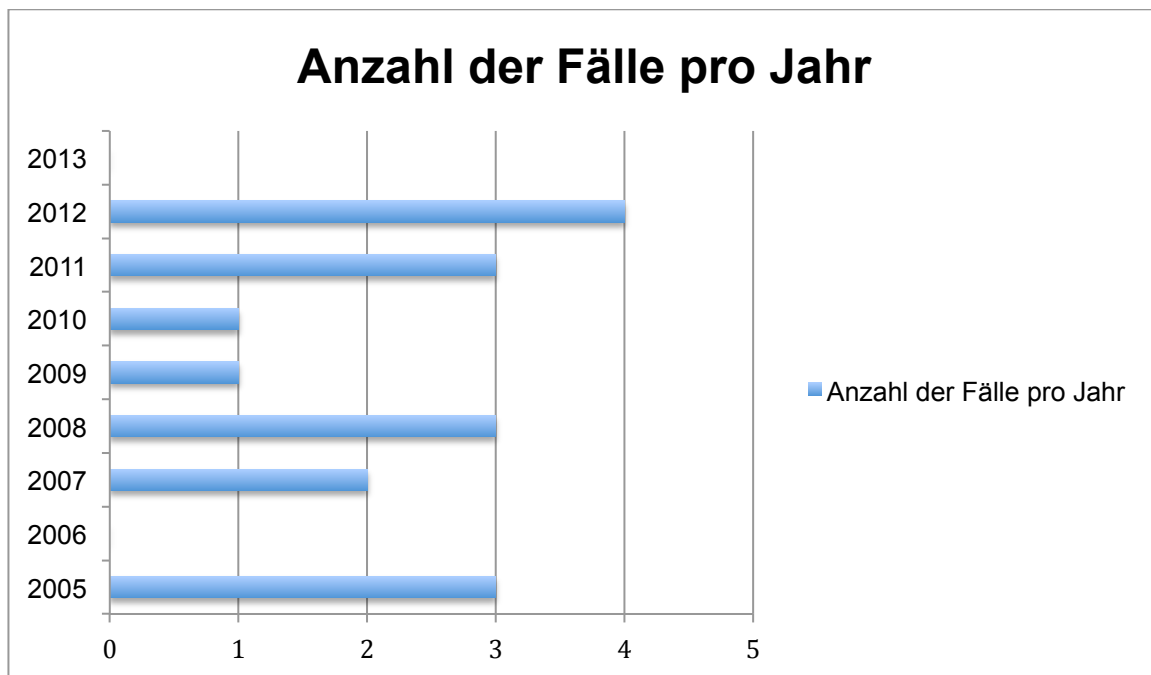


Abbildung 1: Anzahl der Fälle pro Jahr

Im Jahr 2005 gab es drei Täter, drei Todesopfer und zwei schwer verletzte Opfer sowie einen getöteten Hund, im Jahr 2006 gab es keinen „erweiterten Suizid“, im Jahr 2007 starben zwei Täter und zwei Opfer, im Jahr 2008 kamen drei Täter und drei Opfer zu Tode, im Jahr 2009 tötete sich ein Täter selbst, nachdem er eine Person vorher ermordete, im Jahr 2010 starben ein Täter und zwei Opfer, im Jahr 2011 gab es drei tote Täter und drei getötete Opfer, im Jahr 2012 kamen vier Täter und sechs Opfer zu Tode. Für das Jahr 2013 wurden keine Fälle gefunden, die als wahrscheinliche „erweiterte Suizide“ eingestuft werden konnten.

4.2. Anzahl der Opfer

Insgesamt konnten für den Zeitraum von neun Jahren 15 Fälle mit einem Todesopfer, ein Fall mit zwei Todesopfern (2010) und ein Fall mit drei Todesopfern (2012), bei denen jeweils neben der Frau auch Kinder der Familie mit in den Tod genommen wurden, gefunden werden.

4.3. Geschlecht

Die Täter waren in allen 17 Fällen männlich. Unter den Todesopfern waren 16 Frauen, zwei Mädchen und zwei Jungen, d.h. die Täter waren zu 100% männlich und die

Todesopfer zu 90% weiblich. Die beiden verletzten Kinder waren männlichen Geschlechts.



Abbildung 2: Geschlecht der Täter in Prozent

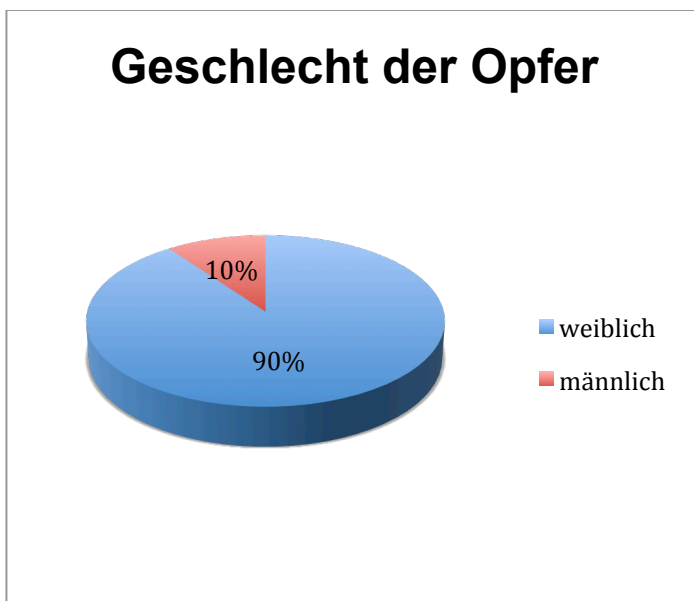


Abbildung 3: Geschlecht der Todesopfer in Prozent

4.4. Alter

Zur besseren Übersicht werden an dieser Stelle mehrere Alterskategorien gebildet. Einer der Täter war zwischen 20 und 29 Jahre alt, drei Täter waren zwischen 30 und 39 Jahre alt, zwei Täter zwischen 40 und 49 Jahre, ein Täter zwischen 50 und 59, zwei Täter zwischen 60 und 69, ein Täter zwischen 70 und 79 Jahre, fünf Täter zwischen 80 und 89 Jahre und zwei Täter waren zwischen 90 und 99 Jahre alt. Der Mittelwert des

Alters der Täter betrug ca. 63 Jahre (63,06 Jahre), der Median 69 Jahre. Der jüngste Täter war 25 Jahre alt, der älteste 93 Jahre alt.

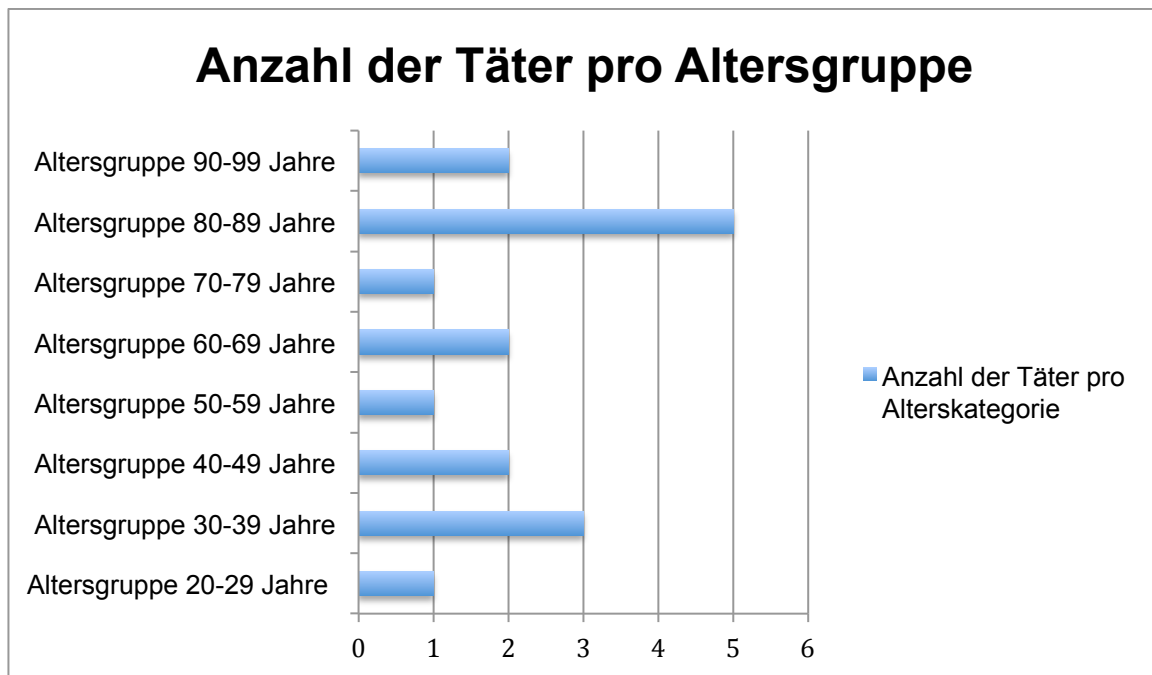


Abbildung 4: Anzahl der Täter pro Altersgruppe

Bei den Todesopfern waren vier Opfer zwischen 0 und 9 Jahre alt (zwei zweijährige weibliche Kinder, ein drei Jahre altes und ein sechs Jahre altes männliches Kind), drei Opfer zwischen 20 und 29, vier Opfer zwischen 30 und 39, ein Opfer zwischen 50 und 59, ein Opfer zwischen 60 und 69 und sieben Opfer waren zwischen 80 und 89 Jahre alt. Der Mittelwert des Alters der Todesopfer betrug ca. 47 Jahre (47,25 Jahre), der Median 36 Jahre. Das jüngste Opfer war 2 Jahre, das älteste Opfer 88 Jahre alt. Die beiden männlichen Zwillinge, die überlebt haben, waren 6 Jahre alt. Insgesamt starben vier Kinder in dem betrachteten Zeitraum im Rahmen eines „erweiterten Suizides“, darunter zwei Jungen und zwei Mädchen.

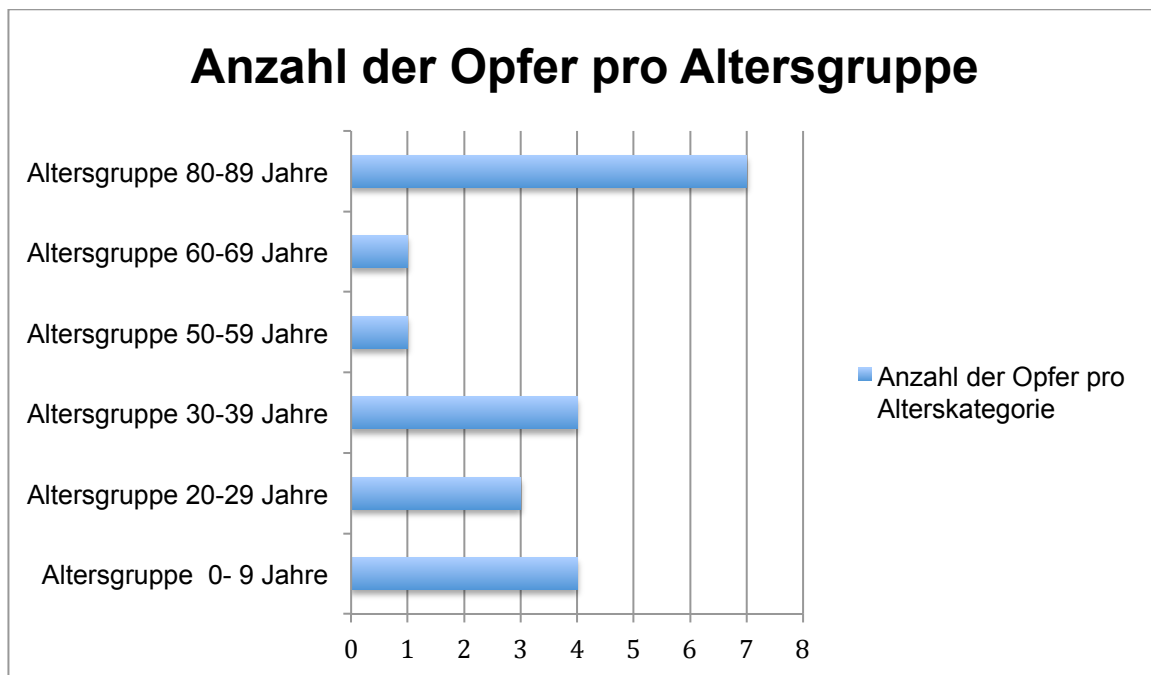


Abbildung 5: Anzahl der Opfer pro Altersgruppe

In 15 der 17 Fälle war der männliche Täter älter als das weibliche Todesopfer. In zwei Fällen war das weibliche Todesopfer jeweils ein Jahr älter als der männliche Täter. Betrachtet man den Altersunterschied zwischen den Tätern und den erwachsenen Todesopfern, kommt man auf folgende Zahlen: Bei sechs Fällen betrug der Altersunterschied ein Jahr, in einem Fall zwei Jahre, in drei Fällen drei Jahre, in einem Fall vier Jahre, in zwei Fällen fünf Jahre, in einem Fall acht Jahre, in einem weiteren Fall 10 Jahre und in einem Fall betrug der Altersunterschied 41 Jahre. Der Mittelwert des Altersunterschieds betrug demnach 5,625 Jahre, der Median 3 Jahre. Der Unterschied zwischen Opfer- und Täteralter war allerdings nicht signifikant, weder beim statistischen Vergleich des Median (Mediantest, $p=0,417$), noch beim Vergleich der Mittelwerte (Mann-Whitney-U-Test, $p=0,091$).

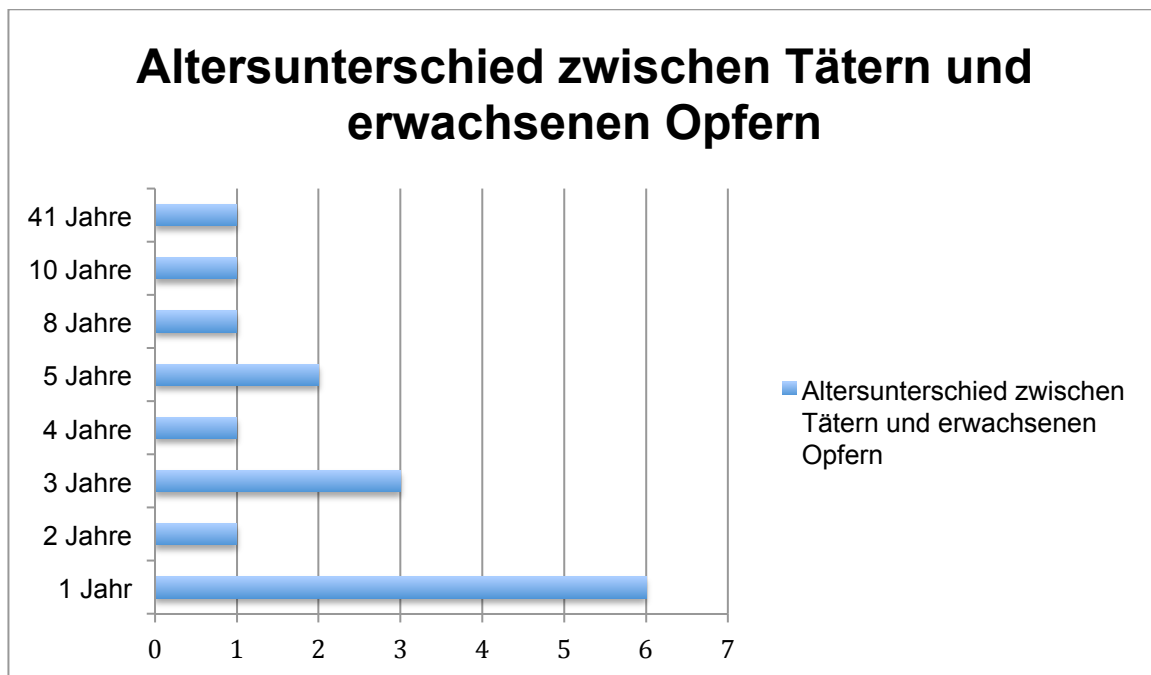


Abbildung 6: Altersunterschied zwischen Tätern und erwachsenen Opfern in Jahren

4.5. Art der Beziehung zwischen Opfern und Tätern

In 12 der 17 Fälle (ca. 70,59%) waren Opfer und Täter verheiratet, dabei war bekannt, dass in einem Fall die Ehefrau getrennt von ihrem Ehemann lebte. Sieben Eheleute waren mindestens 80 Jahre alt, ein Ehepaar kann vom Alter her der Altersgruppe zwischen 60 und 70 Jahren zugeordnet werden, drei Ehepaare waren höchstens 40 Jahre alt, in einem Fall tötete ein 69 Jahre alter Mann seine 28 Jahre alte Ehefrau und seine Kinder. Ein Paar waren Lebensgefährten, beide im Alter von unter 40 Jahren. In drei Fällen handelte es sich um ehemalige Lebensgefährten. Sowohl die mindestens 50 Jahre alten Opfer ($p=0,025$), als auch die mindestens 80 Jahre alten Opfer ($p=0,010$) und Täter ($p=0,041$) waren signifikant häufiger verheiratet. Für die Altersgruppe der mindestens 50 Jahre alten Täter ergab sich kein signifikantes Ergebnis ($p=0,205$). (χ -Quadrat-Tests)

In einem Fall tötete ein Mann die gemeinsame Tochter seiner von ihm getrennt lebenden Ehefrau, in einem Fall nahm der Täter neben seiner ehemaligen Lebensgefährtin auch ihre leibliche Tochter mit in den Tod, in einem weiteren Fall tötete der Täter neben der Ehefrau auch zwei der drei gemeinsamen Kinder, ein weiteres Kind legte er in eine Babyklappe. Dieser Täter war 69 Jahre alt, der erstgenannte Täter 54 Jahre und der andere Täter 25 Jahre alt. Zwei Ehepaare, die der Altersgruppe bis 40 Jahre zuzuordnen sind, hatten auch jeweils zwei bzw. drei Kinder, die alle nicht mit in

den Tod genommen wurden. Bei zwei Eheleuten über 80 Jahre wurde auch bekannt, dass sie Kinder hatten, die nicht mit in die Tat einbezogen wurden. Die anderen Eheleute oder Lebensgefährten oder früheren Paare hatten entweder keine Kinder oder es wurde nicht bekannt.

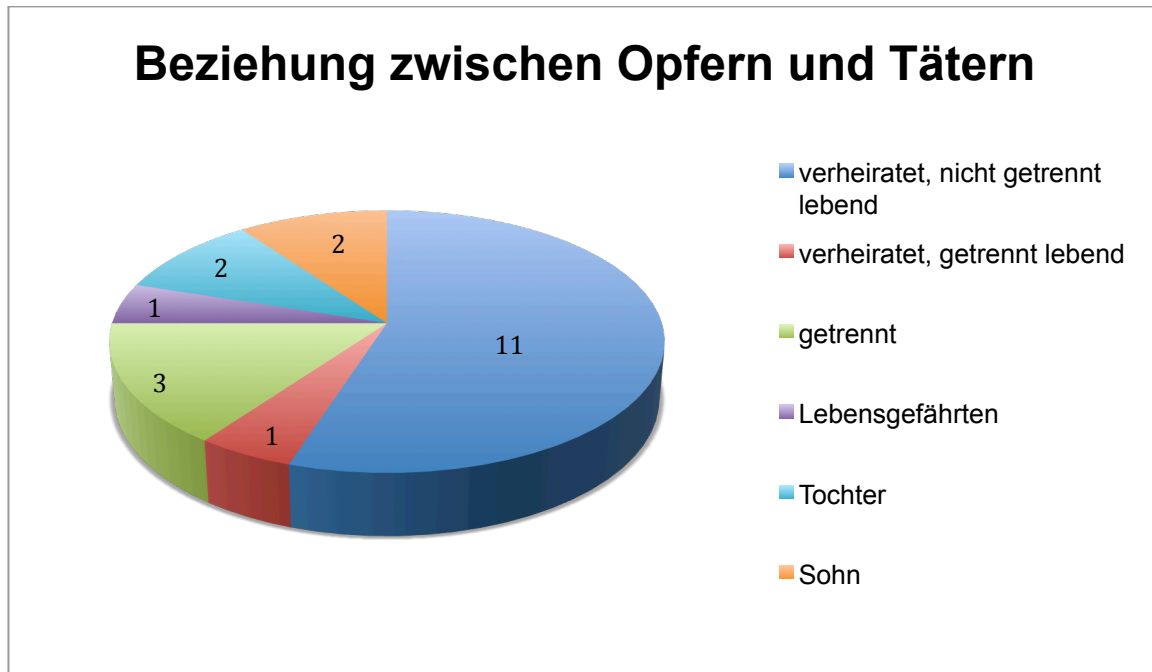


Abbildung 7: Beziehung zwischen Opfern und Tätern

4.6. Konflikte und häusliche Gewalt

In einem Fall lebte die Ehefrau des 54 Jahre alten Täters in einem Frauenhaus, angeblich sei laut eines Zeitungsartikels die Gewalttätigkeit des Ehemanns gegenüber ihr in der Vergangenheit der Grund für ihre Scheidungsabsichten. In einem anderen Fall eines „erweiterten Suizids“ eines 36 Jahre alten Ehemanns, der seine Ehefrau tötete, wurde bekannt, dass es in der Vergangenheit zu mehrfachen Polizeieinsätzen wegen häuslicher Gewalt kam, außerdem offenbarte die Obduktion der Frau Zeichen früherer äußerer Gewalteinwirkung. Bei den anderen Fällen gab es keine Informationen zu Konflikten oder häuslicher Gewalt.

4.7. Kriminelle Vorgeschichte

Bei drei Fällen gab es Hinweise auf eine kriminelle Vorgeschichte. Bei den anderen Fällen fehlten entsprechende Informationen, was nicht bedeutet, dass hier keine kriminelle Vorgeschichte des Täters vorlag.

Bei einem Fall sei es in der Vergangenheit wohl zu körperlicher Gewalt gegenüber der Ehefrau gekommen, die Obduktion ergab jedoch keine Hinweise auf ältere Verletzungen des Weichgewebes oder des knöchernen Skeletts.

Ein Täter hat eventuell, nachdem er sein Geld an der Börse verloren hatte, Raubüberfälle begangen.

Bei einer Familie kam es in der Vergangenheit zu mehreren Polizeieinsätzen wegen des Verdachts auf häusliche Gewalt. Auch die Obduktion ergab Zeichen einer früheren äußeren Gewalteinwirkung.

4.8. Bildung, Beruf und finanzielle Situation des Täters

Zu einem 36 Jahre alten Täter wurde bekannt, dass er vor kurzem arbeitslos geworden ist.

Ein Täter arbeitete früher als Anlageberater und verlor dabei einen Großteil seines Geldes.

Bei einem weiteren Täter wurde ebenfalls bekannt, dass schwere finanzielle Probleme bestanden.

Bei den anderen Fällen wurden keine weiteren Informationen zu diesen Themen bekannt.

4.9. Herkunft

Zu einem Täter wurde bekannt, dass er ursprünglich aus Polen stammte.

Ein Opfer und der Täter wurden in Hamburg geboren, das Opfer lebte in Berlin, der Täter lebte nicht in Berlin.

Ein Opfer wurde in Münden geboren, der Täter in Berlin.

Bei drei Fällen wurden der Täter und das Opfer in Berlin geboren.

Bei einem weiteren Fall wurde das Opfer in Berlin geboren und der Täter in Danzig.

Ein Opfer und ihre Tochter wurden in Lettland geboren, während der Täter in Berlin geboren wurde.

Bei einem anderen Fall stammten das Opfer und der Täter aus Russland.

Zu einem anderen Fall wurde bekannt, dass Opfer und Täter die deutsche Staatsbürgerschaft besaßen.

Schließlich gibt es einen Fall, bei dem das Opfer und der Täter in der Türkei zur Welt kamen.

Die anderen Fälle ließen solche Rückschlüsse nicht zu.

4.10. Tatort (Bezirk, Wohnung, Zimmer)

Bei zwei der 17 Fälle war der Bezirk unbekannt. Tötung und Suizid fanden in 14 der 15 Fälle im gleichen Bezirk und in der gleichen Wohnung bzw. in dem gleichen Hotelzimmer statt, nur in einem Fall erfolgte die Tötung in Marzahn-Hellersdorf und der Suizid in Lichtenberg.

Sowohl Suizid als auch die Tötung, bzw. die Tötungen, fanden viermal in Charlottenburg-Wilmersdorf, dreimal in Neukölln, dreimal in Tempelhof-Schöneberg, einmal in Steglitz-Zehlendorf, einmal in Mitte, einmal in Kreuzberg-Friedrichshain und einmal in Berlin-Spandau statt. Bei einem Fall fanden die Tötung in Marzahn-Hellersdorf und der Suizid in Lichtenberg statt.

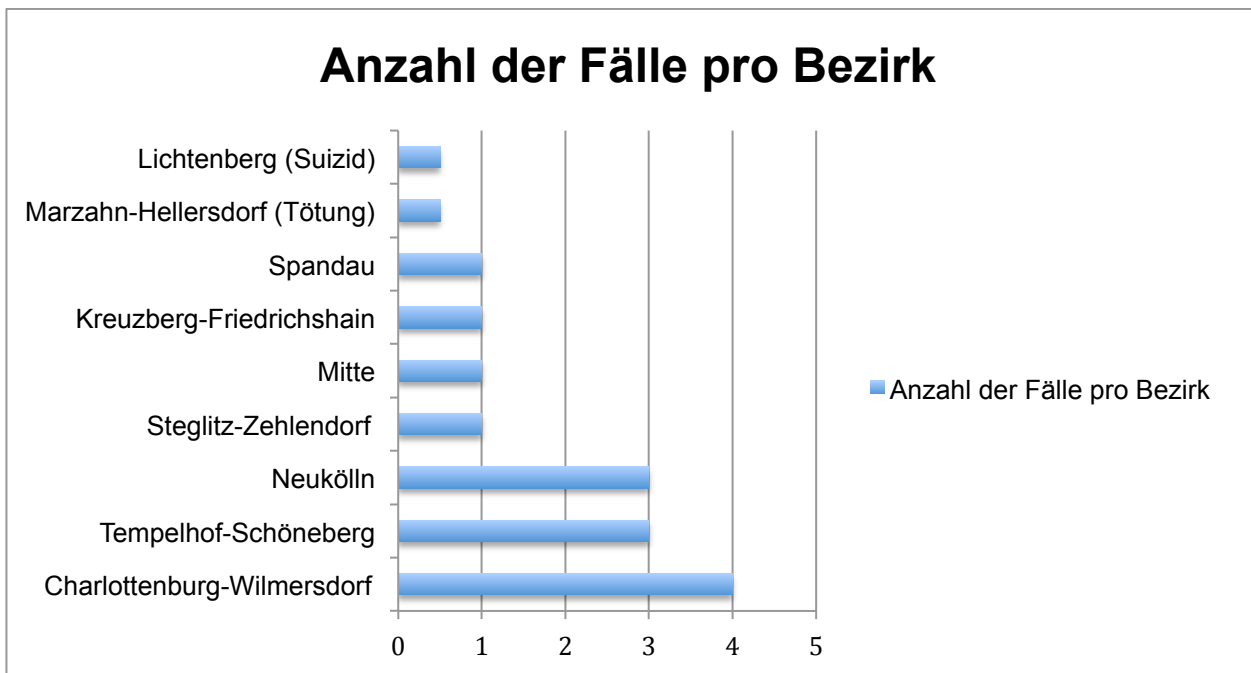


Abbildung 8: Anzahl der Fälle pro Bezirk

In 11 Fällen handelte es sich um die gemeinsame Wohnung, in einem Fall um ein Hotelzimmer, in zwei Fällen um die Wohnung des getrennt lebenden Opfers und in zwei Fällen um die Wohnung des getrennt lebenden Täters. Bei dem oben erwähnten Fall fand die Tötung in der gemeinsamen Wohnung statt und der Suizid in einer anderen Wohnung.

Zum genauen Ort der Tötung und des Suizides innerhalb der Wohnung gab es in 16 Fällen eine Angabe.

Betrachtet man zunächst die Tötung, lässt sich konstatieren, dass das Opfer in fünf Fällen im Wohnzimmer (einmal auf dem Fußboden, dreimal im Sessel) und in einem Fall im Flur aufgefunden wurde. Acht Opfer befanden sich in Schlafzimmern, davon sechs im Bett, ein Opfer auf dem Fußboden und bei einem Opfer wurde der genaue Auffindeort nicht bekannt. Ein Opfer wurde auf dem Boden des Hauswirtschaftsraums aufgefunden, ein Opfer in einem Koffer und ein Opfer in einem Kühlschrank. Ein weiteres Opfer befand sich auf einer Couch eines nicht näher bezeichneten Zimmers und ein Opfer in einem Waschbecken.

Betrachtet man nun den Ort des Suizides, liegen für 16 Fälle Informationen vor. In drei Fällen wurde der Täter im Wohnzimmer aufgefunden, in drei Fällen auf dem Bett im Schlafzimmer, in drei Fällen im Badezimmer (zweimal in der Badewanne), zweimal im Flur, einmal auf dem Balkon. Bei einem weiteren Fall wurde der Täter auf einem Gartenstuhl aufgefunden, ohne nähere Bezeichnung des genauen Raumes. In zwei Fällen erhängte sich der Täter, auch hier wurde das genaue Zimmer nicht angegeben. Ein Täter stürzte sich aus einem Hochhaus.

Bei vier Fällen fand die Tötung und der Suizid in dem gleichen Raum statt (zweimal im Wohnzimmer, einmal im Schlafzimmer und einmal im Badezimmer). Bei drei Fällen ist es möglich, aber nicht genau zu sagen, da das Zimmer, in dem der Suizid stattfand, nicht genannt wurde.

4.11. Monat, Wochentag, Tageszeit und Zeitspanne

Betrachtet man zunächst den Monat, an dem der „erweiterte Suizid“ stattfand, kann man feststellen, dass zwei Fälle im Februar, vier Fälle im März, zwei Fälle im April, zwei Fälle im Mai, einer im Juni, einer im Juli, zwei im August, einer im September, einer im Oktober und einer im November stattfanden. 11 Fälle fanden in der ersten Jahreshälfte und 6 Fälle in der zweiten Jahreshälfte statt, die meisten „erweiterten Suizide“ ereigneten sich im März (vier Fälle). Allein 10 Fälle fallen in die Monate Februar bis Mai.

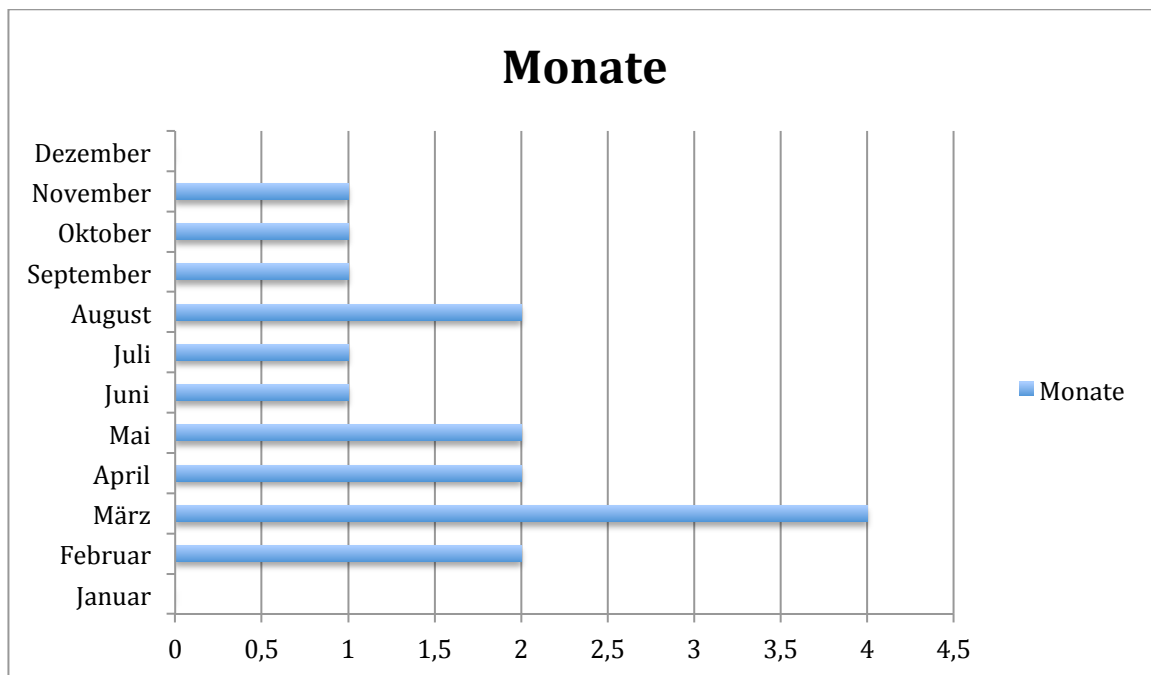


Abbildung 9: Anzahl der Fälle pro Monat

Die Informationen über den Wochentag und die Tageszeit sowie die Zeitspanne wurden aus Zeugenaussagen, Abschiedsbriefen und dem rechtsmedizinischen Befund gewonnen.

Der genaue Wochentag blieb in fünf Fällen unklar. Bei den übrigen 10 Fällen fanden die Tötung und der Suizid wahrscheinlich am gleichen Tag statt, bei zwei Fällen an unterschiedlichen Tagen. Bei einem Fall erfolgte die Tötung an einem Freitagmittag und der Suizid an einem Samstagmorgen, bei einem anderen Fall fand die Tötung an einem Mittwoch und der Suizid an einem Donnerstag statt.

Betrachtet man die 10 Fälle, an denen die Tötung und der Suizid an einem Tag stattfanden, so lässt sich konstatieren, dass der Montag zweimal, der Dienstag einmal, der Mittwoch einmal, der Donnerstag zweimal, der Freitag einmal, der Samstag einmal und der Sonntag zweimal vertreten waren.

Informationen zur ungefähren Tageszeit lagen bei 10 Fällen vor. Bei 9 Fällen war die Tageszeit, an dem die Tötung und der Suizid stattfanden, identisch. Diese Fälle werden im Folgenden analysiert: Drei „erweiterte Suizide“ ereigneten sich in der Nacht oder gegen frühen Morgen. Ein „erweiterter Suizid“ fand am Morgen statt. Ein Fall fand am Nachmittag statt und vier Fälle ereigneten sich am Abend oder am späten Abend. Bei

einem Fall fand die Tötung am Vortag gegen Mittag und der Suizid am Folgetag am Morgen statt.

Das mögliche Zeitintervall war in den meisten Fällen nur schwer zu rekonstruieren. Bei einem Fall fanden die Tötung und der Suizid gleichzeitig statt, da nur ein Schuss abgesetzt wurde. In drei Fällen war die Rektaltemperatur ähnlich, was auf ein kurzes Intervall schließen lässt. Bei einem Fall erfolgten die Schüsse laut einer Zeugenaussage kurz hintereinander. Bei drei weiteren Fällen ist anzunehmen, dass das Intervall ebenfalls kurz war. In einem Fall ereigneten sich die Tötung und der Suizid wahrscheinlich am gleichen Tag, allerdings ist das genaue Intervall nicht bekannt. In einem Fall erfolgte der Suizid wahrscheinlich auch nicht lange nach der Tötung, allerdings fuhr der Täter zunächst zu einer Babyklappe.

Bei einem weiteren Fall betrug das Zeitintervall laut Abschiedsbrief ca. 25 Minuten, bei einem ca. fünf Stunden, bei einem Fall ca. 6,5 Stunden, bei einem anderen Fall ca. einen halben Tag und bei einem weiteren bis zu einem Tag.

Bei zwei Fällen ist das Intervall völlig unbekannt.

4.12. Todesursache und Lokalisation der todesursächlichen Verletzung

Insgesamt ließen sich als Todesursachen Schussverletzungen, Tod durch Ersticken, Erdrosseln, Erwürgen, Erhängen und Tablettenintoxikation sowie Verbluten aus Stich- oder Schnittverletzungen und Sprung aus großer Höhe ausmachen.

Schussverletzungen stellten die häufigste Todesursache dar.

Bei den 20 Todesopfern sind Schussverletzungen am Häufigsten gewesen. Insgesamt kamen acht Opfer (40%) durch Schussverletzungen zu Tode, darunter ein Kind, das vorher mit Diazepam betäubt wurde. In drei Fällen wurde nur ein Schuss abgegeben, hierbei handelte es sich immer um Kopfschüsse, in vier Fällen wurden zwei Schüsse abgegeben und in einem Fall wurden fünf Schüsse abgegeben. In sieben Fällen wurde der Kopfbereich getroffen, in zwei Fällen erfolgte zusätzlich ein Rumpfdurchschuss, die beide für sich genommen todesursächlich sein konnten, bei dem Fall mit fünf Schüssen wurde der Kopfbereich zweimal getroffen, außerdem kam es zu Einschüssen im Bereich des linken Oberarmes, der linken Brustdrüse und des Bauches, in einem Fall wurde zusätzlich noch in die Halsvorderseite geschossen. In einem Fall wurde nicht der Kopf getroffen, hier kam es zu zwei Durchschüssen mit Verletzung von

Brustkorborganen und einem Tod in Folge von Verbluten. Betrachtet man die Lokalisationen des Einschusses im Bereich des Kopfes, findet man in einem Fall einen Kopfdurchschuss mit Nahschusszeichen und Einschuss im Bereich der linken Wange. Der Fall, bei dem es zu fünf Schüssen auf das Opfer kam, ist u.a. gekennzeichnet durch einen Einschuss in der linken Scheitelregion und einem Einschuss im Bereich der rechten Schläfenregion. Zeichen für absolute Nahschüsse fehlten bei diesem Fall. Bei einem Fall drückte der Täter die rechte Schläfe des Kindes gegen seine linke Schläfe und schoss dann durch seine rechte Schläfe. Dieser Schuss traf das Mädchen dann im Bereich ihrer rechten Schläfe. Bei einem Fall erfolgte der Einschuss im Bereich der rechten Scheitelregion im Sinne eines relativen Nahschusses, bei einem weiteren Fall kam es im Bereich des rechten Ohrläppchens zum Einschuss. Ein anderes Opfer wurde mittels eines aufgesetzten Schusses im Bereich der rechtsseitigen unteren Scheitelregion getötet. Außerdem kam eine Frau durch einen Kopfsteckschuss mit Einschuss in der oberen Stirnmitte zu Tode, wobei der begleitende Brustdurchschuss für sich selbst auch hätte todesursächlich sein können. Fünf der an Schussverletzungen verstorbenen Opfer waren über 50 Jahre alt, drei waren unter 50 Jahre alt.

Im Folgenden werden weitere Todesursachen genannt. Ein 31 Jahre altes Opfer verstarb an einer Schnittverletzung des Halses, eines (33 Jahre alt) an einer Stichverletzung des Halses mit Durchtrennung der linksseitigen Karotis. Bei einer 88 Jahre alten Frau bestand der Verdacht auf eine Medikamentenintoxikation, die wahrscheinlich in Kombination mit einem Ersticken unter einer Plastiktüte zum Tode geführt hat. Eine 82-jährige Frau erstickte, da ihr eine Stoffwindel auf Mund und Nase gedrückt wurde. Ein weiteres 88 Jahre altes Opfer wurde erdrosselt. Bei einem Fall erstickte das Kind (2 Jahre alt) unter einer Plastiktüte, oder verstarb an einer Strangulation oder an einem Verschluss der Atemöffnungen oder einer Kombination dieser Todesursachen. Ihre Mutter (22 Jahre alt) verstarb an einer Halskompression im Sinne einer Kombination aus einem Drosselmechanismus und eines atypischen Erhängens. Eine weitere 86 Jahre alte Frau wurde bei einem anderen Fall erwürgt, bei einem weiteren Fall verstarb die Frau (33 Jahre alt) an einer Strangulation, oder an einem Erwürgen oder einem Ersticken oder einer Kombination dieser Todesursachen. Bei einem anderen Fall bestand der Verdacht, dass beide Kinder (3 und 6 Jahre alt), die Frau (28 Jahre alt) sowie der Täter durch Ersticken mittels CO₂-Kartuschen ums Leben kamen.

Im Rahmen der Schussverletzungen verstarben jeweils nur ein Opfer und ein Täter. Beim Fall, bei dem CO2-Kartuschen verwendet wurden, verstarben drei Opfer und der Täter, bei einem Fall wurde das Kind erstickt und die Frau verstarb an der Kombination aus Drosselmechanismus und atypischem Erhängen.

Bei drei Fällen waren Kinder unter den Opfern. Bei einem Fall wurde das Kind erschossen, die anderen Fälle waren die im vorherigen Satz erwähnten Fälle.

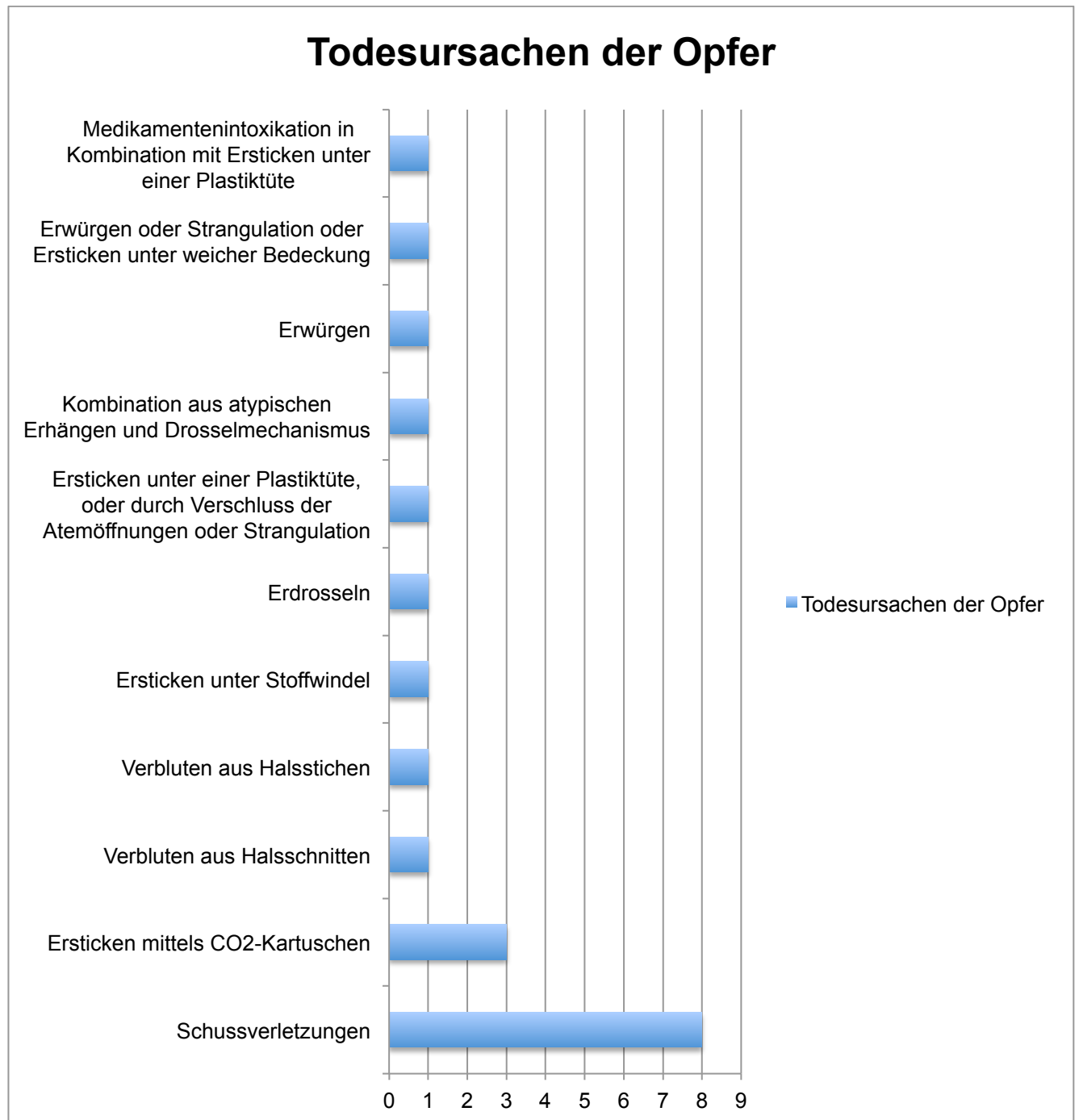


Abbildung 10: Todesursachen der Opfer (Anzahl der Opfer, die auf Grund dieser Todesursache verstarben)

Betrachtet man die 17 Suizide der Täter, kommt man auf acht Fälle (ca. 47%), bei denen der Tod durch eine oder mehrere Schussverletzungen erfolgte. Bei sieben dieser Fälle erfolgte der Suizid durch einen Kopfschuss, bei einem Fall erfolgte, wie auch bei der Tötung, der Suizid durch mehrere Brustkorbschussverletzungen, beim Suizid wurden drei Schüsse, bei der Tötung zwei Schüsse abgegeben.

Betrachtet man die Lokalisation der Einschusswunde, so findet man in einem Fall einen absoluten Nahschuss im Bereich des rechten Ohres, in einem Fall einen Einschuss im Bereich der rechten Schläfe, in zwei Fällen lag der Einschuss rechts parietal, ein Täter brachte sich mit einem aufgesetzten Schuss im Bereich der Stirnmitte um und zwei weitere Täter begingen Suizid durch einen Schuss in die Mundhöhle, der eine von beiden schoss durch seinen linken Gaumen hindurch. Die Einschüsse im Bereich des Brustkorbes bei dem erwähnten Fall fanden sich alle dicht beieinander oberhalb der linken Brustdrüse.

Bei sechs der Fälle, bei denen der Suizid und die Tötung durch Schussverletzungen erfolgten, waren die Täter über 50 Jahre alt, in drei Fällen sogar mindestens 80 Jahre alt, bei den zwei weiteren Fällen waren sie unter 50 Jahre alt.

Bei den übrigen neun Tätern findet man folgende Todesursachen: Ein 36 Jahre alter Täter brachte sich durch eine Schnittverletzung im Bereich des rechten Halses um, an der er verblutete, einer (43 Jahre alt) fügte sich mehrere Stichverletzungen im Bereich von Hals und Brust zu, was auf Grund von Verbluten, einer Blutaspiration und eines Hämatothorax zum Tode führte, drei weiterer Täter im Alter von 93, 87 und 85 Jahren erhängten sich, zwei andere Täter im Alter von 84 und 25 Jahren verwendeten Plastiktüten, was zum Tode durch Ersticken führte, einer (36 Jahre alt) stürzte sich aus großer Höhe in die Tiefe und starb an einem Polytrauma, und einer erstickte durch Verwendung von CO₂-Kartuschen (69 Jahre alt).

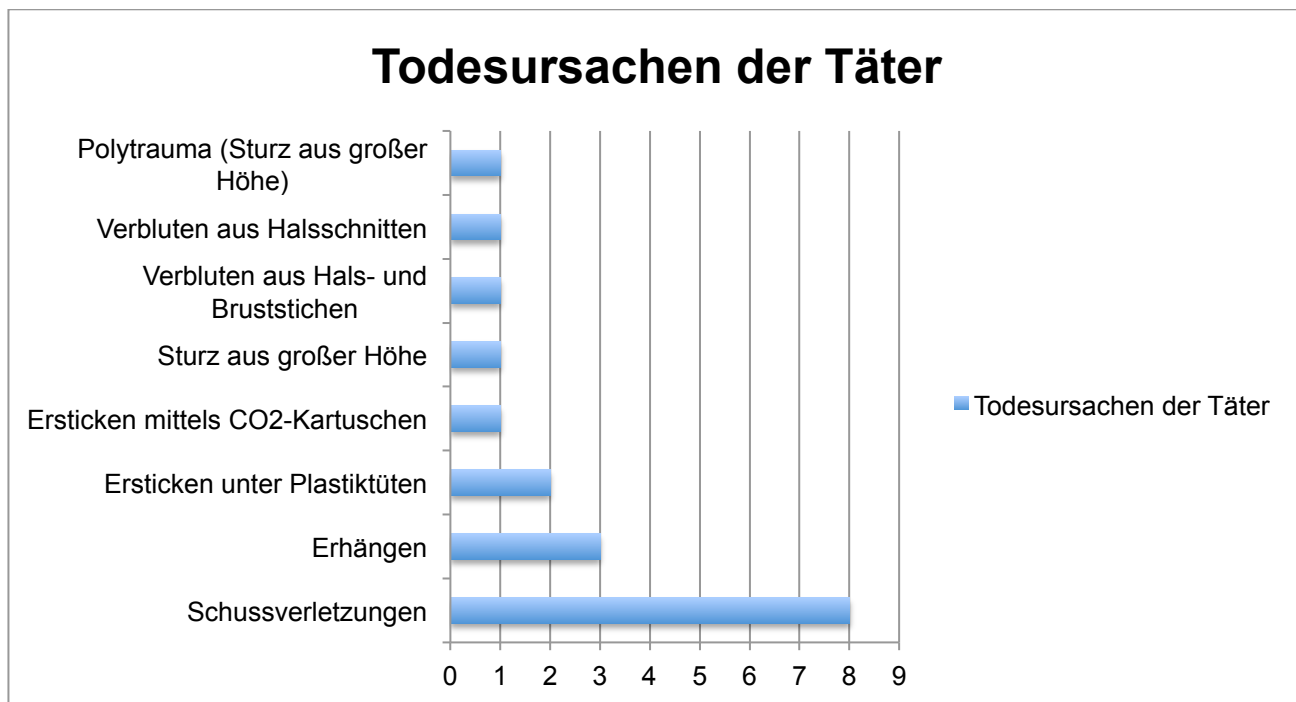


Abbildung 11: Todesursachen der Täter (Anzahl der Täter, die auf Grund dieser Todesursache verstarben)

Bei 13 der 17 Fälle (ca. 76,47%) lag bei der Tötung und beim Suizid die gleiche Todesursache vor, zumindest was eines der Opfer und den Täter betrifft. Bei einem Fall erfolgte der Tod des Täters und seiner Tochter sogar durch einen einzigen Schuss. Acht dieser Fälle umfassen „erweiterte Suizide“, bei denen sowohl das Opfer als auch der Täter durch Schussverletzungen verstarben. Damit ist bei allen Fällen von Schusswaffengebrauch eine identische Todesursache zu finden, bei einem Fall schoss der Täter, nachdem er das Opfer mit Brustschüssen tötete, sich selbst sogar ebenfalls in den Brustbereich. Die Einschusslokalisationen variieren selbstverständlich wie oben gezeigt wurde. Festzuhalten ist, dass es keinen Fall gab, bei dem nur das Opfer oder nur der Täter an einer Schussverletzung verstarb. Wie oben schon erwähnt wurde, waren sechs der Täter über 50 Jahre alt und zwei der Täter unter 50 Jahre alt. Bei den fünf anderen Fällen findet sich ein Fall, bei dem sowohl der Täter, als auch das Opfer an einer Schnittverletzung des Halses verstarben (beide unter 50 Jahre alt), ein Fall, bei dem beide unter 50 Jahre alten Beteiligten an einer Stichverletzung des Halses verstarben, ein anderer Fall, bei dem beide erstickten, die Frau erstickte allerdings, weil ihr eine Stoffwindel auf Mund und Nase gepresst wurde, der Mann starb, weil er sich eine Plastiktüte um den Kopf band, (beide waren über 80 Jahre alt) und ein weiterer Fall, bei dem das Kind und der Täter wahrscheinlich unter einer Plastiktüte erstickten, aber die Mutter offenbar mit einem Bundeswehrgürtel erdrosselt wurde. (alle unter 30

Jahre alt) Der letzte Fall umfasst die Familie, die unter Verwendung von CO₂-Kartuschen verstarb, hier war der Täter 69 Jahre alt und die Opfer waren 3, 6 und 28 Jahre alt.

Bei vier Fällen ließen sich unterschiedliche Todesursachen bei Suizid und Tötung feststellen. Bei einem Fall verstarb die Frau an einer Tablettenintoxikation in Kombination mit Ersticken unter einer Plastiktüte, während sich der Täter erhängte. Ein anderer Täter erdrosselte zuerst seine Frau und erhängte sich anschließend. Ein weiterer Täter erwürgte erst seine Frau und erhänge sich dann. In diesen drei Fällen waren Täter und Opfer jeweils über 80 Jahre alt. Bei einer Frau wurde nicht klar, ob sie an einer Strangulation, an Erwürgen, Ersticken oder einer Kombination dieser Todesursachen verstarb. Der Täter sprang anschließend aus großer Höhe hinab und verstarb an einem Polytrauma. Bei diesem Fall waren der Täter und das Opfer unter 40 Jahre alt.

4.13. Tatwaffen

Für die Tötung und den Suizid wurden Schusswaffen in acht Fällen und Messer in zwei Fällen verwendet. Für die Tötung und den Suizid wurde jeweils dieselbe Schusswaffe benutzt. Es wurde bekannt, dass es sich in einem Fall um eine illegal beschaffte Pistole handelte, in einem Fall wurde ein Revolver verwendet, bei einem anderen Fall eine Pistole und bei einem weiteren eine kleinkalibrige Faustfeuerwaffe, die der Täter wohl auf Grund seiner ehemaligen Funktion als Stabsunteroffizier im Wehrdienst besaß. Ein Täter verwendete wohl eine Pistole aus Wehrmachtsbeständen. Bei drei weiteren Fällen wurde nicht klar, welche Schusswaffe benutzt wurde.

Bei den beiden Fällen, bei denen Messer verwendet wurden, handelte es sich in einem Fall um ein Küchenmesser.

In den übrigen sieben Fällen unterschieden sich die Tatwaffen, die bei Tötung und Suizid Verwendung fanden.

Bei einem Fall wurde für die Tötung eine Plastiktüte verwendet, die mit einem Band am Hals festgebunden wurde und für den Suizid durch Erhängen ein zweiadriges Elektrokabel mit einer laufenden Schlinge.

Ein Täter erstickte sein Opfer mit einer Stoffwindel und tötete sich selbst mit zwei über den Kopf gestülpten Plastiktüten, zwischen denen sich der Deckel eines in der Mitte zusammengedrückten Schuhkartons befand.

Ein Opfer wurde mit einem Schal erdrosselt, während sich der Täter mit einem zweitourigen Strang erhängte.

Einer der Täter tötete das Kind seiner früheren Lebensgefährtin mit einer Plastiktüte, die über den Kopf gestülpt wurde und mit einem Kabelbinder befestigt wurde. Die Lebensgefährtin tötete er mit einem Bundeswehrgürtel, den er um ihren Hals band und sich selbst mit einer Plastikmülltüte, die er über seinen Kopf stülpte und mit zwei Kabelbindern befestigte.

Ein Täter erwürgte seine Frau und erhängte sich danach selbst mit einer Schnur.

Bei einem Fall stürzte sich der Täter aus großer Höhe hinab, nachdem er die Frau entweder erwürgte oder mit einem Lampenstromkabel erdrosselte oder unter weicher Bedeckung erstickte, was nicht endgültig geklärt werden konnte.

Ein Täter brachte seine ganze Familie außer einer Tochter mit CO₂-Kartuschen und daran befestigten Atemmasken um.

Es ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse bezüglich der Frage, ob mindestens 50-Jährige Opfer ($p=0,205$) und Täter ($p=0,373$) oder mindestens 80 Jahre alte Opfer ($p=0,608$) und Täter ($p=0,581$) häufiger durch Schusswaffen starben als jüngere Opfer und Täter.

Tatwaffen bei den Tötungen

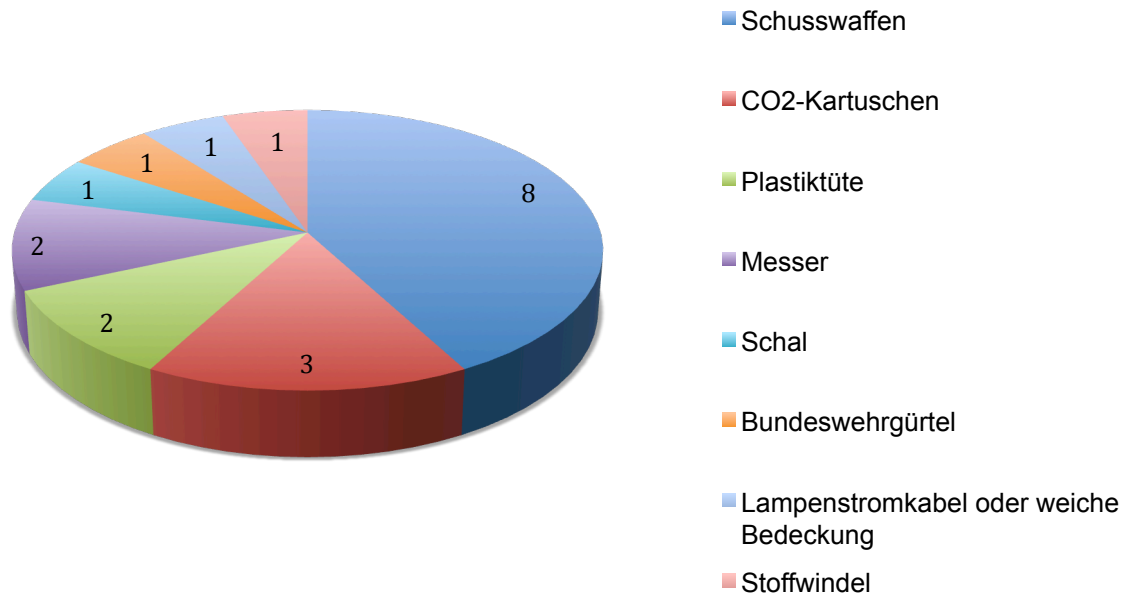


Abbildung 11: Anzahl der Tötungen, die mit Hilfe der Tatwaffe erfolgten

Tatwaffen bei den Suiziden

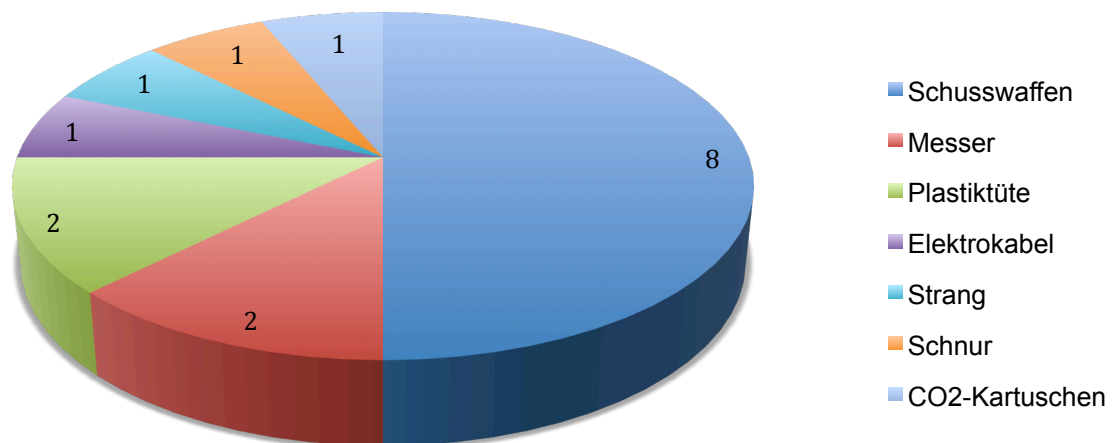


Abbildung 12: Anzahl der Suizide, die mit der Waffe erfolgten

Die folgende Tabelle 1 stellt die Todesursachen und verwendeten Tatwaffen bezogen auf die einzelnen Fälle dar.

Fälle	Opfer und Täter	Todesursachen	Tatwaffen
1	Opfer Täter	Verbluten (Halsschnitt) Verbluten (Halsschnitt)	Messer
2	Opfer Täter	zwei Schussverletzungen (Kopf) Schussverletzung (Kopf)	Pistole
3	Opfer Täter	Schussverletzung (Kopf) Schussverletzung (Kopf)	Revolver
4	Opfer Täter	Verbluten (Stichverletzung Hals) Verbluten (Stichverletzungen Hals und Brust)	Küchenmesser
5	Opfer Täter	Tablettenintoxikation in Kombination mit Ersticken unter einer Plastiktüte Erhängen	Plastiktüte Elektrokabel
6	Opfer Täter	Ersticken durch Verschluss der Atemöffnungen Ersticken	Stoffwindel Zwei Plastiktüten
7	Opfer Täter	fünf Schussverletzungen (Kopf, Brust, Bauch) Schussverletzung (Kopf)	Schusswaffe
8	Opfer Täter	Erdrosseln Erhängen	Schal zweitouriger Strang
9	Opfer Täter	Schussverletzung (Kopf) Schussverletzung (Kopf)	kleinkalibrige Faustfeuerwaffe
10	Opfer (w. 22 J.) Opfer (w. 2 J.) Täter	Halskompression durch Kombination aus Drosselmechanismus und atypischen Erhängens Ersticken unter Plastiktüte oder durch Verschluss der Atemöffnungen oder Tod durch Strangulation oder Kombination Ersticken	Bundeswehrgürtel mit Kabelbinder befestigte Plastiktüte Plastiktüte
11	Opfer Täter	zwei Schussverletzungen (Kopf und Hals) Schussverletzung (Kopf)	Pistole
12	Opfer Täter	Erwürgen Erhängen	Schnur
13	Opfer Täter	Strangulation oder Erwürgen oder Ersticken oder Kombination Polytrauma (Sturz aus großer Höhe)	Evtl. Lampenstromkabel und/oder weiche Bedeckung
14	Opfer Täter	Schussverletzung (Kopf) Schussverletzung (Kopf)	Schusswaffe
15	Opfer Täter	zwei Schussverletzungen (Kopf und Brust) Schussverletzung (Kopf)	Pistole
16	Opfer (w. 28	Ersticken	CO2-Kartuschen mit Masken

	J.) Opfer (m. 3 J.)	Ersticken	
	Opfer (m. 6 J.)	Ersticken	
	Täter	Ersticken	
17	Opfer	zwei Schussverletzungen (Brustkorb)	Schusswaffe
	Täter	drei Schussverletzungen (Brustkorb)	

Tabelle 1: Todesursachen von Opfern und Tätern sowie Tatwaffen

4.14. Weitere Verletzungen

An dieser Stelle soll analysiert werden, wie häufig Abwehrverletzungen und Zeichen einer früheren körperlichen Misshandlung bei den Opfern waren und ob Pulsaderschnitte bei den Tätern nachweisbar waren.

Bei einem 33 Jahre alten Opfer fanden sich Abwehrverletzungen. Außerdem war sie das einzige Opfer, bei dem sich Hinweise auf eine frühere äußere Gewalteinwirkung von fremder Hand ergaben, z.B. im Sinne einer Misshandlung durch den Partner. In der Vorgeschichte gab es auch mehrmals Polizeieinsätze auf Grund des Verdachts auf häusliche Gewalt.

Bei zwei weiteren Opfern (23 Jahre und 33 Jahre alt) fanden sich bei der Obduktion Unterblutungen der Arme bzw. eine Einblutung von rechtem Oberarm, rechtem Handgelenk und rechter Hand, die eventuell ebenfalls im Rahmen von Abwehrhandlungen entstanden sein könnten.

Bei den übrigen 17 Opfern fanden sich keine Zeichen von Abwehrverletzungen.

Bei einem 43-Jährigen Täter hingegen ließen sich Hauteinblutungen beider Unterarme feststellen, die eventuell durch die Gegenwehr eines der Opfer entstanden sein könnten.

Bei einem Täter fanden sich parallele Schnittverletzungen beider Unterarme, bei einem weiteren 93 Jahre alten Täter konnten Pulsaderprobierschnitte am linken Unterarm nachgewiesen werden, bei einem 25 Jahre alten Täter zeigten sich ältere Narben am linken Unterarm.

4.15. Chemisch-toxikologischer Befund und Vorgeschichte mit Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenmissbrauch

In diesem Unterkapitel soll analysiert werden, ob bei Opfern und Tätern eine Beeinflussung durch Alkohol, Drogen oder Medikamente vorlag und ob sich Hinweise auf Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenmissbrauch in der Vergangenheit ergeben haben. Bei 9 Akten fehlte der chemisch-toxikologische Befund, sodass bei diesen Opfern oder Tätern meist keine Aussage bezüglich dieser Fragen getroffen werden konnte.

Bei zwei Tätern (60 Jahre und 69 Jahre) zeigte sich eine minimale alkoholische Beeinflussung, ebenso bei einem zwei Jahre alten Opfer, wobei beim Opfer wahrscheinlich die postmortale Gärung dafür verantwortlich war. Bei einem 31 Jahre alten Täter lag mit 0,04 Promille praktisch keine alkoholische Beeinflussung vor. Ein 85 Jahre altes Opfer wies eine Alkoholkonzentration von 0,5 Promille auf, bei einem 60 Jahre alten Täter zeigte sich ein Wert von 1,4 Promille. Bei allen anderen Opfern und Tätern, bei denen die Befunde zugänglich waren, konnte kein Alkohol nachgewiesen werden.

Hinweise auf Drogen ergaben sich bei keinem Opfer oder Täter.

Es werden im Folgenden alle Medikamente aufgeführt und diejenigen betont, die eventuell todesursächlich waren oder den Tod begünstigt haben oder die Reaktions- und Handlungsfähigkeit laut chemisch-toxikologischem Befund beeinflusst haben könnten.

Einem zwei Jahre alten Mädchen gab der Täter vor der Schussabgabe Diazepam. Dies konnte im oberen therapeutischen Bereich nachgewiesen werden. Das Mädchen schlief dadurch wahrscheinlich und war handlungs- und reaktionsunfähig. Bei dem 54 Jahre alten Täter konnten Diazepam und Naproxen in therapeutischer Dosierung nachgewiesen werden.

Ein 22 Jahre altes Opfer wies Diazepam und Nordiazepam, der 25 Jahre alte Täter Diazepam und Zolpidem im Blut auf. Die Dosierungen bewegten sich jeweils im unteren therapeutischen Bereich.

Einem 23 Jahre alten Opfer wurden wahrscheinlich im Rahmen der Reanimation Metoprolol und Midazolam verabreicht.

Bei einem 69 Jahre alten Täter konnte Valsartan nachgewiesen werden.

Ein 84 Jahre alter Täter nahm wohl die Medikamente seiner Frau ein. Bei ihm konnten Clozapin, Desmethylclozapin und Oxazepam in therapeutischer Dosis nachgewiesen werden. Diese Medikamente haben eventuell das Ersticken unter der Plastiktüte begünstigt.

Bei dem mit 1,4 Promille alkoholisierten Täter, der sich und seine Partnerin mit Schussverletzungen tötete, konnte Tramadol in therapeutischer Dosis nachgewiesen werden, das 84 Jahre alte Opfer nahm vor ihrem Tod Benzfibrat ein.

Ein 86 Jahre altes Opfer nahm Metoprolol, Ramipril, Diclofenac und Ranitidin ein, im Blut des Täters konnten Metoprolol und Metformin nachgewiesen werden. Alle diese Medikamente wurden in einer üblichen Dosierung eingenommen.

Ein 85 Jahre altes Opfer nahm vor ihrem Tod Verapamil, Tillidin und Ibuprofen im therapeutischen Bereich ein, beim 88 Jahre alten Täter ließen sich Phenprocoumon, Metoprolol, Amlodipin und Indometacin nachweisen.

4.16. Somatische Vorerkrankungen und Pflegebedürftigkeit

An dieser Stelle soll insbesondere auf schwere Vorerkrankungen eingegangen werden, die Einfluss auf das Motiv für den „erweiterten Suizid“ hatten, sowie auf Pflegebedürftigkeit.

Bei insgesamt sechs Fällen wurden Vorerkrankungen entweder bei früheren Aussagen oder in den Abschiedsbriefen als Ursache für den „erweiterten Suizid“ dargestellt. Die Opfer ($p=0,000$) und Täter ($p=0,001$) waren in allen Fällen jeweils über 80 Jahre alt, was statistisch signifikant war. In vier Fällen wurden die Erkrankungen der Frau als Grund genannt. Alle vier Frauen waren wohl pflegebedürftig und wurden u.a. von dem Ehemann gepflegt. Bei einer Frau war die Erkrankung wohl soweit fortgeschritten, dass der Ehemann mit der Pflege überfordert war und ein Eintritt in ein Pflegeheim bevorstand. Im Einzelnen litt ein Opfer unter einer hochgradigen Arteriosklerose, einer Herzmuskelerweiterung und einem Lungenemphysem, der Ehemann an Arteriosklerose und Hirnatrophie. Eine Frau war u.a. an Parkinson und Arteriosklerose erkrankt, der Ehemann an Arteriosklerose. Bei einem Opfer wurde eine Demenz diagnostiziert, außerdem litt die Frau an Arteriosklerose und einer Fettleber. Beim Mann zeigten sich bei der Obduktion eine Peritonitis, eine Divertikulitis, eine Arteriosklerose und eine Koronarsklerose. Die Obduktion eines anderen Opfers ergab den Befund einer schweren Arteriosklerose und COPD, aus der Vorgeschichte wurde bekannt, dass die

Frau auch an den Folgen eines schweren Schlaganfalles und an einer Demenz litt. Bei der Obduktion des Mannes zeigten sich eine Arteriosklerose, eine Herzmuskelvergrößerung und ein Lungenemphysem. D.h. auch in den Fällen, bei denen die Erkrankung der Frau als Ursache für den „erweiterten Suizid“ genannt wurde, waren die Ehemänner ebenfalls teilweise schwer, in einem Fall auch akut erkrankt. Betrachtet man den einen Fall, bei dem die Erkrankung des Mannes als Ursache angeführt wurde, zeigte sich, dass er unter einer schweren Arteriosklerose, einem vergrößerten Herz und einer koronaren Herzkrankheit litt. Bei der Frau ergab sich der Befund einer Arteriosklerose.

Bei dem Fall, bei dem die Erkrankungen von beiden Eheleuten als Ursache aufgeführt wurden, ergab die Obduktion der Frau die Befunde eines Emphysems, einer schweren degenerativen Wirbelsäulenerkrankung und einer Arteriosklerose. Die Obduktion des Mannes zeigte eine deutliche Herzvergrößerung und eine hochgradige Arteriosklerose. Ein weiterer Fall eines „erweiterten Suizides“ mit mindestens 80 Jahre alten Beteiligten fiel in den betrachteten Zeitraum. Hier fanden sich keine konkreten Hinweise auf das Motiv, aber beide litten ebenfalls an Vorerkrankungen, die Frau an einer Arteriosklerose und einem Emphysem, der Mann an einer fortgeschrittenen Arteriosklerose.

4.17. Psychische Vorerkrankungen

In diesem Kapitel soll darauf eingegangen werden, ob die Ermittlungen Hinweise auf Depressionen oder andere psychiatrische Erkrankungen bei den Tätern und den Opfern ergaben. Auf Suizidgedanken, Suizidankündigungen und mögliche Suizidversuche durch Pulsaderschnitte als Hinweis auf eine Depression wird in anderen Kapiteln eingegangen, weshalb dies an dieser Stelle nicht erneut erwähnt wird.

Neben den Fällen, bei denen im Vorfeld Suizidgedanken geäußert wurden, ergaben sich bei einem weiteren Fall Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung. Der Täter äußerte im Abschiedsbrief, dass er bei der Tat unter ausgeprägten Halluzinationen litt, was ein Hinweis auf eine Psychose sein könnte.

Weitere Hinweise auf psychiatrische Erkrankungen, auch indirekter Natur in Form von Medikamenteneinnahmen oder Therapien in der Vergangenheit, fanden sich nicht.

4.18. Vorankündigung und Planung der Tat

Bei sechs Fällen kam es im Vorfeld zu Vorankündigungen. Bei drei Fällen sprachen sowohl der Täter als auch das spätere Opfer im Vorfeld mindestens einmal davon, sich

das Leben zu nehmen. Bei zwei dieser Fälle erfolgten die Vorankündigungen gegenüber der Tochter, bei einem gegenüber einer Pflegerin und der Nachbarin. Es handelte sich bei allen drei Paaren um über 80 Jahre alte Eheleute, die als Gründe in einem Fall den drohenden Eintritt der Frau in ein Pflegeheim, in einem Fall den Verlust der Selbstständigkeit und in einem Fall die Erkrankungen von beiden anführten. Bei einem Fall kündigte der 31 Jahre alte Täter gegenüber Bekannten und seiner ehemaligen Freundin an, diese zu töten, falls es zu einer Trennung käme. Ein 87 Jahre alter Täter kündigte gegenüber seinem Stiefsohn an, seine Frau und sich selbst zu töten. Ein Täter rief nach der Tat bei der Polizei an und sprach von seinem geplanten Suizid. Bei einem Fall wurde bekannt, dass es zu keinen Vorankündigungen kam, bei den übrigen wurde nichts dazu bekannt. Laut dem Abschiedsbrief eines Täters hätte das weibliche Opfer auf Grund großer Belastungen in der Vergangenheit öfter von Suizid gesprochen, was er allerdings offenbar als Rechtfertigung für seine Tat nutzte. Vorankündigungen kamen weder in der Altersgruppe der mindestens 50 Jahre alten Täter ($p=0,661$), noch in der Altersgruppe der mindestens 80 Jahre alten Täter ($p=0,145$) signifikant häufiger vor als im jüngeren Alter.



Abbildung 13: Anzahl der Fälle, bei denen es zu Vorankündigungen kam

4.19. Abschiedsbrief

Bei acht der 17 Fälle (ca. 47,06%) wurde bekannt, dass Abschiedsbriefe existierten. Einer wurde verfasst von dem Vater, der sein Kind tötete, fünf Briefe jeweils von dem Ehemann, der seine Frau und in einem Fall auch zwei Kinder tötete und ein Abschiedsbrief in Form einer Email von dem Mann, der seine ehemalige Lebensgefährtin und deren Kind tötete. Einer der Abschiedsbriefe, die von dem Ehemann geschrieben wurden, wurde von beiden Eheleuten unterschrieben. Ein Täter drehte ein Video in russischer Sprache, in dem er den Tatablauf schilderte. Auch bezüglich der Abschiedsbriefe lässt sich konstatieren, dass diese nicht signifikant häufiger von Tätern ab 50 ($p=0,247$) oder 80 ($p=0,218$) Jahren verfasst wurden.



Abbildung 14: Anzahl der Fälle, bei denen Abschiedsbriefe hinterlassen wurden

4.20. Motive

13 von 17 Fällen lassen Rückschlüsse zu in Hinblick auf ein bestimmtes Motiv, meist auf Grund eines Abschiedsbriefes. In vier Fällen erschloss sich das Motiv aus den vorhandenen Unterlagen nicht.

Es lassen sich vier Gruppen definieren.

Die erste umfasst eine Tötung nach der Trennung der Frau oder Lebensgefährtin von ihrem Mann bzw. Freund. Dieses Motiv lässt sich in vier der 13 Fälle ausmachen (ca. 30,77%). In einem dieser Fälle scheint die Gewalttätigkeit des Ehemanns in der

Vergangenheit die Ursache für die Trennung der Frau gewesen zu sein, in einem Fall kann es sein, dass die Frau ihren Mann betrogen hat oder der Mann dies zumindest geglaubt hat, was nicht mit genügender Sicherheit gesagt werden kann. In zwei Fällen wurden keine möglichen Gründe für die Trennung der Frau angegeben. Der Täter war in einem Fall 56 Jahre alt, in einem weiteren Fall 31 Jahre alt, einmal 60 Jahre alt und einmal 36 Jahre alt, also in allen Fällen weit unter 80 Jahre alt.

Die zweite Gruppe besteht nur aus einem Fall (ca. 7,69%), bei dem der Täter vermutete, dass seine Frau ihn betrüge. Offenbar schrieb sie über das Internet einem Liebhaber. Der Täter war hier 36 Jahre alt.

Die dritte Gruppe umfasst Fälle, bei denen einer oder beide Eheleute an einer Krankheit litten, die als Grund für den „erweiterten Suizid“ aufgeführt wird. Dieses Motiv spielt in sechs der 13 Fälle (ca. 46,15%) eine Rolle. Bei vier dieser Fälle ist es die Erkrankung der Frau, die als Grund angeführt wurde. Im Einzelnen stand in einem Fall der Eintritt der Frau in ein Pflegeheim bevor, da der Ehemann die Pflege selbst nicht mehr leisten konnte, in einem weiteren Fall hat sich die Parkinsonerkrankung der Frau weiter verschlimmert, bei einem anderen Fall wurde bei der Frau eine Demenz diagnostiziert und in dem letzten Fall war die Frau schwer pflegebedürftig auf Grund eines vor Jahren erlittenen Schlaganfalls und einer Demenzerkrankung.

Bei einem Fall wird die Erkrankung des Mannes als Grund angeführt, in einem Fall waren wohl die Erkrankungen von beiden Beteiligten ausschlaggebend für den „erweiterten Suizid“. In allen 6 Fällen war der Mann der Täter und sowohl der Täter, als auch das Opfer waren über 80 Jahre alt. Alle sechs Paare waren verheiratet. Betrachtet man die Altersgruppe der mindestens 80-Jährigen, lässt sich sowohl für die Opfer ($p=0,0000$), als auch für die Täter ($p=0,001$) konstatieren, dass das Tatmotiv der Erkrankungen sich signifikant häufiger eruieren ließ als bei jüngeren Opfern und Tätern. Der Aspekt ist auch für die Altersgruppe der mindestens 50 Jahre alten Opfer ($p=0,002$) und Täter ($p=0,037$) festzustellen.

Die vierte Gruppe umfasst das Motiv einer desolaten wirtschaftlichen Lage, was wohl in zwei der 13 Fälle (ca. 15,38%) der Grund für den „erweiterten Suizid“ war. Hierbei handelte es sich auch um die beiden Fälle von „family annihilation“, bei denen neben der ehemaligen Lebensgefährtin auch deren Tochter bzw. neben der Ehefrau zwei der

drei gemeinsamen Kinder mit in den Tod genommen wurden. Der letztere Täter war 69 Jahre alt, der erste Täter 25 Jahre alt. Der 69 Jahre alte Täter nannte als Grund für die Mitnahme der beiden Kinder, dass sie emotional stark von der Mutter abhängig seien und nicht ohne sie leben könnten, der kleinen Tochter hingegen solle ein Leben in einer anderen Familie ermöglicht werden.

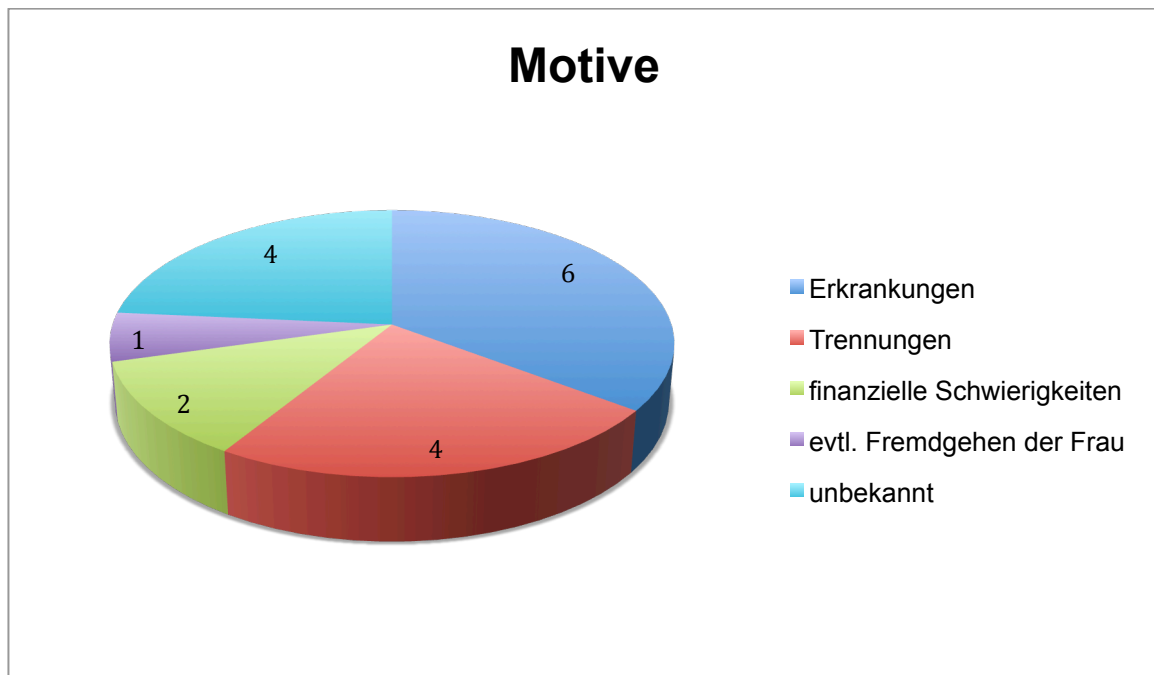


Abbildung 15: Motive (Anzahl der Fälle)

Die folgende Tabelle 2 stellt die Beziehungen zwischen Opfern und Tätern und die Motive der Taten bezogen auf die einzelnen Fälle dar.

Fälle	Alter und Geschlecht	Beziehung	Motive
1	Opfer w. 31 J. Täter m. 36 J.	Eheleute	evtl. Eifersucht wegen Liebhaber der Frau
2	Opfer w. 23 J. Täter m. 31 J.	frühere Lebensgefährten	Trennung der Freundin
3	Opfer w. 2 J. Täter m. 54 J.	gemeinsames Kind von ihm und getrennt lebender Ehefrau	offenbar Scheidungsabsichten der Frau
4	Opfer w. 36 J. Täter m. 43 J.	Lebensgefährten	unbekannt
5	Opfer w. 88 J.	Eheleute	offenbar

	Täter m. 93 J.		bevorstehender Eintritt der Ehefrau in ein Pflegeheim
6	Opfer w. 82 J. Täter m. 84 J.	Eheleute	Erkrankung der Frau
7	Opfer w. 59 J. Täter m. 60 J.	ehemalige Lebensgefährten	Trennung
8	Opfer w. 88 J. Täter m. 87 J.	Eheleute	Erkrankung der Frau
9	Opfer w. 85 J. Täter m. 88 J.	Eheleute	Erkrankung der Frau
10	Opfer w. 22 J. Opfer w. 2 J. Täter m. 25 J.	ehemalige Lebensgefährten und Tochter der Frau	evtl. finanzielle Probleme
11	Opfer w. 69 J. Täter m. 70 J.	getrennt lebende Eheleute	unbekannt
12	Opfer w. 86 J. Täter m. 85 J.	Eheleute	Erkrankung des Mannes
13	Opfer w. 33 J. Täter m. 36 J.	Eheleute	Trennung der Frau
14	Opfer w. 80 J. Täter m. 81 J.	Eheleute	unbekannt
15	Opfer w. 86 J. Täter m. 90 J.	Eheleute	Erkrankungen beider Eheleute
16	Opfer w. 28 J. Opfer m. 3 J. Opfer m. 6 J. Täter m. 69 J.	Eheleute und drei ihrer gemeinsamen Kinder	evtl. finanzielle Probleme
17	Opfer w. 39 J. Täter m. 40 J.	Eheleute	unbekannt

Tabelle 2: Beziehungen zwischen Opfern und Tätern sowie Motive

4.21. Körperverletzung, Mitnahme von Tieren und Sachbeschädigung

An dieser Stelle sollen weitere Besonderheiten von einzelnen Fällen erwähnt werden.

Ein Täter tötete seine Frau und zwei seiner Kinder und brachte vor dem Suizid seine ein Jahr alte Tochter zu einer Babyklappe.

Ein weiterer 36 Jahre alter Täter tötete seine 31 Jahre alte Ehefrau mit Halsschnittverletzungen. Er versuchte, seine 6 Jahre alten männlichen Zwillinge ebenfalls mit Halsschnittverletzungen zu töten. Sie überlebten den Angriff. Unverletzt blieb der acht Jahre alte Sohn. Dies ist ein Fall einer versuchten „family annihilation“. Bei einem Fall wurden die 23 Jahre alte Ex-Freundin und ihr Hund von dem 31-jährigen Ex-Freund erschossen.

4.22. „Einseitig vollendete gemeinsame Suizide“

Bei sechs Fällen könnte es sich um einen „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizid“ gehandelt haben. Bei dem einen Fall erwähnte der Täter im Abschiedsbrief, dass es sich um eine „gemeinsame Entscheidung“ gehandelt habe. Hier tötete der Ehemann seine Frau durch Erdrosseln und sich selbst durch Erhängen, beide waren über 80 Jahre alt. Das Motiv war wohl die Demenzerkrankung der Frau.

Bei einem weiteren Fall wurde der Abschiedsbrief vom Ehemann geschrieben und offenbar von beiden unterzeichnet. Es handelte sich um ein über 80 Jahre altes Ehepaar. Die Frau war pflegebedürftig und der Mann kümmerte sich um sie. Die Ermittlungen ergaben, dass wohl beide schon vorher gegenüber einem Nachbarn die Absicht geäußert hatten, sich umzubringen. Der Täter erschoss seine Frau und dann sich selbst.

Bei einem weiteren Fall starben zwei über 80 Jahre alte Eheleute. Der Täter erwürgte zunächst seine Ehefrau und erhängte sich dann. Im Abschiedsbrief gab der Täter seine Erkrankungen als Grund für den Suizid an. Seine Frau hätte nicht alleine bleiben wollen, weshalb er sich dazu entschlossen hätte, sie mit in den Tod zu nehmen.

Bei einem Fall handelte es sich ebenfalls um ein über 80 Jahre altes Ehepaar, bei dem der Mann die Frau erstickte und sich selbst erhängte. Beide hatten wohl in der Vergangenheit mehrfach geäußert, sich das Leben nehmen zu wollen, falls die Frau in ein Pflegeheim müsse. Sie hatten noch am Vortag mit ihrer Tochter telefoniert und von einer Selbsttötung gesprochen.

Ein weiterer Fall betrifft ebenfalls ein über 80 Jahre altes Ehepaar, bei dem die Frau mit einer Stoffwindel erstickt wurde und der Mann sich unter Plastiktüten erstickte. Beide äußerten wohl schon einmal gegenüber der Tochter die Absicht, sich umzubringen, wenn sie nicht mehr zurechtkommen würden.

Bei einem Fall schrieb der Täter im Abschiedsbrief, dass die Frau ein paar Tage vor der Tat versucht hätte, sich selbst vom Balkon zu stürzen, was ihr wegen ihrer Vorerkrankungen (Schlaganfall und Demenz) nicht gelungen sei. Beide waren ebenfalls über 80 Jahre alt und Tötung sowie Suizid erfolgten durch Schussverletzungen.

Bei einem Fall schrieb der 69 Jahre alte Täter im Abschiedsbrief, dass seine Frau wegen ihrer großen Belastungen häufiger von einem Suizid gesprochen hätte, was aber sehr wahrscheinlich eine Rechtfertigung des Täters für seine Tat darstellte und sehr in

Zweifel gezogen werden muss, weshalb ich diesen Fall nicht als möglichen „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizid“ einstufe.

Insgesamt ergaben sich damit bei sechs der sieben Fälle, bei denen der Täter und das Opfer mindestens 80 Jahre alt waren, Hinweise auf einen „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizid“, was im Rahmen eines Altersgruppenvergleichs sowohl bei Betrachtung der Opfer ($p=0,001$), als auch bei Betrachtung der Täter ($p=0,003$) statistisch signifikant war. Dies ließ sich auch für die Altersgruppe der mindestens 50-jährigen Opfer ($p=0,008$) zeigen, nicht aber für die Täter ($p=0,075$).

5. Diskussion

5.1. Diskussion der eigenen Ergebnisse im Vergleich zu internationalen Studien

Im Folgenden werden die eigenen Ergebnisse mit den im Kapitel „Grundlagen“ beschriebenen Ergebnissen internationaler Studien verglichen und bewertet.

Natürlich sind Vergleiche mit internationalen Studien als sehr problematisch anzusehen, wie schon öfters betont wurde. Diese Vergleiche sollen dazu dienen, Besonderheiten der vorliegenden Ergebnisse herauszuarbeiten, die eventuell zu Implikationen für die Prävention führen könnten.

Grundsätzlich darf natürlich nicht vergessen werden, dass die eben beschriebenen Risikofaktoren nicht einzeln betrachtet werden dürfen, sondern dass durchaus ein komplexes kumulatives Risiko besteht.

5.1.1. Häufigkeit

Im Zeitraum von 2005 bis 2013, der insgesamt 9 Jahre umfasste, konnten 17 Fälle ausgemacht werden mit 17 verstorbenen Tätern und 20 Opfern, die getötet wurden. Diese Anzahl an Fällen liegt etwa in dem beschriebenen Rahmen, der auch auf andere deutsche Städte zutrifft. Es handelt sich damit um ein sehr seltenes Phänomen (21) (41) (43) (61) (62). Um dies besser einordnen zu können, muss ein Blick auf internationale Daten geworfen werden, die ebenfalls die Seltenheit von „erweiterten Suiziden“ bestätigen.

5.1.1.1. USA

Am Besten erforscht ist die Situation in den USA. In US-amerikanischen Studien zeigt sich, dass die Inzidenz der „murder-suicides“ in den USA bei etwa 0,2-0,3/100000/Jahr liegt (8) (9). Dies würde eine Anzahl von 1000 bis 1500 Todesfällen pro Jahr bedeuten, die in Zusammenhang mit einem „erweiterten Suizid“ stehen. Marzuk et al. schätzten mit Bezug auf den Artikel von Coid, dass in den 80er- Jahren in den USA „murder-suicides“ 1,5% aller Suizide und 5% aller Homizide ausmachten (8).

In den USA existiert das „National Violent Death Reporting System (NVDRS)“ des „CDC (Center for disease control)“, das gewaltsame Tode statistisch erfasst auf der Basis der übermittelten Daten von bisher 32 (Stand 2015) (63) beteiligten US-Staaten und dabei auch eine Möglichkeit zur Suche nach der Verbindung von Homizid und Suizid erlaubt (33). Nur für Kalifornien, wo lediglich die vier „counties“ Riverside, Santa Clara, San Francisco und Los Angeles berücksichtigt werden, liegen keine Daten für den gesamten Staat vor (55). In dieser Datenbank finden sich auch Informationen über Opfer und vermutliche Täter sowie deren Beziehung, die Vorgeschichte und die Tatwaffe, wobei die meisten Variablen nur über die „Restricted Access Database“ mit eingeschränkten Zugriffsrechten aufrufbar sind. Daten über die Häufigkeit von Homiziden, Suiziden und Homizid-Suiziden sind dagegen in der Regel für die Allgemeinheit zugänglich (63). Außerdem ist diese Datenbank mit weiteren verlinkt, auf denen sich z.B. auch toxikologische Befunde und Polizeiberichte finden (44). Allerdings sind dort keine Informationen über den Ausgang von Gerichtsverfahren verfügbar (44). Weiterhin werden nur diejenigen Fälle als „murder-suicide“ „kodiert“, bei denen Homizid und Suizid weniger als 24 Stunden voneinander entfernt stattfanden (63). Auf dieser Basis ergab die Studie von Bossarte et al. für das Jahr 2003, in dem erst 7 Staaten Daten übermittelt hatten, 65 „homicide/suicide“- Fälle mit 84 Morden und 65 Suiziden. Für das Jahr 2004, in dem 13 Staaten am „NVDRS“ beteiligt waren, ließen sich dadurch 144 „homicide-suicide“- Fälle abgrenzen mit 164 Morden und 144 Suiziden (33). Liem et al. verwendeten ebenfalls das „NVDRS“- System und konnten für die Jahre 2004 bis 2006 auf der Basis der Daten von 13 beteiligten Staaten feststellen, dass es im Mittel zu 176 Opfern kam, die pro Jahr im Rahmen eines „homicide-suicides“ verstarben, was etwa 4% aller Morde entsprach (31). Eine andere Recherche im „NVDRS“ ergab dem gegenüber für den Zeitraum zwischen 2003 und 2005 20188 alleinige Suizide und 5932 alleinige Morde (44). Basierend auf einer Zeitungsartikelrecherche und

Internetberichten konnte das „Violence Policy Center“ in ihrer Studie (32) feststellen, dass in der ersten Jahreshälfte des Jahres 2005 etwa 591 „murder-suicides“ in den USA verübt wurden, wobei es dabei zu 264 Suiziden und 327 Homiziden kam. Somit käme es in den USA zu etwa 10 „murder-suicides“ in der Woche (10).

5.1.1.2. Japan

In Japan sollen v.a. „filicide-suicides“ vergleichsweise häufig sein. Pro Jahr sind dort etwa 500 Fälle festzustellen (15).

5.1.1.3. Südafrika

Für Südafrika wurde für das Jahr 1999 die Anzahl von 261 „intimate femicide-suicide cases“ gefunden (24).

5.1.1.4. Schweiz

Für die Region Basel ließen sich für den Zeitraum zwischen 1987 bis 2006 „24 Fälle von Homizid-Suizid“ finden, also eine Inzidenz von 0,26/100000/Jahr. Die Zahl für „die gesamte Schweiz“ liegt bei etwa „0,09 Fällen pro 100000 Einwohner und Jahr“ (17). In einer anderen Studie, in der ein Zeitraum von 1991 bis 2008 und die Situation im gesamten Schweizer Gebiet betrachtet wurde, konnten 73 Fälle von „erweitertem Suizid“ mit 158 Todesfällen, (85 Homizide, 73 Suizide) festgestellt werden (23). Schätzungsweise in 28% der Schweizer Haushalte sollen sich Schusswaffen befinden. Nach dem Wehrdienst dürfen dort die Waffen legal zu Hause aufbewahrt werden (31).

5.1.1.5. Italien

Zwischen 1990 und 2008 kam es zu 69 „erweiterten Suiziden“ in der Region von Mailand, dabei wurden 69 Täter und 77 Opfer registriert (38).

Im norditalienischen „Brescia County“ konnten für den Zeitraum von 1987 bis 2012 19 „erweiterte Suizide“ ausgemacht werden mit insgesamt 39 Opfern (64).

5.1.1.6. Norwegen

In Norwegen wurden für den Zeitraum von 1990 bis 2007 60 „erweiterte Suizide“ registriert (49). Allerdings wurden hier nur diejenigen Fälle berücksichtigt, bei denen eine enge Beziehung zwischen Opfern und Tätern vorlag (49).

5.1.1.7. England und Wales

Für England und Wales lassen sich im Zeitraum von 1988 bis 1992 insgesamt 144 „erweiterte Suizide“ feststellen mit 180 Opfern und 147 Verdächtigen (34). Im Schnitt würden von den 600000 jährlichen Todesfällen in England und Wales etwa 60 durch Fälle von „erweiterten Suiziden“ zustande kommen (34).

5.1.1.8. Niederlande

Für die Niederlande konnten im Zeitraum von 1992 bis 2006 103 „Homicide-Suicides“ festgestellt werden (36).

5.1.1.9. Belgien

Koning et al. untersuchten das Auftreten von „erweiterten Suiziden“ im belgischen Ghent und Umgebung zwischen 1935 und 2010. Sie ermittelten 80 „Fälle“ mit 176 Todesopfern (16).

5.1.1.10. Deutschland

Untersuchungen auf der Grundlage von Obduktionsberichten des Rechtsmedizinischen Institutes Greifswald ergaben für den Zeitraum von 1970 bis 2007 eine Zahl von 28 „erweiterten Suiziden“ bzw. „erweiterten Suizidversuchen“ mit 37 Opfern und 28 Tätern (41).

Für Hamburg konnten in dem Zeitraum von 2003 bis 2005 zwei erweiterte Suizide ermittelt werden (61).

In einer Dissertation, in der Obduktionsakten in Frankfurt am Main untersucht wurden, konnten in dem Zeitraum von drei Jahren von 1999 bis 2001 insgesamt 17 Fälle von „erweiterten Suiziden“ festgestellt werden (62).

Eine Dissertation berücksichtigte Obduktionsakten des Rechtsmedizinischen Institutes München aus dem Jahr 2007. Hierbei wurde lediglich ein „erweiterter Suizid“ festgestellt (36).

Für Tübingen konnte Geiger im Zeitraum zwischen dem „1.4.1964 und dem 31.12.1985“ „40 erweiterte Suizide mit 81 Toten und 89 Beteiligten“ ermitteln, wobei hier auch „unvollendete erweiterte Suizide“ miteinbezogen wurden, und zwar überlebten „fünf Täter“ und „drei Opfer“ (21).

Bei einer Auswertung der Sektionsprotokolle der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf konnten 10 „erweiterte Suizide“ im Zeitraum von 2006 bis 2011 ausgemacht werden (43).

5.1.1.11. Internationale Daten

Es existieren des Weiteren Studien, die Daten mehrere Länder zusammenfassten. Coid untersuchte 17 Studien aus 10 Ländern und einen Zeitraum von 1900 bis 1979 und kam auf eine Rate von 0,2 bis 0,3 pro 100000 (8). Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 21175 Menschen weltweit pro Jahr im Rahmen eines „erweiterten Suizides“ zu Tode kommen (3).

5.1.2. Geschlecht

Alle Täter waren männlichen Geschlechts, was durchaus zu betonen ist, da die Überzeugung verbreitet ist, dass auch weibliche Täter, die ihre Kinder mit in den Tod nehmen, häufig sind. Allerdings scheint es im Anschluss an die Tötung der Kinder nur selten zu einem erfolgreichen Suizid zu kommen, weshalb diese Fälle bei der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt blieben. In internationalen Studien ist der Anteil männlicher Täter meist ebenfalls über 90% (8).

Die Opfer waren zu 90% weiblich, zwei Kinder waren männlichen Geschlechts. Diese Zahl erscheint vor dem Hintergrund der internationalen Daten ebenfalls nicht verwunderlich (8).

5.1.3. Alter

Die meisten Studien beschrieben eine Altersspanne der Täter zwischen 40 und 50 Jahren (9). Der Altersunterschied zwischen Opfern und Tätern wurde in einer Studie mit 6,3 Jahren angegeben (32). Die eigenen Daten ergaben einen Mittelwert von 63 Jahren und einen Median von 69 Jahren, allein sieben Täter waren über 80 Jahre alt, 11 Täter über 50 Jahre. Dies ist das bemerkenswerteste Ergebnis der vorliegenden Arbeit, da die Ergebnisse einen deutlich höheren Altersdurchschnitt zeigten als internationale

Studien, was insbesondere vor dem Hintergrund einer Stadt wie Berlin mit ihrem im Vergleich zu anderen deutschen Städten niedrigen Altersdurchschnitt von 42,9 Jahren (Stand 2014) gesehen werden muss (65). Hier stellt sich die Frage, ob die Strukturen der Altersversorgung und Pflege eventuell schlechter ausgebildet sind als in anderen Städten, oder die Armut im Alter hier einen möglichen Grund darstellen könnte. Dies sind Vermutungen, auf die zukünftige Studien eingehen müssen. Hierbei sollten auch gemeinsame Suizide betrachtet werden, auf die häufig in der Recherche gestoßen wurde und bei denen ebenfalls häufig ältere Menschen entschließen, in den Tod zu gehen. Dadurch erscheint das ganze Problem noch ausgeprägter. In Übereinstimmung mit internationalen Studien wurde festgestellt, dass die meisten Opfer jünger als die Täter sind, und zwar im Mittel 5,625 Jahre.

5.1.4. Beziehung und Motive

12 von 17 Paaren (ca. 70,59%) waren verheiratet, allein 7 waren mindestens 80 Jahre alt, d.h. alle über 80 Jahre alten Paare waren verheiratet. Insgesamt ist dies ebenfalls ein hoher Wert, der sich allerdings auch aus dem Umstand ableitet, dass ein Großteil der gefundenen „erweiterten Suizide“ langjährig verheiratete ältere Paare betraf. In einem Fall tötete der Mann sein Kind, in einem Fall nahm der Vater zwei seiner Kinder mit in den Tod und in einem weiteren Fall tötete der Mann neben seiner ehemaligen Lebensgefährtin auch deren Kind. Der Fall des Vaters, der sein Kind mit in den Tod nahm, ist eher ungewöhnlich, da dieses Muster meist auf Täterinnen zutrifft und männliche Täter meist ihren aktuellen oder ehemaligen Partner töten (44). 13 der 17 Fälle ließen Rückschlüsse auf das Motiv zu. Wie zu erwarten ist vor dem Hintergrund des hohen Altersdurchschnittes und der Ausführungen zu Beginn der Arbeit, waren die häufigsten Motive Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Verlust der Selbstständigkeit, was wieder ein Hinweis auf defizitäre Strukturen des Gesundheitswesens sein könnte. Das Motiv der Erkrankungen spielte in sechs Fällen eine Rolle, alle Beteiligten waren über 80 Jahre alt und in vier Fällen wurden die Erkrankungen der pflegebedürftigen Frau als Ursache aufgeführt, wobei es sich in drei Fällen um neurologische Krankheiten handelte. Dies ist nachvollziehbar, da die entsprechenden Krankheitsbilder im Alter häufiger auftreten und oft zu schwerer Pflegebedürftigkeit und daraus resultierender Überforderung seitens des Partners führen, verbunden mit einer ausgeprägten Hoffnungslosigkeit wegen der schlechten Prognose. Dieses Gefühl der Ausweglosigkeit kann zu dem fatalen Entschluss eines „erweiterten“ oder gemeinsamen Suizides

führen. Solche „mercy killings“, bei denen der Mann seine Frau wegen Erkrankungen tötet, werden in der internationalen Literatur eher als selten eingestuft (33) (44). Die Obduktion konnte in allen Fällen die Angaben aus Abschiedsbriefen und die im Vorfeld erfolgten Äußerungen bestätigen und zeigen, dass die Beteiligten tatsächlich an teils schweren Erkrankungen litten.

Weitere Motive waren Trennungen, die in vier Fällen vorlagen und alle Täter waren unter 80 Jahre alt. Zwei Täter führten als Grund die schlechte wirtschaftliche Lage der Familie an, beiden waren ebenfalls unter 80 Jahre alt und töteten ebenfalls ein oder mehrere Kinder. Wie weiter oben schon gezeigt wurde, scheinen auch andere Studien finanzielle Probleme als Ursache für eine „family annihilation“ anzusehen (28). Dahinter verbirgt sich die Vorstellung der Täter, dass die Kinder und die Ehefrau im Tode besser aufgehoben seien.

Bei den älteren Tätern spielten zusammengefasst eher Erkrankungen eine Rolle und bei den jüngeren eher Trennungen oder finanzielle Probleme.

In internationalen Studien spielen Trennungen oder von der Frau angedrohte Trennungen und die daraus resultierende Eifersucht als Motiv insgesamt die größte Rolle (8), was allerdings auch vor dem Hintergrund des meist geringeren Altersdurchschnitts von Tätern und Opfern im Vergleich zur vorliegenden Studie gesehen werden muss. Sie bestätigen ebenfalls, dass bei älteren Tätern eher Erkrankungen eine Rolle spielen (9) (66).

5.1.5. Tatort

Bei dem Tatort handelte es sich in 14 der 15 Fälle, bei denen er bekannt war, für die Tötung und den Suizid um die gleiche Wohnung oder das gleiche Hotelzimmer. Dies ist durchaus nachvollziehbar, da bei „erweiterten Suiziden“ meist Tötung und Suizid kurz hintereinander erfolgen und nicht zuerst ein anderer Ort für den Suizid aufgesucht wird. Außerdem ist es insbesondere bei den älteren Tätern und Opfern verständlich, die nach einem vermeintlich gemeinsamen Entschluss in den Tod gehen, dass sie auch in räumlicher Nähe sterben wollen. Diese Ergebnisse bezüglich des Tatorts stehen im Einklang mit internationalen Studien (5) (33).

Bemerkenswert war zudem, dass die „erweiterten Suizide“ vorwiegend im Westen von Berlin stattfanden.

5.1.6. Zeit

Auffällig war die Häufung von Fällen „erweiterter Suizide“ in der jeweils ersten Jahreshälfte. Bezüglich der Wochentage konnte keine besondere Häufung ausgemacht werden. Wichtig ist der Aspekt, dass bei 10 der 12 Fälle, bei denen der Wochentag bekannt ist, die Tötung und der Suizid am gleichen Tag erfolgten, bei zwei Fällen am nächsten Tag. Größere Zeitspannen als einen Tag konnten nicht ausgemacht werden. Dieser Umstand wird auch von internationalen Studien bestätigt (23).

5.1.7. Todesursachen und Tatwaffen

Bei 13 der 17 Fälle starben der Täter und zumindest eines der Opfer an der gleichen Todesursache. Schusswaffenverletzungen waren sowohl bei Tätern (47%), als auch bei den Opfern (40%) am Häufigsten. Zu erwähnen ist auch der eine Fall, bei dem der Vater und seine Tochter durch eine einzige Schussabgabe verstarben. Kopfschüsse waren am Häufigsten festzustellen. Bemerkenswert ist, dass bei sechs der acht Fälle, bei denen Täter und Opfer an Schussverletzungen verstarben, der Täter über 50 Jahre alt war, in drei dieser Fälle sogar mindestens 80 Jahre alt. Weitere Todesursachen bei den mindestens 80 Jahre alten Beteiligten waren für die Opfer das Ersticken unter Plastiktüten, das Ersticken unter einer auf den Mund gedrückten Stoffwindel, das Erdrosseln und das Erwürgen. Ein Täter erstickte unter einer Plastiktüte, drei weitere erhängten sich. Dies ist ein weiteres auffälliges Ergebnis der vorliegenden Arbeit, da es sich um äußerst brutale Todesursachen handelte, die sehr im Widerspruch zu einem vermeintlichen Konsens bezüglich der Tat stehen. Bei den unter 80 Jahre alten Beteiligten kam es in fünf Fällen zu Schussabgaben, einmal verstarben Opfer und Täter an Schnittverletzungen, einmal an Stichverletzungen, ein Täter erdrosselte seine frühere Lebensgefährtin. Ihr Kind wurde mittels einer Plastiktüte erstickt, er selbst tötete sich auch mit Hilfe einer Plastiktüte. Ein Opfer wurde stranguliert und der Täter stürzte sich aus einem Hochhaus, eine Familie wurde mit CO₂-Kartuschen erstickt.

Was die Tatwaffen betrifft, lässt sich sagen, dass Schusswaffen in acht der Fälle verwendet wurden. Die wichtige Erkenntnis, woher diese Waffen stammten, ergab sich nur in zwei Fällen. Der eine Täter hatte früher als Soldat gearbeitet, der andere Täter hatte seine Waffe aus Wehrmachtszeiten benutzt. In den anderen Fällen wurden Messer, Plastiktüten, eine Stoffwindel, ein Schal, Stränge und CO₂-Kartuschen verwendet.

Auch internationale Studien zeigten, dass Schusswaffen am Häufigsten verwendet wurden, insbesondere in den USA. Hier spielte diese Todesursache in bis zu 94% der Fälle eine Rolle (8). Die todesursächliche Wunde fand sich meistens ebenfalls im Kopfbereich (33).

5.1.8. Abwehrverletzungen und häusliche Gewalt

Abwehrverletzungen fanden sich nur bei höchstens drei Opfern. Bei den anderen, insbesondere auch bei den älteren Opfern, fanden sich keine Abwehrverletzungen. Nur bei einem Opfer konnte die Obduktion Zeichen einer früheren äußeren Gewalteinwirkung von fremder Hand als Ausdruck einer Misshandlung zeigen, was durch die Vorgeschichte von mehreren Polizeieinsätzen gestützt wird.

Internationale Studien konnten in vielen Fällen „erweiterter Suizide“ häusliche Gewalt nachweisen, Malphurs und Cohen z.B. in 25% der Fälle (9).

5.1.9. Psychiatrische Erkrankungen

Es ergaben sich in der vorliegenden Arbeit aus der Analyse der Obduktionsakten keine direkten Hinweise darauf, dass bei den Tätern eine Depression diagnostiziert wurde, sie psychiatrisch behandelt wurden oder Antidepressiva eingenommen hatten. Indirekte Hinweise könnten frühere Suizidversuche oder Suizidankündigungen sein. Bei drei Tätern lagen eventuell Pulsaderprobierschnitte vor, in sechs Fällen kam es im Vorfeld zu Vorankündigungen. Gerade bei den älteren Tätern und Opfern ist die Wahrscheinlichkeit nicht gering, dass sie auf Grund ihrer schweren Krankheiten, der Pflegebedürftigkeit und dem drohenden Verlust ihrer Selbstständigkeit an Depressionen litten, die dann zu der fatalen Entscheidung geführt haben könnten, was leider wegen den fehlenden Informationen aber nicht über eine Annahme hinausgeht.

Bei einem Fall ergaben sich Hinweise auf eine mögliche Psychose.

Die betrachteten internationalen Studien nennen einen Anteil von um die 10% der Täter, die an einer Depression leiden (33) (44).

5.1.10. Alkohol, Drogen, Medikamente

Bei vier Tätern und zwei Opfern konnte Alkohol im Blut nachgewiesen werden. Bei drei der Täter handelte es sich allerdings nur um eine minimale alkoholische Beeinflussung, bei einem Opfer wohl um einen postmortalen Prozess.

Dies ist durchaus ein geringer Anteil der Täter, was aber wieder mit dem hohen Altersdurchschnitt der Täter erklärt werden könnte. Bezüglich der Medikamente fiel auf, dass bei drei Fällen Benzodiazepine verwendet wurden. In einem Fall wurde das Kind betäubt, bevor es erschossen wurde, in einem Fall versuchte der Täter wohl das Ersticken unter einer Plastiktüte durch die Medikamenteneinnahme zu begünstigen. Internationale Studien zu Alkohol- und Medikamentenintoxikationen weisen eine große Spanne an Prozentwerten auf (8).

5.2. Kategorisierung

Zusammenfassend ließen sich an Hand der Arbeit und den internationalen Daten, insbesondere auf Basis der Motive für die „erweiterten Suizide“, drei Gruppen definieren. Man kann differenzieren zwischen jüngeren Tätern, älteren Tätern sowie Tätern, die ihre Kinder töten. In der eigenen Arbeit spielen alle drei Gruppen eine Rolle.

Auf der einen Seite sind die 10 Fälle zu nennen, bei denen das Opfer und der Täter unter 80 Jahre alt waren.

Bei dieser jüngeren Gruppe stellte sich heraus, dass das Motiv vorwiegend eine Trennung, eine drohende Trennung oder wirtschaftliche Schwierigkeiten waren, was bei den beiden Fällen von „family annihilation“ gegeben war. Todesursachen waren neben Schussverletzungen auch Ersticken, Strangulation, Sprung aus großer Höhe sowie Schnitt- und Stichverletzungen.

Hier soll kurz auf zwei weitere Untergruppen von Tätern eingegangen werden, auf die in der internationalen Literatur häufig Bezug genommen wird.

Ein besonders hohes Risiko für einen „erweiterten Suizid“ scheint v.a. bei Familien von Polizisten feststellbar zu sein. Insbesondere die leichte Verfügbarkeit von Schusswaffen und die ständige Konfrontation mit Gewalt seien Risikofaktoren, die einen „erweiterten Suizid“ begünstigen können. Häusliche Gewalt sei auch häufiger anzutreffen als in anderen Familien. Probleme in der Partnerschaft können dabei der Auslöser des „erweiterten Suizides“ darstellen. Auch Alkohol stellt in Kombination mit langen, v.a. nächtlichen Arbeitszeiten einen wesentlichen Risikofaktor dar (27). Bei dieser Form der „erweiterten Suizide“ wird erwartungsgemäß meist die Dienstwaffe verwendet (9). Patton et al. verglichen in ihrer Studie „military murder-suicides“ mit „civilian murder-suicides“ und konnten auch hier wesentliche Unterschiede erkennen (55).

Bei „active duty servicemen“ und „veterans“ sei häusliche Gewalt etwa dreimal so häufig anzutreffen wie in der Allgemeinbevölkerung. „Military perpetrators“ waren in dieser Studie mit einem „mean age“ von 57 Jahren älter als die Täter der Kontrollgruppe mit einem „mean age“ von 41 Jahren und litten auch häufiger an körperlichen Erkrankungen. Es kam in dieser Gruppe seltener zu „intimate partner conflicts“ und lag seltener eine Alkoholintoxikation vor als bei der aus Zivilisten bestehenden Kontrollgruppe. Die Autoren folgerten aus dieser Studie, dass die Ausübung des Militärdienstes offenbar zunächst einen protektiven Effekt ausübe, während nach Ende der Militärkarriere dann in höherem Alter das Risiko für „murder-suicides“ ansteige (55).

Auf der anderen Seite sind die sieben Fälle zu erwähnen, bei denen das Opfer und der Täter mindestens 80 Jahre alt waren. Die ältere Gruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass sich in sechs der sieben Fälle Hinweise auf einen „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizid“ ergaben. Dies waren auch alle Fälle, bei denen diese Möglichkeit gegeben ist. Auffällig war, dass es öfters zu Vorankündigungen gegenüber Verwandten, Bekannten oder Nachbarn kam bezüglich eines möglichen Suizides. Das Hauptmotiv der in allen Fällen verheirateten Paare waren Erkrankungen, in vier Fällen wurde die Erkrankung der Frau angeführt. Diese vier Frauen waren wahrscheinlich pflegebedürftig und es ergaben sich Hinweise, dass sie u.a. von ihren Ehemännern gepflegt wurden. Zumindest in einem Fall kam es auf Grund der Erkrankungen der Frau zu einem Verlust von Selbstständigkeit mit der Notwendigkeit, in ein Pflegeheim überzutreten. In einem Fall wurde die Erkrankung des Mannes und in einem Fall wurden die Erkrankungen von beiden Eheleuten als Motiv genannt. Betrachtet man die Erkrankungen der Frau, waren es in drei Fällen neurologische Erkrankungen wie Demenz, Schlaganfall und Morbus Parkinson. Bei allen sechs Fällen, bei denen Erkrankungen als Motiv in Frage kommen, waren die Opfer und Täter über 80 Jahre alt. Das Motiv der Erkrankungen spielte damit nur bei der älteren Gruppe eine Rolle. Eine weitere interessante Erkenntnis war, dass Schussverletzungen insbesondere bei „erweiterten Suiziden“ älterer Personen auftraten. Weitere Todesursachen waren hier Ersticken, Erdrosseln, Erwürgen und Erhängen, insgesamt äußerst brutale Todesursachen, aber Hinweise auf Abwehrverletzungen ergaben sich nicht.

Viele internationale Studien befassen sich mit „erweiterten Suiziden“ von älteren Menschen. Auf Grund dieses Aspekts und da in der vorliegenden Arbeit ein hoher

Altersdurchschnitt der Täter herausgearbeitet werden konnte, soll an dieser Stelle ausführlich auf das Thema eingegangen werden.

Zwischen älteren und jüngeren Tätern sind wesentliche Unterschiede festzustellen.

Cohen et al. konstatierten, dass die Rate an „erweiterten Suiziden“ in einer Altersgruppe von unter 55- Jährigen mit 0,3 bis 0,7 pro 100000 niedriger war als in der Altersgruppe von mindestens 55- Jährigen mit einer Rate von 0,4 bis 0,9 pro 100000 (66). Über 65-Jährige haben im Vergleich zu anderen Altersgruppen auch „the highest suicide rates“, die im Zeitraum von 1980 bis 1993 in den USA auch zugenommen hätten (66). Dies könnte damit zusammenhängen, dass, wie weiter unten noch zu zeigen ist, „erweiterte Suizide“ in vielen Punkten Ähnlichkeiten zu Suiziden zeigen (3). Insgesamt fielen 34% der Fälle von „erweiterten Suiziden“ auf die Altersgruppe der mindestens 55- Jährigen (66). Cohen et al. betonten in ihrer Studie die Notwendigkeit in zukünftigen Studien zu klären, ob die Rate an „erweiterten Suiziden“ bei älteren Menschen zunimmt (66). Mehrere Autoren konnten eine Zunahme in der „Rate“ von „erweiterten Suiziden“ feststellen, die von älteren Tätern verübt werden (67). Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gesehen (68). Bei älteren Menschen spielt v.a. die Tötung eines erkrankten Partners, der vorher von dem späteren Täter gepflegt wurde, eine größere Rolle als bei jüngeren Menschen (9) (66). In einer Studie über „erweiterte Suizide“ bei über 60- Jährigen konnte allerdings nur bei 55% der Fälle eine Erkrankung nachgewiesen werden (68). Solche sogenannten „mercy killings“ sind offenbar insgesamt gesehen eher selten (68). Bei jüngeren Tätern steht dagegen eine Vorgeschichte mit „verbal discord“ und eine Trennung im Vordergrund (9) (66), zu der es in bis zu 50% der Fälle gekommen sei (66). Im Gegensatz dazu konstatierten Kalesan et al., dass der „Einfluss“ von „interpersonal conflicts“ mit dem Alter zunehme, was die Bedeutung als Risikofaktor beträfe (69).

In einer Studie über ältere Täter wurde ermittelt, dass bei 15% Alkohol im Urin nachgewiesen wurde, was den Raten bei alleinigen Suiziden entspricht (9).

Cohen et al. fanden heraus, dass in „west central Florida“ 37% der älteren Täter und in „southeastern Florida“ 19% der älteren Täter an einer Depression litten (66).

In einer Studie von Malphurs und Cohen wiesen 65% der Täter eine Depression auf (9). Salari hob hervor, dass suizidale Männer über 60 Jahre als „potential threat to others, primarily their partner“ zu sehen seien (68). Auch andere Autoren sehen in einem höheren Täteralter einen Risikofaktor für „erweiterte Suizide“ (64).

In der Literatur wurde öfter die Rolle der Demenz im Rahmen von „erweiterten Suiziden“ diskutiert. Cipriani et al. (70) wiesen mit Bezug auf die internationale Literatur zu dem Thema darauf hin, dass Patienten mit Demenz häufig verstärkt „physische Aggressionen“ zeigen, weshalb bei diesen Patienten auch der „Zugang zu Waffen“ strikt eingeschränkt werden müsse. Insbesondere eine „Dysfunktion“ des „Frontallappens“ und die „misidentification“ der Mitmenschen wurden dafür verantwortlich gemacht. V.a. ein zusätzlicher Alkoholabusus erhöhe das Risiko für „violent behavior“. Es wird allerdings betont, dass Patienten mit Demenz nur sehr selten einen „erweiterten Suizid“ verüben würden, sondern eher einen alleinigen Suizid begehen oder Opfer eines „erweiterten Suizides“ werden, offenbar wegen der „Komplexität“ des Tatablaufs eines „erweiterten Suizides“ (70).

Die dritte Gruppe besteht aus Täterinnen und Täter, die ihre Kinder töten, was mit Bezug auf die Literatur weiter erläutert werden soll, obwohl in der vorliegenden Arbeit nur männliche Täter ermittelt wurden. Aber auch auf Männer, die ihre Kinder töten, wird im Folgenden eingegangen. Bei den eigenen Untersuchungen kam es in drei Fällen zu einer Mitnahme von Kindern durch den Täter.

Bei den Tätern ergibt sich laut der internationalen Literatur folgendes Bild: „ (...) males and females are equally likely to commit filicide-suicide“ (71).

Konkret konnten Logan et al. feststellen, dass „filicide-suicide“- Taten zu 51,5% von Frauen ausgeübt werden (44). Friedman et al. konnten die Ergebnisse von Logan et al. bezüglich des Geschlechterverhältnisses der Täter nicht bestätigen. Bei Ihnen betrug das Verhältnis von Tätern zu Täterinnen zwei zu eins (51). Holland et al. ermittelten wiederum eine männliche Täterschaft in 76% der Fälle (72). Offenbar gilt auch folgender Grundsatz: „(...) more fathers who commit filicide also commit suicide (73).“ „Almost all neonaticides are committed by mothers“ (26) (14). Bei „(...) zunehmendem Alter über eine Woche (...)“ werden die Kindstötungen „(...) zunehmend auch von Vätern und Stiefvätern verübt (...)“ (14). Das Durchschnittsalter der im Rahmen eines „erweiterten Suizides“ von Frauen getöteten Kinder betrug in einer Studie allerdings 6 Jahre (26). Friedman et al. konnten in ihrer Studie einen Häufigkeitsgipfel im Grundschulalter feststellen, wobei ältere Studien eher den Häufigkeitsgipfel im ersten Lebensjahr verortet hätten (51).

Tendenziell werden wohl mehr Mädchen als Jungen Opfer eines „filicide-suicides“ (34), während andere Studien hier keinen signifikanten Unterschied feststellten (50).

Die Ergebnisse von Logan et al. (44) weisen darauf hin, dass die Täter in den Fällen, in denen Kinder zum Opfer werden, häufiger eine depressive Symptomatik gezeigt hätten als in den Fällen, in denen nur der Intimpartner getötet wurde. 1/3 der Täter bei „filicide-suicide“-Taten hätten ein „mental health problem“ gehabt. Sie konnten auch herausfinden, dass Täter eines „filicide-suicides“ häufiger in psychiatrischer Behandlung waren als Täter anderer Formen des „erweiterten Suizides“, was sie darauf zurückführten, dass der Anteil der weiblichen Täter bei diesen Fällen höher sei und Frauen generell häufiger Ärzte aufsuchen würden (44). Insgesamt weisen Täterinnen wohl häufiger „psychiatrische Erkrankungen“ auf als die Täter (72).

Friedman et al. (51) stellten fest, dass mehr als 80% der Täter an psychiatrischen Erkrankungen in der Vergangenheit litten, davon 57% an einer Depression, wobei 70% der Mütter und 50% der Väter eine Depression aufwiesen. Sie stellten des Weiteren fest, dass 10% der Täter, die ihre Kinder töteten, eine Vorgeschichte von Drogen- und Alkoholmissbrauch aufwiesen.

10% der Frauen und 25% der Männer hätten „eine kriminelle Vorgeschichte“ (51).

Lewis et al. (74) verglichen in ihrer Studie Täterinnen mit einer Psychose mit Täterinnen ohne Psychose, die ihre Kinder umbrachten, allerdings betrachteten sie hier nicht „erweiterte Suizide“ im Speziellen. Dabei ergab sich, dass Frauen mit einer Psychose zwar häufiger einen höheren Schulabschluss hätten, gleichzeitig aber öfter arbeitslos waren. Außerdem wurden sie in der Vergangenheit häufiger auf psychiatrischen Stationen behandelt, hatten eher Suizidversuche hinter sich und öfter eine „history of substance abuse“ als die Täterinnen ohne Psychose (74).

Weiterhin kann insbesondere in Zusammenhang mit männlichen Tätern eine Vorgeschichte von „violence toward their children“ vorgelegen haben (73).

Auch bei dieser Untergruppe von „erweiterten Suiziden“ unterscheiden sich die Tötungsmethoden. Männer greifen häufiger auf Schusswaffen zurück (8), oder nutzen Methoden wie Strangulation und scharfe Gewalt (15) und für die Selbsttötung Schusswaffen, oder sie erhängen sich (5). Frauen nutzen zur Tötung und zum Suizid eher weniger gewaltsame Methoden als Männer, darunter fallen Tötungsmethoden wie Vergiftung, Ersticken, CO₂-Intoxikation, eventuell nachdem sie ihre Kinder sediert hatten (15). Offenbar greifen Frauen häufiger als Männer bei Suizid und Fremdtötung auf die gleiche „Tötungsart“ zurück als Männer (39).

Auch eine Abhängigkeit von der Jahreszeit kann festgestellt werden. In den USA werden während der Wintermonate eher jüngere Kinder unter 2 Jahren und in den Sommermonaten eher ältere Kinder zwischen 5 und 14 Jahren getötet (26).

30% der weiblichen und 90% der männlichen Täter haben eine Arbeit (51).

In einer Dissertation über Infantizide im Zeitraum von 1994 bis 2007 auf der Basis der Obduktionsakten des Rechtsmedizinischen Institutes Bonn (75) ergaben sich 19 Fälle mit „Elternverantwortung“ mit drei durch die Väter verursachten „erweiterten Suiziden“ und zwei durch die Mütter verursachten „unvollendeten erweiterten Suiziden“, da die beiden Mütter den Suizidversuch überlebten (75).

Eine Studie basierend auf einer Zeitungsrecherche in den USA über einen Zeitraum von 28 Jahren bezüglich behinderter Kinder als Opfer von „filicide-suicide“- Fällen (71) ergab, dass von den 21 Fällen 82% der Opfer männlich waren mit einem mittleren Alter der Jungs von 10,2 und der Mädchen von 11,8 Jahren. In 55% der Fälle litt das Kind an Autismus, wobei die Autoren bemerken, dass in den Medien andere Diagnosen häufig nicht genannt werden und daraus eine Verzerrung der Datenlage resultieren würde (71).

Der „familicide-suicide“, der die extremste Form, den oben beschriebenen „family annihilator“, beinhaltet, wird v.a. von männlichen Tätern begangen (8). In der Studie von Friedman et al. versuchten zwei Drittel der männlichen Täter auch die Mütter zu töten, während die weiblichen Täter nicht versuchten, auch die Väter zu töten (51). Meist handelt es sich um die Kinder des Täters oder sie töten die Kinder der Partnerin oder des Partners, d.h. es besteht in der Regel eine enge Beziehung zwischen Tätern und Opfern (72). Die wichtigsten Risikofaktoren für diese Taten waren in der Studie von Holland et al. „intimate partner problems“, gefolgt von „mental health problems“ und von „criminal/legal problems“ (72). Außerdem sind offenbar, wie oben schon erwähnt, finanzielle Probleme entscheidend (28).

5.3. Abgrenzungsproblematik und Methodik

An dieser Stelle wird die Problematik der Abgrenzung von „erweiterten Suiziden“ gegenüber anderen möglichen Differentialdiagnosen und gegenüber gemeinsamen Suiziden, sowie Unterschiede zu alleinigen Suiziden und alleinigen Morden diskutiert. Darauf basierend wird mein Vorschlag zu einem neuen methodischen Vorgehen beschrieben.

5.3.1. Abgrenzungsproblematik

5.3.1.1. Differentialdiagnosen und Unterformen des „erweiterten Suizides“

In diesem Kapitel sollen Phänomene Erwähnung finden, die von „erweiterten Suiziden“ abgegrenzt werden müssen. Einige von ihnen werden allerdings in der Literatur teilweise als Unterformen des „erweiterten Suizides“ angesehen, was hier im Einzelnen ausgeführt werden soll.

5.3.1.1.1. Mord mit anschließendem Suizid

Abgegrenzt werden muss, wie schon im Kapitel „Definition“ erläutert wurde, der Suizid aus Reue oder um sich der Strafverfolgung zu entziehen (5).

5.3.1.1.2. Schutzbehauptung

Weiterhin muss bei Fällen eines vermeintlichen „unvollendeten erweiterten Suizides“ in Erwägung gezogen werden, dass der Täter diese Form der Tötung als Schutzbehauptung nutzt, z.B. indem er argumentiert, dass die Intention der Tötung aus einer „altruistischen Motivation“ heraus entstand (5).

5.3.1.1.3. Natürlicher Tod

Außerdem kann durchaus bei den gemeinsam aufgefundenen Todesopfern ein natürlicher Tod vorgelegen haben oder einer starb an einem natürlichen Tod und der andere konnte sich z.B. nicht mehr alleine versorgen oder beide verstarben an einem natürlichen Tod.

5.3.1.1.4. Mehrfachmord

Problematisch kann eventuell die Unterscheidung eines „erweiterten Suizides“ oder auch eines gemeinsamen Suizides von einem Mehrfachmord sein. Das gleiche Problem ergibt sich bei der Abgrenzung von gemeinsamen Suiziden und „erweiterten Suiziden“. Haben beide Personen ihren Suizid selbstständig verübt oder hat einer von beiden die andere Person getötet und sich dann selbst umgebracht?

Die grundsätzliche Frage, die sich hier aus kriminologischer und rechtsmedizinischer Sicht stellt, wäre die Unterscheidung einer suizidalen Schussabgabe von einer homizidalen Schussabgabe.

Hinweise aus kriminologischer Sicht wären der Fund der Tatwaffe neben dem mutmaßlichen Täter, dessen Fingerabdrücke auf ebendieser und Schmauchspuren an den Händen (25). Schmauchspuren können sich auch auf der anderen Hand finden, wenn diese dazu genutzt wurde, die Waffe festzuhalten (76). „Faustfeuerwaffen bleiben in etwa einem Fünftel der Suizidfälle in der Hand des Schützen“ (76), können aber durchaus nachträglich durch den Täter „in die Hand gelegt“ worden sein (77). Weiterhin können DNA-Spuren an der Tatwaffe gesichert werden (77).

Falls zusätzlich ein Kampfgeschehen, ein Einbruch und Diebstahl aufgrund der Begebenheiten am Tatort als unwahrscheinlich angesehen werden, ergeben sich weitere Hinweise auf einen „erweiterten Suizid“ (25).

Aus rechtsmedizinischer Sicht sind z.B. „backspatter“, d.h. „spritzerartige Blut- und Gewebsantragungen an der Schusshand“, hinweisend auf einen Suizid (76). Diese können sich an der „Haltehand“ ebenfalls finden. Sie sind meist „punktförmig“ oder „rufzeichenförmig“ (77). Weitere Hinweise sind „Schlittenverletzungen am Daumen und Zeigefinger“ sowie „Rostmarken“ an den Fingern (76). Bei Suiziden befindet sich der Einschuss charakteristischerweise im Bereich von „Schläfe, Mund, Herzgegend, Stirn (oder) Submentalregion“. Meist „wird die Laufmündung aufgesetzt oder in die Mundhöhle eingeführt“. Wenn in den Brustbereich geschossen wird, dann meist durch die Kleidung hindurch (76), und zwar „in 80% der Fälle“ (77). Ein absoluter Nahschuss kann natürlich auch bei einem Mord erfolgen. Mehrfache Einschüsse sprechen eher für eine Tötungshandlung (77), insbesondere wenn „unterschiedliche Körperregionen“ betroffen sind (78). Faller-Marquardt und Pollak wiesen auf das eher „seltene Vorkommen von Scheitelschüssen“ bei Suiziden hin. Die „Scheitelregion“ sei eher bei Fremdeinwirkung betroffen (79). Sie werteten, mit Bezug auf die internationale Literatur, das Vorkommen von „absolute(n) Nahschüsse(n) in gleicher Lokalisation (...)“ als Hinweis auf eine einverständliche Handlung“ (79).

Auch „Abwehrverletzungen“ können wegweisend sein für die Aufklärung des Tatablaufs (78).

5.3.1.1.5. „Dual homicides“

Eine weitere Differentialdiagnose wären „dual homicides“. Ein Beispiel dafür ist die gegenseitige Tötung von zwei Streitparteien in einer Auseinandersetzung, bei der sie sich gegenseitig angreifen (55).

5.3.1.1.6. „Murder-accident“

In einigen Fällen muss die Frage gestellt werden, ob es sich bei einem vermeintlichen „erweiterten Suizid“ vielleicht doch um einen sogenannten „murder-accident“ handelt. Versucht ein Mörder z.B. seine Tat durch einen Brand zu verschleiern, kann es passieren, dass er selbst dabei umkommt. Dabei handelt es sich also um einen Mord in Kombination mit einem Unfall des Täters und nicht um einen „erweiterten Suizid“ (12).

5.3.1.1.7. „Accident-accident“

Einen weiteren Begriff möchte ich an dieser Stelle in die Literatur einführen, den sogenannten „accident-accident“. In diesem Fall sterben zwei oder mehr Personen durch einen Unfall. Beispiele dafür sind der Austritt von Gas oder auch ein Tod durch CO- Intoxikation, verursacht zum Beispiel durch einen Grill, der zur Nutzung der Restwärme aus Unwissen ob der damit verbundenen Gefahr in die Wohnung gebracht wurde. Dies muss abgegrenzt werden von vermeintlichen Doppelsuiziden, bei denen der Grill zur Verursachung des Todes gezielt in die Wohnung gestellt wird. Ein weiteres Beispiel stellt eine Vergiftung mit Kohlenstoffdioxid dar. Unfälle, in denen es dazu kommt, wurden in der Vergangenheit vor allem in Zusammenhang mit diversen „storage tanks“ festgestellt. Auf der anderen Seite haben Sautter et al. einen Fall eines „erweiterten Suizides“ dokumentiert, der in Berlin stattfand und bei dem der Familienvater gezielt CO₂ zur Tötung der Familie verwendet hatte (80). Ähnliche Schwierigkeiten bei der Abgrenzung ergeben sich, wenn mehrere Opfer in einer Wohnung aufgefunden werden, bei denen die Obduktion ergibt, dass sie an einer BTM- Intoxikation gestorben sind. Auch hier kann es sich um einen „accident-accident“ handeln.

5.3.1.1.8. „Manslaughter-suicide“

Dieser Begriff wurde von Joiner geprägt (3). Hier kommt es bei der Ausführung des Suizides, der die primäre Intention darstellt, zur unbeabsichtigten oder ungeplanten Tötung von anderen Menschen, z.B. durch einen Sprung von einem Hochhaus oder durch einen Sprung vor einen Zug. Da hier allerdings keine falsch verstandenen Tugenden eine Rolle spielen würden, handele es sich laut Joiner nicht um einen echten „murder-suicide“ (3).

5.3.1.1.9. Der Begriff der „Erweiterung“

Uneinigkeit herrscht in der Literatur darüber, ob auch eine suizidale Brandverursachung, bei der das Leben anderer Menschen häufig gefährdet wird, bzw. andere Menschen sogar zu Tode kommen, eine Form des „erweiterten Suizides“ darstellt (18). Die gleiche Frage stellt sich, wenn Tiere mit in den Tod genommen werden. In beiden Fällen handelt es sich um eine Form der „Erweiterung“. Weiter unten wird ausgeführt, dass der Begriff selbst nach Ansicht einiger Autoren solch eine Zuordnung erlauben würde (5) (20). Meiner Ansicht nach würde im Falle eines Todesfalles bei einer suizidalen Brandstiftung, bei der auch unbeteiligte Nachbarn zu Tode kommen, eher der Begriff des „manslaughter-suicides“ zutreffen.

Zum Thema der Miteinbeziehung von Tieren in die eigene Tötungshandlung ist bisher nur wenig Literatur verfügbar. Es gibt Autoren, die auch hier von einem „erweiterten Suizid“ sprechen würden, selbst wenn keine weiteren Menschen getötet werden (81). Es wird z.B. damit argumentiert, dass Tiere oft als „Familienmitglieder“ oder „Kinderersatz“ angesehen werden, evtl. sogar als „extended selves“. Auch Motive von herkömmlichen „erweiterten Suiziden“ sollen auf Fälle von Suiziden, die mit der Tötung von Tieren einhergehen, anwendbar sein, u.a. „altruistische Motive“ (81). Joiner zeigt in seinem Buch auf, dass „mercy“ und „duty“ Motive für die Tötung von Tieren vor dem eigenen Suizid sein können. Dahinter kann die Vorstellung stehen, dass die Tiere nach dem eigenen Tod nicht ausreichend versorgt werden können oder dass andere Menschen nun die eigenen „Pflichten“ übernehmen müssten (3).

Der Begriff des „erweiterten Suizides“ wird in der vorliegenden Arbeit aber nur auf die Tötung von Menschen begrenzt werden. Tiere, es sei denn sie werden zusätzlich bei einem Familienmord mitgenommen, bleiben bei diesem Begriff außen vor.

5.3.1.1.10. Suizid mittels PKW, Bus oder anderen Transportmitteln

Denkbar ist auch ein „erweiterter Suizid“, der mit Hilfe eines PKWs durchgeführt wird unter Mitnahme der Beifahrer (5). Es müssen zwei Varianten differenziert werden, zum einen, dass ein oder mehrere Beifahrer im Auto saßen, und zum anderen, dass der Suizident oder Unfallfahrer alleine im Auto saß. Grundsätzlich stellt sich hier die Frage, gerade in den Fällen, in denen kein Abschiedsbrief hinterlassen wurde, ob es sich um einen Unfall oder doch im einen „erweiterten Suizid“ gehandelt hat, falls Beifahrer mit im Auto saßen. Die gleiche Frage ergibt sich bei der Differenzierung zwischen einem

Unfall und einem Suizid, wenn der Betroffene alleine im Auto saß. Diese letzte Variante, bei der der Fahrer alleine im Auto saß, wird oftmals nicht als „erweiterter Suizid“, sondern nur als alleiniger Suizid angesehen (82).

In Bezug auf die Fälle, in denen Menschen ohne Beifahrer in den Gegenverkehr fahren, konstatierte Joiner folgendes, was gegen die Annahme eines „erweiterten Suizides“ sprechen würde: „The cases of people driving into oncoming traffic, I am arguing, do not, in the minds of the suicidal individuals in question, involve other people as victims (3).“

Anders sieht die Situation natürlich aus, wenn ein Beifahrer mit in den Tod genommen wird. Hierbei kann es sich durchaus um einen „erweiterten Suizid“ handeln, jedenfalls was die Tötung des Beifahrers und den eigenen Suizid betrifft (3).

Zu vermuten wäre, dass auf diese Art und Weise durch Inszenierung eines Autounfalles ein „erweiterter Suizid“ verdeckt werden könnte (83).

Andere Autoren sehen ähnliche Erklärungsansätze für einen Suizid mittels PKW:

„ (...) a road traffic accident may offer an individual an opportunity to commit suicide in a socially acceptable way (82).“

„Ein Suizid im Straßenverkehr ist immer dann in Erwägung zu ziehen, wenn ein Fahrzeug ohne erkennbare äußere Ursache und ohne Reaktion des Lenkers mit hoher Geschwindigkeit gegen ein festes Hindernis, in den entgegenkommenden Straßenverkehr, in ein tiefes Gewässer oder in einen Abgrund gesteuert wird“ (2). Ein weiteres Indiz kann „das Fehlen von Brems- und Schleuderspuren“ sein (2). Weiterhin kann die Existenz einer „suicide note“ wegweisend sein (3).

Insgesamt beläuft sich der Anteil der mit Automobilen verursachten Suizide in internationalen Studien auf 2,5 bis 4,5% aller „fatal traffic accidents“ (84). Für die USA wurde dieser Anteil mit weniger als 0,3 % angegeben (85). Für Finnland konnte eine Zunahme dieser Fälle über einen Zeitraum von etwa 18 Jahren festgestellt werden (86).

Schließlich ist auch denkbar, dass „erweiterte Suizide“ mit Hilfe von anderen Massentransportmitteln verübt werden. Dazu zählen Busse, Schiffe, Taxis, aber auch Flugzeuge, auf die nun genauer eingegangen werden soll.

5.3.1.1.11. Flugzeugabstürze

Zu dieser Untergruppe der „extrafamilial“ „erweiterten Suizide“ würde ich ebenfalls die willentlich herbeigeführten Flugzeugabstürze durch Piloten zählen. Insbesondere auf Grund der Aktualität des Absturzes einer Germanwings-Maschine am 24. März 2015 soll an dieser Stelle genauer darauf eingegangen werden. Die Ermittlungen ergaben, dass der Co-Pilot den Absturz gezielt herbeiführte (87), „nachdem der Pilot das Cockpit (...) verlassen hatte“ (9), und dabei 150 Menschen zu Tode kamen (88). Schwark et al. (84) wiesen darauf hin, dass es an zuverlässigen Daten über „suicide by aircraft“ in Deutschland mangelt. Sie kamen bei der Analyse von Flugzeugabstürzen in Deutschland und denen, bei denen deutsche Fluggesellschaften beteiligt waren, zum Ergebnis, dass zwischen 1974 und 2007 9 bestätigte oder vermutete suizidale Flugzeugabstürze mit 18 Todesfällen festzustellen sind. Diese Zahl würde etwa 0,6% aller Todesfälle bei Flugzeugunglücken entsprechen. In vier dieser 9 Fälle befand sich mehr als eine Person in dem Flugzeug, so dass hier von einem „erweiterten Suizid“ die Rede sein kann. In zwei dieser Fälle war der Pilot allerdings nicht der Täter. Hier wurde der Pilot jeweils von einem Passagier ermordet. Die Täter waren allesamt männlich und nur bei einem wurde Alkohol, bei einem anderen „Diphenhydramin“ nachgewiesen (84). Meist würden „small private planes“ verwendet werden (84) und nur selten „commercial planes“, so dass meist nur der Pilot zu Tode kommt (86). Lewis et al. untersuchten „aircraft-assisted pilot suicides“, die im Zeitraum von 1993 bis 2002 in den USA stattfanden (85). Es konnten 15 vom Piloten herbeigeführte Flugzeugabstürze festgestellt werden, was einer Rate von 0,41% aller „fatal general aviation accidents“ ausmacht. Die Zahl an „aircraft-assisted suicides“ hätte im Vergleich zu einer früheren Studie zugenommen. Auch hier wurden von den männlichen Piloten v.a. „single-engine“- Maschinen verwendet. In all diesen Fällen war der Pilot der einzige Flugzeuginsasse und es wurden keine weiteren Menschen verletzt. Viele dieser Piloten hätten in der Vorgeschichte entweder Probleme mit der Justiz oder häusliche Schwierigkeiten gehabt. Bei 50% konnten „disqualifying substances“ nachgewiesen werden (85). Vuorio et al. konnten für den Zeitraum zwischen 2003 und 2012 8 weitere mögliche „aircraft-assisted suicides“ ausmachen (86). Bills et al. analysierten den Zeitraum zwischen 1983 und 2003 und ermittelten für den US-amerikanischen Flugraum 36 Suizide mit Hilfe von Flugzeugen und einen versuchten Suizid, sie betrachteten dabei keine Terrorattacken. In weiteren 8 Fällen wären „passengers and

ground persons“ betroffen gewesen, d.h. hier hätten „erweiterte Suizide“ vorgelegen. Bei 10 weiteren Fällen könnte ein Suizid vorgelegen haben (89).

Insgesamt wird in der Literatur davon ausgegangen, dass „non-commercial flight plane-assisted suicides“ etwa 0,33% der „fatal aircraft accidents“ ausmachen (90). Bei den „commercial flights“ werden in der Literatur die Abstürze von „Japan Airlines Flight 350 in 1982, Royal Air Maroc Flight 630 in 1994, Silk Air Flight MI 185 in 1997, EgyptAir Flight 990 in 1999, LAM Mosambique Airlines Flight 47 in 2013“ und der Absturz des Flugzeuges der Fluggesellschaft Germanwings genannt (90). Bei dem Absturz des EgyptAir Flights im Jahr 1999 starben 217 Menschen, der Absturz des Silk Air Flights forderte 1997 104 Menschenleben (88).

Insgesamt sei die „dark figure“ bei diesem Phänomen aber sehr hoch (84), zum einen, da die Piloten vor ihrer Tat ihre psychischen Probleme aus Angst vor dem Verlust ihrer Pilotenlizenz oder einer „Stigmatisierung“ oft verheimlichen, zum anderen, da z.B. aus versicherungsrechtlichen Erwägungen ein Unfall vorgetäuscht wird (89) oder auch weil die Differenzierung zwischen Suizid und Unfall im Nachhinein sehr schwierig ist (84). Ein weiteres Thema sind Flugzeugabstürze im Rahmen von Terroranschlägen, bei denen die Attentäter die Kontrolle über das Flugzeug übernehmen, wie es z.B. am 11.09.2001 in den USA mehrfach geschehen ist.

5.3.1.1.12. „Suicidal bombings“

Es gibt Autoren, die „suicidal bombings“ zu den „extrafamilial homicide-suicides“ zählen (91). „Suicide attacks“ haben in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. In den 1980er- Jahren wurden im Durchschnitt pro Jahr fünf Anschläge verübt, in den 1990er- Jahren im Durchschnitt pro Jahr 10 Attacken. Im Jahr 2007 wurde mit 521 dokumentierten Attacken ein Gipfel erreicht (92).

Eine entscheidende Frage, die zum Zwecke solch einer Einordnung als Unterform eines „erweiterten Suizides“ gestellt werden muss, ist, ob „suicide terrorists“ auch „suizidal“ sind (92), oder ob andere Motive im Vordergrund stehen. Sheehan konnte auf der Grundlage einer Literaturrecherche folgende Aussage treffen: „The prevailing view among scholars is that suicide terrorists are not suicidal (92).“ Allerdings stellte Sheehan in seinem Artikel auch folgendes fest: „(...) the evidence for this claim is weak“ (92). Viele Autoren argumentieren sogar, dass von den Terrororganisationen gezielt Terroristen ohne offensichtliche psychiatrische Erkrankungen ausgewählt werden würden (92), insbesondere auch um zu gewährleisten, dass sie die Befehle, wie von

der Organisation gewünscht, ausführen (93). Miller betonte, dass es in der Regel nicht „depression“ und „despair“ seien, die die Psychopathologie des Täters kennzeichnen, sondern das Streben nach „glory“. Sie seien der Überzeugung, als Märtyrer in den Tod zu gehen (94). In der Literatur werden des Weiteren vor allem politische, religiöse und soziale Erklärungsansätze für „suicide terrorism“ genannt (92) (95). Auf der anderen Seite kommt Lankfort zu folgendem Ergebnis: „But the evidence I’ve uncovered suggests that past suicide terrorists and kamikaze pilots were suicidal and psychologically compromised, due to a combination of individual, social and situational factors“ (96). Er stellte in seinem Artikel Gemeinsamkeiten, u.a. was die Motive betrifft, zwischen „suicide terrorists“ auf der einen Seite und Tätern, die einen „mass murder-suicide“ begehen, her (96). Joiner zitiert ebenfalls Studien, die auf „Depressionen“ und „Suizidalität“ bei „suicide terrorists“ hinweisen (3). Sheehan stellte in seinem Artikel die Notwendigkeit heraus, in zukünftigen Studien diese entscheidende Frage genauer zu beleuchten (92).

5.3.1.1.13. Amokläufe

Unter dem „pseudo-commando type of murder-suicide“ versteht man Fälle, in denen der Täter versucht, mit Schusswaffen so viele Menschen wie möglich zu töten im Rahmen eines Amoklaufes. Als Unterformen lassen sich hier der „indiscriminate“-Subtyp, bei dem wahllos auf Menschen geschossen wird, und der „pseudo-community“-Subtyp ausmachen, bei dem bestimmte Menschen zum Ziel des Amokläufers werden. Dabei tötet sich der Täter entweder danach selbst oder provoziert die Tötung durch die Polizei (15). Lester konnte ermitteln, dass die Anzahl von Todesopfern im Rahmen von Amokläufen bei den Tätern, die „festgenommen“ werden, signifikant niedriger sei als die Anzahl von Todesopfern bei den Tätern, die „Suizid“ begehen (97). Es ist in der Literatur umstritten, ob Amokläufe als „erweiterte Suizide“ klassifiziert werden sollten. Gegner dieser Einordnung führen an, dass das primäre Motiv hinter solchen Taten die Tötung anderer Menschen sei und nicht der eigene Suizid (6). Joiner hingegen argumentiert, dass hier evtl. die primäre Intention eines Suizides vorliegen könnte. Das Motiv für den Mord kann dabei z.B. eine „perverted version of glory“ sein, was damit eine Einstufung als „murder-suicide“ erlaube (3). Der Aspekt, dass die Suizidalität auch bei Amokläufen häufig am „Anfang“ der Kausalkette stehe, würde oft außer acht gelassen werden (3).

Oliffe et al. ordneten Amokläufe in Schulen und am Arbeitsplatz ebenfalls unter „murder-suicides“ ein (52). Sie argumentierten, wie schon weiter oben erläutert wurde, dass „murder-suicides“ eine Reaktion auf die Bedrohung der „masculine identities“ darstellen würden, wozu auch die Gefährdung des Arbeitsplatzes und eine mögliche Opferrolle auf Grund von „peer torments“ zählen würden. Die Täter würden ihre Taten dadurch rechtfertigen, indem sie sich selbst als Opfer darstellten, z.B. von Mobbing und ungerechtfertigten Entlassungen, und dass ihre Tat eine Form des „pay-back“ sei (52). Für Fälle, in denen es zur Tötung von Vorgesetzten kommt, von denen sich die Täter zurückgewiesen fühlen, bzw. an denen sie sich rächen möchten, existiert in der Literatur auch ein Fachbegriff, nämlich „adversarial murder-suicides“ (15).

5.3.1.1.14. „Suicide-by-cop“

In diesem Zusammenhang sollte das Phänomen des „suicide-by-cop“ genannt werden. Hier provoziert der Täter die Tötung durch die Polizei, z.B. in dem er eine andere Person erschießt. Auch hier herrscht Uneinigkeit in der Literatur darüber, ob dies einen „erweiterten Suizid“ darstellt (33). Joiner argumentiert, dass der Betroffene nur den eigenen Suizid provozieren möchte und es meist nicht geplant sei, andere Menschen zu töten (3).

Die Tötung der eigenen Person erfolgt beim „suicide-by-cop“ nicht von eigener Hand, was strenggenommen kein „murder-suicide“ ist.

Die häufigsten Situationen, in denen dieses Phänomen des „suicide-by-cop“ zu beobachten ist, werden in der Literatur v.a. in Zusammenhang mit Geiselnahmen, häuslicher Gewalt und auch Gewalt am Arbeitsplatz angegeben (98). Frei et al. haben dieses Phänomen in ihrer Datenauswertung zu „Homizid-Suiziden“ in der Region Basel berücksichtigt (17). Dewey et al. ermittelten in ihrer Studie mehrere Risikofaktoren. Mit einer Wahrscheinlichkeit von jeweils 66,2% der Fälle lägen die Risikofaktoren „prior suicidal ideation“, „substance use at time of incident“, „previous arrests“, und „history of depression“ vor (98b). Insgesamt konnten die Autoren im Zeitraum von 1979 bis 2005 in 55 „jurisdictions“, die auf über 26 US-amerikanische Staaten verteilt sind, 68 Fälle von „suicide-by-cop“ feststellen (98b).

5.3.1.1.15. Provokation einer Todesstrafe

An dieser Stelle müssen auch Fälle erwähnt werden, in denen Menschen aus einer suizidalen Intention heraus schwere Verbrechen wie einen Mord begehen, mit dem Ziel,

dafür mit der Todesstrafe bestraft zu werden (3). Schon in früherer, auch in deutschsprachiger, Literatur wurde darauf hingewiesen (21). Van Wormer et al. (98) sprachen in diesem Zusammenhang von „suicide-murder“. In diesen Fällen sei die suizidale Intention die Ursache für die Durchführung eines Mordes. Das primäre Ziel sei, einen „State-Assisted Suicide“ zu erzwingen (98), weil die Betroffenen selbst nicht dazu in der Lage waren. Hier können vollkommen Fremde zu Opfern werden, was auch eine Form des „extended suicides“ sei (98). Die Autoren stellten dabei in ihrer Arbeit 22 Fälle dar, in denen dieses Phänomen vorgelegen haben könnte. Eventuell sei denkbar, dass ein Mord nur deshalb durchgeführt wird, weil die Täter glauben, sich danach eher überwinden zu können, den vorgesehenen Suizid zu verwirklichen. Die Autoren verweisen dabei auf die hohen Mordraten in den Gefängnissen derjenigen Staaten hin, in denen die Todesstrafe noch Gültigkeit besitzt. Viele Gefangene würden eher die Todesstrafe als eine lebenslange Gefängnisstrafe präferieren (98). Auch hier werden nicht alle geforderten Elemente der Definition des „erweiterten Suizides“ erfüllt. Allerdings ist die Hürde, sich selbst zu töten um einiges größer, als diejenige, andere zu töten, wie Joiner ausführt. Dieses Phänomen und „suicide-by-cop“ stellen für die Täter zwei Möglichkeiten dar, diese Hürde zu überwinden und den Suizid durch fremde Hand ausführen zu lassen (3).

5.3.1.2. Abgrenzungsproblematik zum „gemeinsamen Suizid“

Der erweiterte Suizid muss abgegrenzt werden vom sogenannten „gemeinsamen Suizid“, der auch häufig als „Doppelsuizid“ oder „Suizidpakt“ bezeichnet wird (4). Diese Differenzierung kann in Einzelfällen sehr schwierig sein (25). Die erstmalige Definition des Suizidpaktes stammte von Cohen aus dem Jahre 1961: „A suicide pact is a mutual arrangement between two people to die together at the same time, usually in the same place“ (4). Beim gemeinsamen Suizid kommt es zum Tod von in der Regel zwei Menschen „in Übereinstimmung“ und „etwa gleichzeitig“, wobei entweder beide einen Suizid begehen oder der eine den anderen zunächst in seinem Einverständnis tötet und dann sich selbst umbringt (6) (4). Der letzte Punkt ist in der Literatur aber höchst umstritten und wird oft definitionsgemäß als „erweiterter Suizid“ klassifiziert (25), von manchen Autoren aber als „gemeinschaftliche Selbsttötung“ (2). Vertreter der Theorie, dass es sich um einen „einseitig vollendeten Doppelsuizid“ (83), bzw. einen „konsensuellen Homizid-Suizid“ (17), und nicht um eine Sonderform des „erweiterten

Suizids“, handelt, führen den Aspekt der „Freiwilligkeit“ der Beteiligten und „die gemeinsame Psychodynamik“ an in Abgrenzung zu dem „erweiterten Suizid“, der diese beiden Elemente nicht beinhaltet (4). Auch Faller-Marquardt und Pollak vertreten in ihrem Artikel die Ansicht, dass selbst eine Tötung durch den anderen Beteiligten als „gemeinschaftliche Selbsttötung“ aufzufassen sein kann. Entscheidend sei hierbei das „gegenseitige Einvernehmen“ (79). Des Weiteren wird auch in der juristischen Literatur teilweise von „Doppelselbstmord“ gesprochen, selbst wenn einer von beiden erst den anderen Beteiligten und dann sich selbst tötet (60) (99) (100).

Diese Abgrenzungsproblematik spiegelt sich zum Beispiel auch in der Bewertung der Tötung von Henriette Vogel durch Heinrich von Kleist im gegenseitigen Einverständnis mit anschließendem Suizid Kleists wieder, weshalb am Anfang der Arbeit darauf eingegangen wurde (5).

5.3.1.2.1. Diskussion vermeintlicher „einseitig vollendeter gemeinsamer Suizide“

Insbesondere die häufig auffällige Brutalität der Todesursachen lässt mich zweifeln an einer angeblichen Freiwilligkeit. Wie das durchaus auch bei vielen Doppelsuiziden der Fall ist, auf die während der Recherche gestoßen wurde, sollte eher erwartet werden, dass auf weniger brutale Methoden zurückgegriffen wird, wie z.B.

Medikamentenintoxikation oder CO-Intoxikation, wenn die Entscheidung für den gemeinsamen Tod getroffen wurde. Eine schlechte Erreichbarkeit solcher Medikamente kann vor dem Hintergrund dessen, dass viele Paare auf Grund ihrer Erkrankungen sowieso unterschiedlichste Präparate im Haushalt liegen haben, nicht als Argument angeführt werden. Ein weiterer Punkt ist die oft sehr unwürdige Todesursache. Wenn eine Frau mit einer Stoffwindel erstickt oder erwürgt wird oder eine Plastikmülltüte über den Kopf gestülpt bekommt, dann ist es meiner Meinung nach sehr unwahrscheinlich, dass dahinter ein gemeinsamer Entschluss stand. Allein das Fehlen von Abwehrverletzungen bei den Opfern könnte ein Hinweis auf ein mögliches Einverständnis sein.

Weiterhin stellte sich diese Frage eines möglichen „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizides“ nur bei über 80 Jahre alten langjährigen Ehepaaren. Es müssen die großen Abhängigkeiten beachtet werden, die sich in solchen langjährigen Beziehungen aufgebaut haben. Entschließt sich der Mann z.B. auf Grund einer ausgeprägten Überforderung dazu, sich das Leben zu nehmen, fühlt sich die Frau vielleicht dazu

verpflichtet, mit in den Tod zu gehen, insbesondere wenn sie die Person ist, die schwer erkrankt ist.

Eventuell sieht sie sich auch als Last für ihren Ehemann an oder er vermittelt dies ihr, so dass sie seinem Vorschlag, in den Tod zu gehen, zustimmt.

Offenbar scheint oft die Pflegebedürftigkeit und der Verlust der Selbstständigkeit Ursachen für „erweiterte“ oder „gemeinsame“ Suizide älterer Menschen zu sein. Hier muss die Frage aufgeworfen werden, ob die gesellschaftlichen Barrieren und Hindernisse sowie mangelnde Unterstützung von außen wichtige Punkte sind, die einen Großteil zur Entscheidung beigetragen haben im Sinne eines äußeren Zwanges.

Wahrscheinlicher als eine tatsächliche Zustimmung des Opfers erscheint mir hingegen, dass der Täter häufig im Abschiedsbrief versucht, seine Tat zu rechtfertigen, zumal die Ehemänner meist ebenfalls unter schweren Erkrankungen litten, wie die Obduktionen zeigten. Solche Angaben in Abschiedsbriefen, selbst wenn diese von beiden Ehepartnern unterschrieben sein sollten, müssen immer kritisch betrachtet werden, da Unterschriften natürlich gefälscht sein können oder unter Zwang entstanden sind.

Es ist daher kaum möglich, sicher nachzuweisen, dass ein gegenseitiges Einverständnis vorlag und evtl. damit ein „einseitig vollendeter gemeinsamer Suizid“ zu diagnostizieren ist.

Selbst bei Zugriff auf alle Ermittlungsergebnisse kann niemals mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass ein Konsens vorlag. Das gilt durchaus auch für eindeutige Doppelsuizide, bei denen sich die Betroffenen jeweils selbst umbringen.

Des Weiteren handelt es sich um eine Tötung durch eine andere Person. Hier von einem „gemeinsamen Suizid“ zu reden, stellt gegenüber dem Opfer eine erhebliche Diskreditierung dar und ist aus strafrechtlichen Erwägungen heraus nicht haltbar. Auf Grund dieser Einwände wurde diese Form des „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizides“, durchaus wie oben dargestellt im Konsens mit der internationalen Literatur, in der vorliegenden Arbeit als „erweiterter Suizid“ aufgefasst.

5.3.1.2.2. Die Frage der Freiwilligkeit

Aber auch der Begriff und die Definition des gemeinsamen Suizides, bei dem tatsächlich alle Beteiligten ohne Beihilfe oder Übernahme den Suizid selbstständig durchführen, sehen sich in der Literatur erheblicher Kritik ausgesetzt.

Die in der Definition des gemeinsamen Suizids postulierte Freiheit wurde u.a. von Rosenbaum in Frage gestellt: „ (...) interviews with survivors indicate a good deal of

pressure was used by the instigator to get the partner to comply“ (101). Er sprach die Problematik an, dass eventuell ein erheblicher Druck auf den Partner ausgeübt wird, seine Zustimmung zu einem gemeinsamen Suizid zu geben (15). Rosenbaum konnte in seiner Studie feststellen, dass der „instigator“ des gemeinsamen Suizides häufiger der Mann war, während der „cooperator“ eher die Frau war, die auch öfter überlebte. Diese litt wohl seltener an einer psychiatrischen Erkrankung (101).

Denkbar ist allerdings, dass die Einlassung des Überlebenden, nicht der Initiator des Geschehnisses gewesen zu sein, eine Schutzbehauptung ist (101).

Gemeinsame Suizide treten häufig bei älteren Menschen auf, vor allem wenn einer der Partner erkrankt ist, was dabei in der internationalen Literatur oft als „mercy- killing“ bezeichnet wird, wie weiter oben schon erläutert wurde. Hier stellt sich die Frage, wie weit der Partner auf Grund seiner Krankheit, eventuell z.B. einer Demenzerkrankung, überhaupt zu einer Einwilligung hätte befähigt sein können. Außerdem drängt sich der Einwand auf, dass die Abhängigkeitsverhältnisse zwischen den Partnern gerade in sehr langen Partnerschaften mitunter sehr ausgeprägt sein können, wie oben schon erwähnt wurde. Ob hier von einer Freiwilligkeit die Rede sein kann, würde ich in vielen Fällen stark bezweifeln.

Auch so genannte Suizidpakte zwischen Eltern und Kindern sollten eher im Sinne eines „erweiterten Suizides“ aufgefasst werden (15).

Ein weiteres Phänomen, vor dessen Hintergrund die Frage der Freiwilligkeit kritisch diskutiert werden muss, ist der sogenannte „induzierte Suizid“. In engen Partnerschaften können depressive Symptome, auch Wahnvorstellungen und Suizidgedanken, unter Umständen auf den Partner übergehen, was unter dem Begriff „folie a deux“ bekannt ist (102).

5.3.1.2.3. „Suicide-cluster“

Eine Abgrenzung sollte erfolgen zu dem „suicide-cluster“. Hier kommt es in einer Region zu einer ungewöhnlichen Häufung von Suiziden in einer bestimmten Zeitspanne. Dabei scheinen die späteren Suizidenten durch die früheren Suizide „motiviert“ zu werden (103).

5.3.1.2.4. Abgrenzung zu „erweiterten Suiziden“

Jensen et al. arbeiteten in ihrer Studie die Unterschiede zwischen Suizidpakten auf der einen Seite und Suiziden bzw. „murder-suicides“ auf der anderen Seite heraus (25). Bei „erweiterten Suiziden“ sollen eher gewaltsamere Methoden wie Feuerwaffengebrauch, Strangulation, scharfe und stumpfe Gewalt eine Rolle spielen als bei Suizidpakten. In der zitierten Studie wurde bei Doppelsuiziden der Tod in 86% der Fälle durch eine CO-Intoxikation in Autos herbeigeführt. In der Regel soll es sich eher um identische, weniger gewaltsame Tötungsmethoden handeln. Häufig seien auch Vergiftungen. Bei „erweiterten Suiziden“ ist die Rate von Blutsverwandten in ihrer Studie höher gewesen als bei dem Suizidpakt. Bei beiden Phänomenen spielen allerdings meist enge Beziehungen eine Rolle.

Die Autoren verweisen des Weiteren auf Studien aus England, die darauf hinweisen würden, dass offenbar einen Doppelsuizid begehende Personen eher höheren sozialen Klassen zuzuordnen sind, konkret den Klassen I und II, entsprechend der englischen Klasseneinordnung. Die in „erweiterten Suiziden“ involvierten Beteiligten sollen aber meist niedrigeren Klassen zugeordnet werden können.

Bei Doppelsuiziden würden eher chronische Krankheiten eine Rolle spielen, was die Motive für die Tat betrifft, während bei „erweiterten Suiziden“ Eheprobleme, Scheidungen oder häusliche Gewalt im Vordergrund stehen.

Weiterhin lässt sich aus rechtsmedizinischer Sicht aus dem Vorhandensein von Abwehrverletzungen oder Verletzungen wegen eines Kampfes tendenziell eher auf einen „erweiterten Suizid“ schließen. Charakteristisch für Doppelsuizide sei, dass die Selbsttötungen in der Regel innerhalb kürzester Zeit aufeinander folgen würden, was auf „erweiterte Suizide“ nicht unbedingt zutrifft. In ihrer Studie ermittelten Jensen et al., dass die meisten ihrer Fälle von Doppelsuiziden in Autos stattfanden und die meisten ihrer Fälle von „erweiterten Suiziden“ in einer Wohnung begangen wurden (25).

Diese Unterscheidung zwischen „gemeinsamen“ und „erweiterten“ Suiziden erwies sich in der vorliegenden Arbeit als größtes Problem. Wenn in einer Wohnung zwei tote Personen mit Schussverletzungen aufgefunden werden, stellt sich die Frage, ob einer beide erschossen hatte oder sich beide nacheinander umgebracht hatten. Weiterhin stellt sich diese Frage, wenn beide Personen an einer Intoxikation, einer Überdosis von Drogen, oder durch die Injektion von Insulin verstorben sind. Es ist durchaus denkbar,

dass der Partner den anderen dazu gezwungen hat, die Tabletten einzunehmen. Weiterhin kann er dem Partner die Überdosis Insulin verabreicht haben oder beide könnten sich die Spritze selbst appliziert haben. Ähnliche Fragen stellen sich auch bei einer Überdosis von Drogen. Auf mögliche kriminologische und rechtsmedizinische Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen Tötung und Suizid wurde schon weiter oben eingegangen, trotzdem war diese Frage in manchen Fällen nicht eindeutig zu klären, was auch teilweise daran lag, dass keine Informationen über Ermittlungsergebnisse und Abschiedsbriefe vorlagen. Deshalb erfolgte in der Auswertung nur eine Berücksichtigung von Fällen, die eindeutig als „erweiterte Suizide“ eingestuft werden konnten. Denkbar ist dadurch eine Verzerrung der Ergebnisse. Z.B. wäre eigentlich zu erwarten, dass Medikamentenintoxikationen bei „erweiterten Suiziden“ älterer Täter eine große Rolle spielen. Aber im Nachhinein zu klären, ob der Täter das Glas mit den Medikamenten in der Hand hielt und dem Opfer die Medikamente verabreichte, insbesondere wenn auf Grund beidseitigem Einverständnisses keine Abwehrverletzungen nachweisbar sind, ist kaum möglich. Hinweise könnten nur Äußerungen aus Abschiedsbriefen bieten oder schwere Erkrankungen, die es unwahrscheinlich machen, dass das Opfer die Medikamente selbst einnahm.

5.3.1.2.5. Abgrenzung zu Suiziden

Insgesamt machen Suizidpakte etwa 0,6% aller Suizide aus und umfassen meist zwei Opfer (25).

In Abgrenzung zum Suizid seien die Opfer beim Suizidpakt laut Jensen et al. häufiger älter, verheiratet und einer höheren sozialen Klasse zugehörig.

Außerdem würden beim alleinigen Suizid gewaltsamere Tötungsmethoden verwendet werden.

Beim Suizidpakt seien unter den Opfern genauso viele Männer wie Frauen, während Männer dreimal so häufig einen Suizid begehen würden als Frauen (25).

Depressionen spielen sowohl bei Suiziden, als auch Suizidpakten eine zentrale Rolle (102). Bei Suizidpakten leiden die späteren Opfer in etwa 50% der Fälle unter psychiatrischen Erkrankungen und in einem Drittel unter körperlichen Erkrankungen (103).

5.3.1.2.6. Charakteristika von gemeinsamen Suiziden

Ein neueres Phänomen stellt die Verabredung von fremden Menschen über das Internet zu einem Doppelsuizid dar (102). Meist jedoch kennen sich die Betroffenen gut und die meisten würden Abschiedsbriefe verfassen, die die Unterschriften beider Beteiligten tragen (103). Bei der Studie von Brown und Barraclough über Suizidpakte in England und Wales im Zeitraum von 1988 bis 1992 (104) kannten sich alle 62 Paare, die einen „gemeinsamen Suizid“ begingen, schon vorher, allein 48 Paare waren verheiratet. Abschiedsbriefe wurden bei 52 Suizidpakten verfasst, bei 33 Pakten unterschrieben beide Partner den oder die Abschiedsbriefe. Insgesamt hätten 69% der beteiligten Menschen ihre Unterschrift unter einen Abschiedsbrief gesetzt. Diesen Aspekt stellten die Autoren als entscheidenden Punkt heraus für ihre Annahme, dass in diesen Fällen „kein Zwang“ („no coercion“) ausgeübt wurde. Weitere Hinweise seien Aussagen der Beteiligten vor ihrem Tod über ihren geplanten Suizidpakt. Des Weiteren würden der gleichzeitige, möglichst schmerzlose Tod der Beteiligten und die Verwendung von weniger gewaltsamen Todesarten wie CO-Intoxikation und Vergiftungen eher gegen eine Zwangsausübung sprechen.

Diese Studie konnte auch zeigen, dass die Anzahl an „suicide pacts“ beim Vergleich zur Studie von Cohen, in der die Jahre 1955 bis 1958 betrachtet wurden, über einen Zeitraum von etwa 35 Jahren um 27% von 0,83 auf 0,61 pro 1 Millionen über 15-Jährige Menschen gefallen ist. In ihrer Studie zeigte sich auch, dass im Vergleich zu der älteren Studie CO-Vergiftungen immer noch mit 68% die häufigsten Tötungsmethoden waren, gefolgt von Medikamentenintoxikationen in 26% der Fälle, allerdings wurden im Rahmen der CO-Intoxikationen nun vermehrt Autos verwendet und nicht mehr „kitchen oven“ (104). Es lässt sich demnach ein Wandel darstellen, ähnlich wie bei „erweiterten Suiziden“, wie weiter oben dargestellt wurde.

Die offenbar häufigere Verwendung des Internets und die Verabredung von völlig fremden Menschen zu einem gemeinsamen Suizid stellt, wie oben angesprochen, ebenfalls eine entscheidende Veränderung zu früher dar, die in aktuelleren Studien weiter untersucht werden muss. Insbesondere die Situation in Deutschland sollte dabei beleuchtet werden.

Im internationalen Vergleich ist das Phänomen der Doppelsuizide in Japan am Häufigsten (103).

5.3.1.2.7. Kombinationen von „erweitertem und gemeinsamen Suizid“

Vorstellbar ist auch, dass ein Fall eine Kombination aus einem „erweiterten Suizid“ und einem gemeinsamen Suizid darstellt. Es ist denkbar, dass die Eltern entschließen, sich das Leben zu nehmen und dabei ihre Kinder mit in den Tod nehmen.

5.3.1.3. Abgrenzung zum alleinigen Suizid und zum alleinigen Mord

In diesem Kapitel soll besprochen werden, in wie fern sich die Charakteristika von „erweitertem Suizid“ auf der einen Seite und alleinigem Suizid sowie alleinigem Mord auf der anderen Seite unterscheiden. Dies hat zum einen Implikationen für die wichtige Thematik der Prävention und zum anderen soll dadurch gezeigt werden, dass es sich beim „erweiterten Suizid“ um eine eigene „Entität“ handelt (105).

5.3.1.3.1. Abgrenzung zum Suizid

Bei Suiziden gelten Heirat und Elternschaft eher als Protektivfaktoren, während sie bei „erweiterten Suiziden“ eher negative Auswirkungen auf die Dynamik der Tat haben (8). Bei diesen Taten sind Täter und Opfer sehr häufig miteinander verwandt (8) und häusliche Gewalt spielt eine größere Bedeutung (9). Auch „interpersonal conflicts“ kämen laut Kalesan et al. im Rahmen von „erweiterten Suiziden“ häufiger vor als im Kontext von Suiziden (69).

Bei „erweiterten Suiziden“ von Tätern über 55 Jahre sollen ebenfalls häufiger als bei alleinigen Suizidenten Krankheiten und eine Vorgeschichte mit häuslicher Gewalt vorliegen. Außerdem käme es bei „erweiterten Suiziden“ älterer Menschen öfter dazu, dass sich die Betroffenen gegenseitig pflegen, bzw. der spätere Täter das spätere Opfer (33).

Offenbar sind „erweiterte Suizidenten“ häufiger verheiratet gewesen als reine Suizidenten und hatten auch vor ihrem Tod häufiger eine Arbeit (91) und seltener „a history of attempted suicide“ (105).

Außerdem haben die „Homizid-Suizidenten“ meist ein niedrigeres Alter als die „reinen Suizidenten“ (43) (44).

Bei Menschen, die einen Suizid begehen, sind Depressionen als Diagnose wohl noch häufiger anzutreffen als bei Tätern eines „erweiterten Suizides“ (44).

Bei alleinigen Suiziden spielen Alkohol und Drogen eine viel geringere Bedeutung als bei Morden (3), was auch für Täter von „erweiterten Suiziden“ gilt. Carreta et al. konnten in ihrer Studie ermitteln, dass bei Suizidenten deutlich häufiger erhöhte

Blutalkoholwerte festgestellt werden konnten als bei Tätern im Rahmen eines „erweiterten Suizides“. Diese Täter hätten auf der anderen Seite aber signifikant häufiger „Amphetamine“ und andere „Stimulantien“ zu sich genommen. Bei Suizidenten würde man häufiger „Schmerzmedikamente“ im Blut nachweisen können (106). Fishbain et al. weisen jedoch darauf hin, dass insbesondere „chronische Schmerzen“ mit einem erhöhten Risiko auch für „erweiterte Suizide“ einhergehen (107). McPhedran et al. zeigten im Gegensatz dazu, dass bei alleinigen Suizidenten sowohl „Alkohol“, als auch „Cannabis“ und „Amphetamine“ häufiger nachweisbar waren als bei Tätern von „erweiterten Suiziden“ (108).

5.3.1.3.2. Abgrenzung zum Mord

Im Vergleich zu einem Mörder seien die Täter, die einen „erweiterten Suizid“ durchführen, mit größerer Wahrscheinlichkeit älter, verheiratet, männlich und weiß (8) oder getrennt von ihren Opfern (105). Bei der alleinigen Tötung des Partners können nach einigen Studien fast 50% weibliche Täter ausgemacht werden (9) (47). Außerdem sei es wahrscheinlicher, dass bei einem „murder-suicide“ Frauen zum Opfer werden (8) (3). Auch die Rate an Kindern unter den Opfern ist bei „erweiterten Suiziden“ höher als bei alleinigen Morden, was u.a. für die USA gezeigt wurde (31). Morde in den USA sind eher von der Tötung eines gleichgeschlechtlichen Opfers gekennzeichnet und mit anderen Straftaten gekoppelt und es findet sich weitaus seltener die Diagnose einer Depression beim Täter (8). In den Fällen einer Depression bei „reinen Homizidenten“ scheinen dann allerdings öfters weitere psychische Erkrankungen wie „Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen“ vorzuliegen im Vergleich zu den „Homizid-Suizidenten“ (43). In einer Studie konnte bei 50% der alleinigen Mörder Alkohol nachgewiesen werden, wobei dies nur bei 33 % der Täter eines „erweiterten Suizides“ und bei 0% der Opfer der Fall war (8). Aus dem Grund gibt es Autoren, die Alkoholkonsum nicht als „specific risk factor“ für „erweiterte Suizide“ ansehen (109).

Alleinige Mörder hätten öfter eine kriminelle Vergangenheit oder eine Vorgeschichte mit häuslicher Gewalt (8). Außerdem entstammen die Beteiligten eines alleinigen Mordes eher einer niedrigen sozialen Schicht, während, wie schon weiter oben erwähnt wurde, die Beteiligten eines „erweiterten Suizides“ eher der Mittelklasse zuzuordnen sind (15). Auch die Arbeitslosenquote ist unter Mördern höher (105). Außerdem sollen die Tötungsmethoden bei „erweiterten Suiziden“ gewaltsamer sein als bei alleinigen

Morden (15). Offenbar werden Schusswaffen bei „erweiterten Suiziden“ auch öfter verwendet als bei alleinigen Morden an dem Ehepartner (32) (3). Für Schweden konnte z.B. gezeigt werden, dass bei „erweiterten Suiziden“ in 70% Schusswaffen verwendet wurden, während im Vergleich dazu bei isolierter Tötung des Ehepartners das Opfer in 40% der Fälle erstochen wurde und nur in 20% der Fälle erschossen wurde (49). Des Weiteren soll der Grad der „premeditation“ bei „erweiterten Suiziden“ höher sein als bei Morden (27). McPhedran et al. konnten feststellen, dass Täter eines „erweiterten Suizides“ häufiger Kontakt zum Gesundheitswesen gehabt hatten als Täter eines alleinigen Mordes, was sie als wichtige Erkenntnis in Hinblick auf die Prävention ansahen (108). „Erweiterte Suizide“ finden eher in der Wohnung von späterem Opfer und Täter statt. Diese Tendenz ist bei Morden und Suiziden nicht zu erkennen (43).

5.3.1.3.3. Gemeinsamkeiten zwischen Suiziden und „erweiterten Suiziden“

Gemeinsamkeiten zwischen Suizid und „erweitertem Suizid“ ergeben sich darin, dass bei beiden Schusswaffen die häufigsten Tatwaffen darstellten und beiden häufig eine Depression zu Grunde liegt bei gleichzeitig „low levels of antidepressant treatment“ (9). Außerdem sind beide Entitäten dadurch gekennzeichnet, dass ihnen in der Regel eine lange Phase der Abwägung und Planung vorausgeht, was sie beide auch gegenüber alleinigen Morden unterscheidet (105). Auch Joiner teilt diese Ansicht: „Death by suicide, far from being impulsive, is premeditated, as is murder-suicide“ (3).

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich in einer Studie bei der Häufigkeit früherer Suizidversuche, bei Suizidankündigungen, einer früheren psychiatrischen Therapie und bei Abschiedsbriefen (91). Beide finden eher in höherem Lebensalter statt (66). Während die meisten Morde an Samstagen und Sonntagen stattfinden, geschehen die Mehrzahl der Suizide und „erweiterten Suizide“ an Montagen und Dienstagen (3).

Auf Grund der genannten Aspekte wird von mehreren Autoren daher eine größere Ähnlichkeit zwischen „erweiterten Suiziden“ und reinen Suiziden gesehen als zu reinen Morden (43) (91) (3). Joiner geht sogar so weit zu konstatieren, dass „murder-suicides“ eine „subcategory“ von Suiziden darstellen würden (3). Eventuell könnte das auch erklären, warum „erweiterte Suizide“ im Alter, ähnlich wie Suizide (40), häufiger sind.

5.3.2. Methodik

Zum einen ist auf die Problematik des Vergleiches zwischen verschiedenen Studien hinzuweisen. Dieser Umstand wurde schon in der Einleitung mehrfach erwähnt. Häufig werden unterschiedliche Definitionen, Begrifflichkeiten und Methoden für die Datenauswertung genutzt. Viele Studien greifen, insbesondere, wenn keine offiziellen Statistiken in den entsprechenden Ländern bestehen, auf eine Zeitungsrecherche zurück. Andere Studien nutzen Datenbanken, falls diese in den betroffenen Ländern etabliert sind. Weiterhin werden oft Polizeiberichte oder Obduktionsbefunde verwendet. Die Fallzahlen sind meist wegen den geringen Zeiträumen und der Beschränkung auf einzelne Städte oder Regionen so gering, dass keine signifikanten Ergebnisse ermittelt werden können. Was die Definitionen betrifft, werden, wie oben erläutert wurde, sehr unterschiedliche Zeitintervalle betrachtet. „Einseitig vollendete gemeinsame Suizide“ werden manchmal als gemeinsame Suizide, von anderen Autoren aber als „erweiterte Suizide“ angesehen, was erhebliche Auswirkungen auf die Auswertung der Daten hat und eine Vergleichbarkeit oder die Erstellung von Metaanalysen äußerst erschwert bis unmöglich macht.

Es wurde in der vorliegenden Arbeit gezielt auf die Definition eines Zeitintervalles verzichtet. Hierbei wurde sich der Ansicht von Joiner angeschlossen, dass die „Kontinuität des Prozesses“ entscheidend ist, und diese natürlich auch noch besteht, wenn der Täter an seinem eigenen Suizid gehindert wird oder dieser scheitert und er erst nach längerer Zeit dazu kommt, den Suizid durchzuführen.

Er sprach auch die „N+1“-Regel an (3), d.h. wenn man z.B. eine Zeitspanne von einem Tag willkürlich festlegen würde, dürfte man konsequenter Weise bei einem Suizid, der nur geringfügig länger als einen Tag nach dem Homizid stattfand, nicht mehr von einem „erweiterten Suizid“ sprechen.

Außerdem war in der vorliegenden Arbeit nicht in allen Fällen sicher festzustellen, wie lang das Zeitintervall tatsächlich war, weil dies in den Akten, bzw. in der Vorgeschichte, häufig nicht genau erwähnt wurde oder auch unbekannt war, bzw. in den beiliegenden Ermittlungsberichten nicht ausdrücklich erwähnt wurde. Vor dem Hintergrund wäre es auch nicht möglich gewesen, in der vorliegenden Arbeit diesen Punkt zu berücksichtigen, selbst wenn dies beabsichtigt gewesen wäre.

Ansonsten wurde die in den meisten Studien genannte Definition von „erweiterten Suiziden“ nach Pollak für die vorliegende Arbeit zu Grunde gelegt.

Die gleichen Kritikpunkte und Einschränkungen, die in Hinblick auf internationale Studien zu nennen sind, lassen sich auch bezüglich der vorliegenden Arbeit nennen. Dazu zählen insbesondere der kurze Untersuchungszeitraum von 9 Jahren, die geringe Fallzahl von 17 Fällen und die Beschränkung auf Berlin. Dies lässt keine repräsentativen Zahlen und schon gar keine Hochrechnung auf das übrige Bundesgebiet zu.

Ein weiteres Problem liegt darin, dass evtl. nicht alle Fälle erfasst wurden. Für die Suche nach „erweiterten Suiziden“ wurde insbesondere die in den Obduktionsakten vorliegende Vorgeschichte genutzt, die kurz den Tatablauf zusammenfasst. Denkbar ist, dass in einzelnen Vorgeschichten die anderen Opfer des „erweiterten Suizides“ nicht erwähnt wurden und deshalb der kausale Zusammenhang eines „erweiterten Suizides“ nicht gemacht werden konnte. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Homizide und Suizide in zeitlicher Hinsicht zu lange auseinander lagen.

Zu diesem Kritikpunkt der geringen Fallzahl und der daraus resultierenden eingeschränkten Aussagekraft der ermittelten Daten ist zu sagen, dass ob der großen Anzahl an Obduktionsakten und der damit verbundenen Auswertung und Suche nach „erweiterten Suiziden“ eine Auswahl eines Zeitintervalls von 9 Jahren erfolgen musste. Der Anspruch der vorliegenden Arbeit war, eine erstmalige deskriptive und statistische Analyse von „erweiterten Suiziden“ in Berlin durchzuführen, auf der zukünftige Studien aufbauen sollten.

Entscheidend für die Einordnung als „erweiterter Suizid“ ist, dass vor dem gesamten Tatablauf die primäre suizidale Intention steht und der Suizid damit weder aus Reue noch aus der Intention heraus stattfinden darf, sich der Strafverfolgung zu entziehen. Um solche Motive mit der notwendigen Sicherheit für eine statistische Auswertung ermitteln zu können, bedarf es allerdings ausführlicher Informationen zu Ermittlungsergebnissen, am besten eines psychopathologischen Befundes und der Existenz von Abschiedsbriefen, was naturgemäß bei dem gewählten methodischen Vorgehen nicht unbedingt gegeben ist, wodurch oft auf Spekulationen und Wahrscheinlichkeiten zurückgegriffen werden muss. Vereinzelt fehlten Anteile der Obduktionsakten, wie z.B. der chemisch-toxikologische Befund. Auch Abschiedsbriefe und Ermittlungsergebnisse sind öfters nicht enthalten oder die letzteren sind äußerst knapp gehalten und beschränkten sich meist nur auf die anfänglichen Ermittlungen. Die

Frage, die wie oben erwähnt insbesondere bei männlichen Tätern aufkommt, ob der Suizid nicht doch aus der Intention einer Reue oder der Angst vor Strafverfolgung heraus erfolgt, ist meist sehr schwer zu beantworten, insbesondere, wenn der Abschiedsbrief der Akte nicht beiliegt.

Weiterhin zeigte sich bei der Auswertung, dass neben den Motiven auch viele weitere, für das Verständnis von „erweiterten Suiziden“ wesentliche Variablen meist nicht erfasst werden konnten, darunter zählten psychiatrische Erkrankungen und Hinweise auf häusliche Gewalt in der Vergangenheit, Informationen über Bildung, Beruf, finanzielle Situation, kriminelle Vorgeschichte und Konflikte.

Einige Fälle blieben deshalb auch fragliche „erweiterte Suizide“ und konnten nicht in der Auswertung berücksichtigt werden.

Es sei nicht ausgeschlossen, dass es sich tatsächlich um „erweiterte Suizide“ handelte. Da nicht alle Fälle beschrieben werden können, erfolgte eine Auswahl von Fällen, die stellvertretend für andere stehen können.

Unter die fraglichen „erweiterten Suizide“ fallen z.B. diejenigen Fälle, bei denen nicht eindeutig ermittelt werden konnte, ob es gemeinsame oder „erweiterte“ Suizide waren. Es konnte in den Fällen nicht geklärt werden, ob einer der Beteiligten beide erschossen hatte oder sich beide nacheinander töteten. Diese Frage stellte sich auch, wenn beide Ehepartner an einer Insulinintoxikation verstarben.

Eine Mutter wurde tot neben ihrem toten zwei Monate alten Kind aufgefunden. Hier blieb der gesamte Tatablauf unklar, insbesondere weil kein Zugang zu Ermittlungsakten bestand. Das Kind starb wohl an der Kombination von Nahrungsentzug und Kokainintoxikation, die Mutter wahrscheinlich an einer Betäubungsmittelintoxikation.

Weiterhin fällt unter diese Kategorie ein Fall, bei dem der Suizid wahrscheinlich aus der Intention heraus erfolgte, sich der Strafverfolgung zu entziehen. Hierbei handelte es sich um einen Streit zwischen zwei Cousins. Ein anderer Täter rief vor seinem Suizid seine Tochter an und sprach von der Ermordung seiner Lebensgefährtin und dass er nicht noch einmal ins Gefängnis wolle und deshalb den Suizid begehen wolle. Wenn dies stimmen sollte, handelt es sich nicht um einen „erweiterten Suizid“.

Ein anderer Streit fand an S-Bahn-Gleisen statt und endete damit, dass beide Beteiligte auf die Gleise fielen und vom Zug überrollt wurden. Hierbei ist aber nicht klar, ob es sich um einen Unfall oder um einen „erweiterten Suizid“ handelte.

Ein Mann stürzte sich von einem Hochhaus hinab, nachdem er zwei Monate neben der aufgebahrten Leiche seiner Lebensgefährtin in der Wohnung lebte. Es war nicht eindeutig zu klären, ob die Frau sich erhängt hatte oder erdrosselt wurde. Allerdings ist das Zeitintervall für einen „erweiterten Suizid“ sehr lang, was nicht daran lag, dass der Suizid durch äußere Intervention unterbunden wurde. Das spricht dafür, dass die suizidale Intention erst nach dem Tod der Frau entstand.

Weitere ähnliche Fälle können an dieser Stelle nicht erwähnt werden.

Insgesamt zeigte sich hier aber wieder, dass in vielen Fällen zusätzliche Informationen wie Ermittlungsergebnisse oder Abschiedsbriefe benötigt werden, um eine sichere Zuordnung zu einem „erweiterten Suizid“ durchzuführen. Insbesondere kriminaltechnische Informationen über Schmauchspuren könnten eine Zuordnung zudem weiter erleichtern.

„Unvollendete erweiterte Suizide“ (5) wurden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt. Hierbei überlebten entweder die Opfer oder der Täter. Hier ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass viele Fälle bei einer auf Obduktionsakten basierenden Recherche nicht erfasst werden, v.a. wenn in der Vorgeschichte bei einem Suizid nicht erwähnt wird, dass vorher z.B. eine versuchte Tötung erfolgte oder im Falle eines Mordes in der Vorgeschichte nicht erwähnt wird, dass der Täter versucht hatte, sich zu töten. Denkbar sind natürlich auch Fälle, bei denen sowohl Täter, als auch Opfer überleben. Diese werden auf Grund des methodischen Vorgehens an Hand von Obduktionsakten selbstverständlich überhaupt nicht erfasst. Des Weiteren muss man natürlich die Problematik erwähnen, einzuschätzen, ob wirklich eine Tötungsabsicht des späteren Suizidenten bestand oder es sich um eine schwerwiegende Körperverletzung ohne Tötungsabsicht gehandelt hat. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob der Täter wirklich beabsichtigt hatte, beim Suizidversuch zu sterben, oder es sich um eine Art Hilferuf handelte. Hier könnten Abschiedsbriefe und Vorankündigungen des Täters weiterhelfen. Zur Untersuchung von „unvollendeten erweiterten Suiziden“ bietet sich eher die Analyse von psychiatrischen Akten als methodisches Vorgehen an.

Nun soll auf Gründe eingegangen werden, warum Opfer oder Täter überleben.

Ein möglicher Grund kann darin liegen, dass nach der Tötungshandlung die geplante Suizidhandlung durch die Intervention Außenstehender unterbrochen worden ist (5). Es ist auch möglich, dass „die heteroaggressive Energie nach der Tötungshandlung so „erlahmen“ kann, dass eigenes suizidales Handeln aufgrund Antriebslosigkeit nicht

mehr möglich ist“ (5). Resnick stellte fest, dass es nach Fällen von „filicides“, die unter „altruistischer“ Motivation oder im Rahmen einer Psychose ausgeübt werden, oft zu einem „immediate relief of tension“ käme, so dass die Eltern ihren eigenen Suizid nicht mehr durchführen (50). Auch andere Autoren erklären sich einige Fälle von „unvollendeten erweiterten Suiziden“ dadurch, dass die „suizidale Dynamik“ nach der Tötung anderer verloren geht (18).

Joiner konstatierte, dass der Suizid eine größere Hürde als ein Mord darstelle und auf Grund der Unfähigkeit zur Durchführung des geplanten Suizides die Tathandlung abgebrochen werden könne und eventuell eine lange Zeit später dann doch noch erfolgen könne, was Joiner als wichtigen Grund für die Ablehnung einer definitiven Zeitspanne im Rahmen der Definition von „erweiterten Suiziden“ aufführt: „ (...) killing oneself is even harder than killing someone else (...) “ (3).

Weiterhin kann die gewählte Methode für die Tötung des Kindes als „Suizidmethode“ der erwachsenen Person „unzureichend“ sein (4). Zum Beispiel können die gewählten Dosierungen der Medikamente zwar den Tod des Kindes, aber nicht den Tod des Täters verursacht haben (18).

Nicht unerwähnt lassen darf man natürlich die Möglichkeit einer Schutzbehauptung. Es ist möglich, dass der Täter nach dem Mord versucht, seine Tat zu relativieren, in dem er sie in den Kontext eines „erweiterten Suizides“ stellt (83).

Bien, der Fälle von „unvollendeten erweiterten Suiziden“ analysierte, kam in seiner Studie zum Ergebnis, dass „die Mehrzahl der unvollendeten erweiterten Suizide (...) sowohl in der Literatur als auch bei der eigenen Kasuistik von Frauen verübt (werden)“ (18). In der Regel waren die Kinder in diesen Fällen die Opfer. Seine Literaturrecherche nach „unvollendeten erweiterten Suiziden“ ergab eine Anzahl von 80 Täterinnen und 15 Täter. Allerdings wird sich hier auf Daten aus den Jahren 1950 bis 1982 bezogen (18). Wie oben schon erwähnt wurde, war der Anteil von weiblichen Tätern in früheren Jahren auch bei den „vollendeten erweiterten Suiziden“ höher. Daher ergibt sich an dieser Stelle ein weiterer Forschungsbedarf, um diesen Zusammenhang beurteilen zu können.

Liem et al. weisen in ihrer Studie zu unvollendeten „erweiterten Suiziden“ mit Bezug auf internationale Studien darauf hin, dass „demographische Charakteristika“ der „erweiterten Suizide“ ansonsten sehr ähnlich zu denen von unvollendeten „erweiterten Suiziden“ seien (11). Sie selbst konnten in ihrer Auswertung ermitteln, dass jedenfalls bei „filicide-parasuicides“ weibliche Täter in der Überzahl waren. Die Autoren führten

dies auf die Verwendung von „less lethal suicide methods“ durch die Täterinnen zurück (11).

An dieser Stelle sollen nur ein paar Fälle als Beispiele erwähnt werden.

Ein Täter versuchte seine Freundin mit mehreren Messerstichen zu töten und sich selbst dann genauso umzubringen. Er starb dabei, während seine Freundin schwer verletzt überlebte. Ein Täter verletzte zunächst seine aktuelle Ehefrau lebensgefährlich, dann fuhr er mit einem LKW in den Blumenladen seiner früheren Ehefrau, die dabei schwer verletzt wurde. Er selbst brachte sich dann in der JVA um. Ein anderer Täter erschlug seine Lebensgefährtin, versuchte aber anschließend die Tat zu verschleiern, bevor er wohl versuchte, sich über eine Medikamentenintoxikation zu töten.

Eine Mutter brachte ihren geistig und körperlich behinderten Sohn mittels einer Medikamentenintoxikation und Schnittverletzungen der Handgelenke um und versuchte sich dann selbst mit einer Medikamentenintoxikation zu töten, die sie überlebte. Als Grund nannte sie u.a., dass die Unterbringung des Sohnes in einem Heim bevorstand und dies für ihn keine lebenswerte Perspektive darstellen würde. Außerdem hätte er selbst in den Himmel gezeigt, was sie angeblich als Todeswunsch interpretierte.

Abschließend ist zu bemerken, dass das methodische Vorgehen, an Hand von Obduktionsakten eine Analyse durchzuführen, gerade in Deutschland sehr etabliert ist, trotz der oben geäußerten Kritikpunkte. Die meisten Studien aus Deutschland, die in der Diskussion zitiert wurden, basieren auf Obduktionsakten. Dies erlaubt eine vollständigere Erfassung von Fällen in einer Stadt oder Region, als eine auf Zeitungsartikeln basierende Recherche, da evtl. nicht über alle Fälle berichtet wurde (22). Außerdem sind natürlich mehr und auch verlässlichere Informationen zu den einzelnen Fällen ermittelbar.

Man muss über einen interdisziplinären Ansatz von Studien unter Zusammenarbeit von Rechtsmedizinern, Kriminologen und Psychiatern nachdenken, sodass neben Obduktionsbefunden auch psychopathologische Befunde, Ermittlungsergebnisse, Ergebnisse von Gerichtsverfahren, Abschiedsbriefe und auch Zeitungsartikel berücksichtigt werden, um ein möglichst vollständiges Bild dieser hoch komplexen Taten zu erhalten. Des Weiteren ist dies notwendig, um Motive und Intentionen, die für die Definition von „erweiterten Suiziden“ noch notwendig sind, überhaupt erfassen zu können.

Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass es gerade in Deutschland keine überregionalen Studien zu „erweiterten Suiziden“ gibt. In zukünftigen Studien muss man den Versuch unternehmen, größere Gebiete zu betrachten. Ein zentrales deutschlandweites Register, in dem alle „erweiterten Suizide“ registriert werden, würde diese Aufgabe erleichtern.

5.4. Prävention

5.4.1. „Risk assessments“

Für präventive Zwecke ergibt sich insbesondere die Notwendigkeit eines „risk assessments“ (9), z.B. in Gestalt von Fragebögen, mit denen eventuell Menschen erfasst werden können, die ein hohes Risiko besitzen, Opfer eines „erweiterten Suizides“ zu werden (29) oder einen „erweiterten Suizid“ durchzuführen.

Diese Fragebögen müssten auf der Grundlage der bekannten Risikofaktoren erstellt werden. Vor allem bei zwei Risikotypen muss im besten Fall im weiteren Verlauf eine engmaschige Therapie erfolgen. Ihnen sollten Schusswaffen unzugänglich gemacht werden und ihnen sollte Hilfe bei der Bewältigung von Ehekrisen zuteilwerden sowie Unterstützung bei der Pflege von kranken Familienmitgliedern ermöglicht werden (8). Bei Eigen- oder Fremdgefährdung dieser Risikogruppen muss schließlich eine „involuntary hospitalization“ durchgeführt werden (10): „A middle-aged man who is recently separated (...) and who is depressed and has access to firearms“ und „an older man who is the primary caregiver for a spouse who is ill (...), where there is a recent onset of a new illness in the male, depression, and access to firearms“ (9).

5.4.2. Erkennung und Prävention von häuslicher Gewalt

„Domestic violence shelters“ für Opfer von häuslicher Gewalt stellen auch einen wichtigen Faktor für die Prävention von „erweiterten Suiziden“ dar, gerade vor dem Hintergrund, dass häusliche Gewalt und Konflikte wesentliche Risikofaktoren darstellen (30), insbesondere gilt dies für „filicide-suicides“, bei denen dieser Risikofaktor sogar bedeutender ist als eine „mental illness“ (72). Dies würde bei „Präventionsstrategien“ noch nicht ausreichend Beachtung finden. Sie würden sich eher auf den Risikofaktor „mental illness“ konzentrieren (72). Cheung et al. betonen, dass dies auch für „erweiterte Suizide“ älterer Menschen gelte, was häufig nicht ausreichend Beachtung fände (110). Bourget et al. weisen mit Bezug auf die Ergebnisse der internationalen

Studien zu dem Thema ebenfalls auf eine „continuation of spousal violence into old age“ hin (67), sie selbst konnten in ihrer Datenauswertung bei 15% der Fälle „spousal violence“ feststellen (67). Weiterhin weisen die Autoren darauf hin, dass gerade bei älteren Menschen bestehende Depressionen häufig zu selten „diagnostiziert“ und „behandelt“ werden (67).

5.4.3. Erkennung einer suizidalen Intention

Insbesondere der Aspekt, dass eine größere Ähnlichkeit zwischen „erweiterten Suiziden“ und reinen Suiziden besteht als zu reinen Tötungsdelikten, ist für die Erkennung von Risikopatienten sehr wichtig. Joiner weist darauf hin, dass Ärzte gezielt nach „agitation, insomnia, nightmares, and marked social withdrawal“ fragen sollten, die auf ein erhöhtes „Suizidrisiko“ hinweisen würden (3). Flynn et al. konstatierten, dass Ärzte fatalerweise oftmals nicht nach Depressivität, Suizidalität oder „Gewalt gegenüber anderen Menschen“ fragen, insbesondere aus Angst davor, Gewalttaten auszulösen (111).

5.4.4. Problem der Stigmatisierung depressiver Personen und Aufklärung

Die Autoren einer Studie sprachen die „Tabuisierung“ an, die mit dem Thema „erweiterter Suizide“ verbunden ist und die Notwendigkeit, dem in der Öffentlichkeit mit Hilfe von Aufklärung entgegenzuwirken (22). Von dem Knesebeck et al. konnten nachweisen, dass nach dem Germanwingsabsturz „some stigmatizing attitudes towards persons with a depression“ „zugenommen“ hätten (87), was wiederum dazu führen könne, dass Betroffene sich nicht in ärztliche Behandlung begäben (87).

Es existiert bisher vorwiegend englischsprachige, für die Allgemeinbevölkerung nur schlecht zugängliche, wissenschaftliche Literatur über das Thema „erweiterte Suizide“. Thomas Joiner machte einen ersten Versuch, einen kompletten, verständlichen Überblick über das Thema zu geben. Weitere Ansätze dieser Art, auch in deutscher Sprache, sind notwendig, insbesondere damit in der Bevölkerung nicht die Assoziation entsteht, dass depressive Menschen zu Gewalttaten neigen, was wiederum dazu führt, dass Betroffene seltener Hilfe in Anspruch nehmen (112).

5.4.5. Rolle der Medien

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die „murder-suicide“- Rate über die Jahre hinweg relativ konstant geblieben ist. Das gestiegene mediale Interesse scheint dagegen einen Anstieg der Rate vorzutäuschen (9).

Bei reinen Suiziden konnte eine australische Studie eine Zunahme der Häufigkeit bei bestimmter Berichterstattung feststellen. Sie fanden heraus, dass es nach 39% der betrachteten „media items“ (Radio, Fernsehen, Zeitungsartikel) zu einem Anstieg der Häufigkeit von Suiziden durch Männer kommt, bei Frauen lag die Zahl bei 31%. Frauen wurden dabei stärker von Berichten über „Massensuizide“ oder „erweiterte Suizide“ beeinflusst (113). Stack konnte ebenfalls zeigen, dass Veröffentlichungen von Fällen von „mass murders“, darunter befanden sich auch Fälle von „murder-suicides“, zu einem Anstieg in der Suizidhäufigkeit geführt hätten (114).

Solche Nachahmungstaten sind durchaus auch in Gestalt von „erweiterten Suiziden“ möglich. In der Literatur werden z.B. sogenannte „murder-suicide clusters“ beschrieben, d.h. Häufungen von „erweiterten Suiziden“ v.a. in örtlicher Nähe eines Falles (68).

Phillips konnte zeigen, dass die Anzahl an „non-commercial aircraft accidents“ (115) nach der Veröffentlichung von Berichten über „erweiterte Suizide“ zunahm, v.a. wenn es sich um Zeitungsberichte handelte und insbesondere in den Staaten, in denen diese Berichte erschienen. „The more newspaper publicity devoted to a story, the more plane crashes followed it (115).“ Der Anstieg sei am dritten Tag nach der Veröffentlichung am größten (115). Die gleichen Aussagen treffen offenbar auch auf „motor vehicle fatalities“ zu: „The number of motor vehicle fatalities increased by 9,12% in the week after each story (116).“ Der große Einfluss der Medien auf die Häufigkeit von „terror-related suicides“ (95) wird in der Literatur ebenfalls betont.

Einen wichtigen Aspekt zeigen Flynn et al. auf. Sie weisen auf die oft „stereotype“ Darstellung von Tätern „erweiterter Suizide“ in den Medien hin, die zur „Stigmatisierung“ von „psychischen Erkrankungen“ beitrage und folglich auch zu größeren Barrieren für Betroffene beitragen könne, „Hilfe in Anspruch zu nehmen“ (112).

5.4.6. Therapeutische Aspekte

In Fällen einer weiterbestehenden „schweren depressiven Symptomatik“ oder auch im Falle einer Schizophrenie „mit suizidaler Dynamik“ kann eine „Unterbringung“ nach § 63 StGB notwendig werden, insbesondere um die Wiederholungsgefahr im Sinne eines

erneuten Suizidversuches zu reduzieren. Dies trifft aber v.a. auch auf die Fälle zu, in denen „weitere potentielle Opfer“ leben, um diese zu schützen (5). Als problematisch werden die geringen Erfahrungen angesehen bei der Behandlung der Täter (117).

5.4.7. Verhinderung von „filicide-suicides“ weiblicher Täter

Friedman et al. fanden heraus, dass viele Psychiater Mütter überhaupt nicht danach fragen, ob sie darüber nachdenken, ihrem Kind etwas anzutun (26). Sie fordern deshalb, dass Psychiater die Mütter explizit danach fragen, was im Falle eines Suizides mit ihren Kindern passieren wird und schlagen ein möglichst frühes „Screening“ zur Detektion einer möglichen Depression vor (26).

Des Weiteren müsse laut anderer Autoren die Existenz einer möglichen „postpartalen Bindungsstörung“ abgeklärt werden, da auch diese zusammen mit einer „postpartalen Depression“ und „einem geringen mütterlichen Selbstwirksamkeitserleben“ ein Risikofaktor für Infantizide darstelle (118). Weitere Strategien seien „parenting classes, emotional support, and emergency numbers to call when mothers are overwhelmed“ (26). Wie oben bereits erläutert wurde, muss diese Hilfe v.a. Eltern mit autistischen Kindern zu Teil werden (71).

5.4.8. Verhinderung von „erweiterten Suiziden“ männlicher Täter

In Anbetracht dessen, dass die meisten „erweiterten Suizide“ von Männern durchgeführt werden, fordern Oliffe et al. „men-centered interventions“ (52), z.B. den Abbau von Barrieren, die Männer davon abhalten, psychiatrische Hilfsangebote anzunehmen. Eine Option sei der Aufbau von „online mental health services“ (52). Zentral für die Prävention von „erweiterten Suiziden“ durch männliche und weibliche Täter ist, dass Tatankündigungen oder „Tatandrohungen“ ernst genommen werden (43).

5.4.9. Zentrale Register

Die Notwendigkeit eines zentralen Registers zur Erfassung von Fällen von „erweiterten Suiziden“, deren Häufigkeit und Epidemiologie, wird von vielen Autoren gefordert als Voraussetzung, um Präventionsstrategien entwickeln zu können (8). Bisher werden in vielen Ländern Suizide und Morde nur einzeln erfasst, ohne dass sie bei Vorliegen eines „erweiterten Suizides“ als Fälle miteinander „verlinkt“ werden (22). Außer dem beschriebenen „National Violent Death Reporting Systems“ in den USA existieren z.B.

auch das „National Homicide Monitoring Program“ in Australien, die „National Swiss Homicide and Suicide Database“ oder der „Dutch Homicide Monitor“ (105). Auch ein großes Verbesserungspotential bei der statistischen Erfassung von alleinigen Suiziden, insbesondere in Deutschland, wird in der Literatur konstatiert (119). Natürlich stellt sich bei solchen Statistiken die Frage der Verlässlichkeit, was auch für alleinige Suizide eine entscheidende Frage ist. Die Verlässlichkeit kann aber dadurch erhöht werden, in dem eine Datenbank geschaffen wird, an der unterschiedliche Disziplinen wie Rechtsmediziner, Toxikologen, Kriminologen, Psychiater und Polizeibeamte mitwirken. Sicher stellt sich die Frage der Datensicherheit und der Schweigepflicht. Mögliche Lösungsansätze könnten eingeschränkte Zugriffsrechte und Anonymisierung der Daten sein. Zumindest Informationen bezüglich der Häufigkeit sollten öffentlich zugänglich sein.

Weiterhin wird die Notwendigkeit einer „standardisierten Definition“ des „erweiterten Suizides“ gesehen (8). Gerade vor dem Hintergrund der vielfältigen regionalen Studien wird ersichtlich, dass viele Autoren unterschiedliche Definitionen und Begrifflichkeiten verwenden auf Kosten der Vergleichbarkeit (31). Mehrere Autoren fordern Studien mit höheren Fallzahlen, um Ergebnisse besser „statistisch“ analysieren zu können (120).

5.4.10. Eigene ICD-Diagnose

In der Literatur gibt es teilweise die Forderung nach einer eigenen ICD-Diagnose für „erweiterte Suizide“ (71), was sicherlich dazu beitragen kann, dieses Phänomen unter Ärzten bekannter zu machen.

5.4.11. Psychopathologischer Befund

Weiterhin erscheint es notwendig, falls möglich, bei jedem Fall eines „erweiterten Suizides“ einen psychopathologischen Befund zu erstellen (8), da die Voraussetzung für Präventivmaßnahmen eine genaue Kenntnis der Risikofaktoren und der Motive ist (71). Nach Lewis et al. sollte dies auch bei jedem Flugzeugunglück erfolgen, um Fälle von „aircraft-assisted suicides“ erkennen zu können und Präventionsstrategien verbessern zu können (85). „Collateral interviews“ (45) mit überlebenden Familienmitgliedern können Ermittlern wichtige Informationen zur Verfügung stellen, um solche „psychopathologischen Befunde“ zu erstellen und sich damit den Motiven zu nähern und auf dieser Grundlage Präventionsstrategien zu entwickeln. Weiterhin

müssen zukünftige Studien neben den „Risikofaktoren“ auch mögliche „protektive Faktoren“ ermitteln (121).

5.4.12. Besondere Aspekte in Bezug auf Polizeibeamte

Wie sich oben gezeigt hat, sollten auch Familien von Polizisten in der Präventionsarbeit stärker berücksichtigt werden (27). Insbesondere sollte laut Violanti v.a. das Problem der häuslichen Gewalt in den Familien der Polizisten schneller und konsequenter geahndet werden (27). Logan et al. sind der Ansicht, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Justizsystem besser ausgebaut werden sollte, um frühzeitig intervenieren zu können (44). In Zusammenhang mit dem Phänomen des „suicide-by-cop“ fordern Dewey et al. ein verbessertes Training und Aufklärung von Polizisten unter Beteiligung von „mental health providers“ (98b).

5.4.13. Zur Frage der Waffengesetze

Die Frage stellt sich, ob z.B. striktere Waffengesetze in Bezug auf „erweiterte Suizide“ präventiv wirken. Für England konnte dieser Effekt durch Travis et al. nicht gezeigt werden. Nach der Einführung von strikteren Waffengesetzen wurden Schusswaffen zwar nur noch bei 16% der „erweiterten Suizide“ verwendet, aber die Häufigkeit der „erweiterten Suizide“ blieb gleich. Andere Tötungsmethoden, wie z.B. Strangulationen, traten öfter auf (9). Wie weiter oben gezeigt wurde, ändern sich häufig im Falle von äußeren Interventionen die verwendeten Tötungsmethoden (15).

Es zeigt sich jedoch, dass die Häufigkeit von „erweiterten Suiziden“ in Ländern mit weniger restriktiven Waffengesetzen wie in den USA oder in der Schweiz höher ist (23) (31). Panczak et al. kamen bei ihrer Metaanalyse auf folgendes Ergebnis: „ (...) there was a strong correlation between the proportion of homicide-suicides involving firearms and the proportion of household owning at least one firearm in the country (...)“ (105). Vor diesem Hintergrund sehen viele Autoren die Notwendigkeit von schärferen Waffengesetzen (31) (122). Zumindest sollte diskutiert werden, keine „Waffenlizenzen“ an „high-risk groups“ auszugeben (110), wozu z.B. „psychisch kranke“ Menschen zählen (93). Um das zu ermöglichen, muss in der klinischen Praxis häufiger auf Screeningmethoden, z.B. in Gestalt eines „violence risk assessments“ (93), zurückgegriffen werden, um Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen.

5.4.14. Verhinderung von herbeigeführten Flugzeugabstürzen

Gerade bei Berufen, die mit einer großen Verantwortung für andere Menschen einhergehen, wie z.B. dem Beruf des Piloten, sind solche Risikoassessments insbesondere vor der Erteilung von Lizenzen, aber auch während der Berufslaufbahn, von entscheidender Bedeutung, wie Lewis et al. betonten (85). Von der Seite des Piloten werden im Wissen um die damit eventuell verbundenen Konsequenzen psychische Probleme allerdings oft verschwiegen. Gerade in Hinblick auf „aircraft-assisted suicides“ stelle sich die Frage, in wie weit der medizinische Begutachtungsprozess im Rahmen der Pilotenausbildung verbessert werden könnte, insbesondere was die psychiatrische Begutachtung betreffe. Die Autoren hoben hervor, dass die Suizide erst längere Zeit nach dem „medical certification process“, im Durchschnitt nach 14 Monaten, stattfanden. Sie forderten eine weitere Erforschung der Risikofaktoren, damit psychiatrische Erkrankungen auch besser erkannt werden könnten (85). Rice et al. vermuten in ihrer Studie, dass die meisten Erkenntnisse von „erweiterten Suiziden“, u.a. bezüglich der Risikofaktoren, auch auf „plane-assisted suicides“ anwendbar sein könnten (90).

Ein erster Schritt als Reaktion auf den Absturz der Germanwingsmaschine war zudem die Etablierung der „Zwei-Personen-Regel“, die aussagt, dass sich „zu jeder Zeit zwei Crewmitglieder im Cockpit befinden müssen“ (9).

5.4.15. Weitere Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit

Entscheidend ist, eine Isolation von älteren Ehepaaren zu verhindern. Insbesondere die Überzeugung, überfordert zu sein, nicht mehr alleine mit den eigenen Erkrankungen zurecht zu kommen und die Angst, die Selbstständigkeit zu verlieren, spielen für die Entscheidung, in den Tod zu gehen, eine zentrale Rolle. Es ist eine Aufgabe der Gesellschaft, solch eine Isolation zu verhindern, indem z.B. ein regelmäßiger Kontakt zwischen Nachbarn aufrechterhalten bleibt. Isolation ist auch eine wesentliche Ursache für die Entstehung von Depressionen, die wiederum Isolation fördern. Auch Ärzte müssen dazu beitragen, Isolation und Depression im Alter zu erkennen und dem entgegenzuwirken, durch eine Behandlung, aber auch durch das Aufzeigen und Organisieren von pflegerischer Unterstützung oder von Selbsthilfegruppen. Solche Möglichkeiten müssen weiter ausgebaut werden. Der Gesellschaft muss bewusst gemacht werden, dass Depressionen und Suizid im Alter häufiger werden, dieser Umstand wird zu oft negiert oder sogar tabuisiert, was solche Tragödien wie

„erweiterte“ oder auch „gemeinsame“ Suizide begünstigt. Man muss Vorankündigungen älterer Menschen bezüglich eines geplanten Todes, die durchaus häufig auch sehr direkt erfolgen, ernst nehmen und Unterstützung anbieten. Wie auch bei alleinigen Suiziden, kann es sich hierbei um einen Hilfeschrei handeln, der ernst genommen werden muss. Was die ärztliche Seite betrifft, ist die Notwendigkeit von Fragen bezüglich der psychischen Gesundheit, z.B. während einer „Check-up“- Untersuchung, zu fordern.

Es zeigte sich auch in der vorliegenden Studie, dass bei „erweiterten Suiziden“ am häufigsten Schusswaffen verwendet werden. In Deutschland existieren allerdings im Vergleich zu Ländern wie der Schweiz oder den USA bekanntermaßen sehr restriktive Waffengesetze, weshalb bezweifelt werden muss, ob noch weitere Verschärfungen der Gesetze „erweiterte Suizide“ in ihrer Häufigkeit überhaupt reduzieren würden. Jedenfalls sollten Einschränkungen des Zugangs zu Waffen bei Personen, bei denen ein erhöhtes Risiko für „erweiterte Suizide“ vorliegt und bei denen psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert wurden, erfolgen.

5.4.16. Fazit

Joiner kommt mit Bezug auf die Beobachtung, dass die Charakteristika von „erweiterten Suiziden“ denjenigen von Suiziden ähneln, zu folgendem wegweisenden Fazit: „Suicide prevention is also murder-suicide prevention (3).“

5.5. Begriffe, Definitionen, Unterformen und Abgrenzung

5.5.1. Kontroversen

Der Begriff „erweiterter Suizid“ wird in der deutschsprachigen Literatur sehr kontrovers diskutiert. Er sei Ausdruck der „Perspektive“ des Täters, da dessen Intention, sich das Leben zu nehmen, hier in den Vordergrund gerückt werde und die Opfer als solche keine Anerkennung erhielten, sondern allein als „Begleitumstände der Selbsttötung des Täters“ aufgefasst werden würden, was einer erheblichen Diskreditierung gleichkäme (5).

Auf Grund des „unscharfen“ Begriffes der „Erweiterung“ müssten viele weitere Phänomene ebenfalls Berücksichtigung finden, z.B. Fälle, in denen das eigene Haus in Brand gesetzt wird (5) oder die eigenen Tiere getötet werden (81).

Die Kontroversen bezüglich der Definition des Begriffes wurden schon weiter oben erwähnt. Es kann laut Foerster (5) v.a. als problematisch angesehen werden, dass Motive eine so große Rolle spielen bei der Definition, die allerdings im Nachhinein häufig nicht mehr eindeutig festgestellt werden können, insbesondere, was die Ermittlung einer primären suizidalen Intention betrifft. Foerster schlägt in dem Zusammenhang als neutralen Begriff „Tötung mit nachfolgendem Suizid“ (5) vor.

Auch Marzuk et al. sehen in dem Begriff „homicide-suicide“ eine zutreffendere Bezeichnung (8). In der englischsprachigen Literatur wird meist auf den Begriff „murder-suicide“ zurückgegriffen, den auch Joiner für am ehesten zutreffend ansieht (3). Hieran wäre allerdings der Begriff „Mord“ zu kritisieren, da auch dieser auf Grund der gesetzlich festgelegten Definition des Mordes (3) und seiner Kopplung an eine „heimtückische Handlung“, bestimmte Motive impliziert. Auch aus juristischer Sicht muss dies kritisch gesehen werden, wie oben erläutert wurde, da bei „erweiterten Suiziden“ nicht unbedingt ein Mord vorliegen muss. Es kann sich auch um Totschlag oder eine Tötung auf Verlangen handeln.

5.5.2. Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit stellte sich somit heraus, dass „Homizid-Suizid“ die am Besten zutreffende Bezeichnung für die Tötung einer Person mit nachfolgendem Suizid darstellt. In der englischsprachigen Literatur wird dieser Begriff inzwischen immer häufiger verwendet, obgleich „murder-suicide“ noch verbreiteter ist. Wie aber schon ausgeführt wurde, stellt „Mord“ schon eine Wertung dar, die man mit dem neutralen Begriff „Homizid“ umgeht. Von „erweiterten Suiziden“ sollte man in Zukunft nicht mehr sprechen, da sie zum einen die Perspektive des Täters wiedergeben, zum anderen müssten auch viele Unterformen mit einbezogen werden.

Bezüglich der Definition sollte man sich weiter nach derjenigen von Pollak richten (2). Obwohl die Probleme der nachträglichen Ermittlung von Motiven ausführlich diskutiert wurden, sollte weiterhin nur dann eine Einordnung als „Homizid-Suizid“ erfolgen, wenn wahrscheinlich eine „primäre suizidale Intention“ vorgelegen hat, die den gesamten Tatablauf bestimmt, und der Suizid eben nicht aus Reue oder um sich der Strafverfolgung zu entziehen, erfolgt ist. Diese Motive stellen die Kernpunkte der Entität „Homizid-Suizid“ dar. Auf eine zeitliche Einschränkung sollte verzichtet werden.

Zu den Unterformen habe ich mich auch schon ausführlich geäußert. Ich bin der Meinung, dass herbeigeführte Flugzeugabstürze und Amokläufe unter bestimmten Bedingungen unter den Begriff der „Homizid-Suizide“ fallen. Die Definition beinhaltet nicht die Notwendigkeit von engen Beziehungen zwischen Tätern und Opfern. Sofern die Intention, einen Suizid zu begehen, am Anfang des Tatablaufs steht, handelt es sich um einen „Homizid-Suizid“. Die durch Terroristen herbeigeführten Flugzeugabstürze würde ich vor dem Hintergrund der seit langem ungeklärten Frage, ob die Terroristen wirklich suizidal sind, genauso wie Selbstmordattentate nicht unter den Begriff der „Homizid-Suizide“ fassen.

Auch die Tötung von Tieren, sowie eine Brandverursachung, um sich selbst zu töten, fallen meiner Meinung nach nicht unter diesen Begriff.

Der Begriff „einseitig vollendeter gemeinsamer Suizid“ sollte, wie oben erläutert wurde, nicht mehr verwendet werden, und z.B. durch den Begriff „konsensueller Homizid-Suizid“ ersetzt werden (17). Darunter würden dann alle Fälle fallen, in denen einer der Beteiligten mit Einverständnis des anderen zunächst eine Tötung auf Verlangen begeht und sich dann selbst tötet. Solange Studien noch keine Evidenz dafür geschaffen haben, dass es sich hierbei um eine eigene Entität handelt, sollten die „konsensuellen Homizid-Suizide“ eine Unterkategorie von „Homizid-Suiziden“ darstellen und dabei, falls möglich, von den „nicht konsensuellen Homizid-Suiziden“ abgegrenzt werden (17). Wie gezeigt wurde, ergibt sich natürlich ein erhebliches Problem, im Nachhinein ein Einverständnis des Opfers nachvollziehen zu können. Bei der Recherche fiel auf, dass viele dieser vermeintlichen „einseitig vollendeten gemeinsamen Suizide“ äußerst brutal abliefen, woraus man fast schon schließen kann, dass hier wahrscheinlich keine Freiwilligkeit im Spiel war. Weiterhin wird dieser Begriff manchmal für die Tötung eines häufig an Demenz erkrankten Ehepartners mit anschließendem Suizid verwendet. Hier von möglichen freiwilligen Entscheidungen zu sprechen, erscheint vermessen, da bei fortgeschrittenem Krankheitsstadium häufig wichtige Entscheidungszentren des Gehirns beeinträchtigt sind und dadurch auch die Urteilsfähigkeit in Mitleidenschaft gezogen wird. Zum anderen fühlt sich der erkrankte Partner vielleicht dazu verpflichtet oder dazu gedrängt, der Tötung zuzustimmen, um dem Partner keine Last mehr zu sein. Auch vor diesem Hintergrund würde ich dieses Phänomen eher als Untergruppe der „Homizid-Suizide“ und nicht als eigene Entität betrachten.

Als dritte Gruppe müssen die „gemeinsamen Suizide“ genannt werden. Als Begriffsvorschlag würde ich hier eher von „koinzidenten Suiziden“ sprechen, definiert als zwei oder mehr Suizide, die in räumlicher und zeitlicher Nähe unter meist engen Bezugspersonen, in der jüngeren Vergangenheit allerdings auch zunehmend unter völlig fremden Personen, stattfinden und jeweils von eigener Hand ausgeführt werden. Problematisch bei dem Begriff „gemeinsam“ ist, dass dieser eine Freiwilligkeit bei beiden Suiziden impliziert. Wie aber ausgeführt wurde, kann angenommen werden, dass in den meisten Fällen doch ein Zwang (101) ausgeübt wird, ausgehend von einer Person. Außerdem würde ich konstatieren, dass die insbesondere bei langjährigen Ehen oftmals bestehenden ausgeprägten Abhängigkeiten gegen die Annahme von einer absolut freiwilligen Entscheidung sprechen würden. Weiterhin wurde das Phänomen des „induzierten Suizides“ angesprochen. Natürlich kann auch bei „Massensuiziden“ von Sekten meist nicht von Freiwilligkeit gesprochen werden.

5.6. Zukünftige Studien

Weitere Erkenntnisse müssen zu Unterformen oder Differentialdiagnosen des „erweiterten Suizides“ wie suizidale Flugzeugabstürze, Selbstmordattentate und Amokläufe gewonnen werden. Die Rolle der Medien sowie die Auswirkungen von Wirtschaftskrisen auf die Häufigkeit von „erweiterten Suiziden“ müssen weiter beleuchtet werden und es müssen Konzepte entwickelt werden, wie überlebende Täter bei „unvollendeten erweiterten Suiziden“ therapiert werden können und dadurch der Suizid oder weitere Morde verhindert werden können. Es mangelt auch an Informationen über die Therapie und den Umgang mit überlebenden Opfern oder Familienmitgliedern, die nicht primär Ziel des Täters waren. Weiterhin müssen zukünftige Studien klären, ob „einseitig vollendete gemeinsame Suizide“ eine eigene Entität darstellen und es bedarf weiterer Studien zu „gemeinsamen Suiziden“, insbesondere um zu klären, wie häufig sie in Deutschland sind und wie sich der Einfluss des Internets darstellt.

Weiterhin fiel auf, dass in Berlin im Vergleich zu internationalen Studien, häufiger ältere Täter „erweiterte Suizide“ begingen, obwohl der Altersdurchschnitt der Bevölkerung in Berlin im Vergleich gering ist. Studien müssen durch Vergleiche mit anderen Städten klären, ob eventuell z.B. defizitäre Strukturen medizinischer und pflegerischer

Versorgung oder eine überdurchschnittlich ausgeprägte Armut im Alter mögliche Gründe dafür darstellen.

In diesem Zusammenhang muss geklärt werden, ob „erweiterte Suizide“ in Zukunft vor dem Hintergrund des demographischen Wandels tatsächlich häufiger werden, wie einige Autoren annehmen (67).

Eine wichtige Frage, die aufgekomen war, ist, wie viele Schusswaffen in deutschen Haushalten tatsächlich gelagert werden und woher sie stammen. Um den Schusswaffengebrauch einzuschränken, müssen zukünftige Studien dieser Frage genauer nachgehen.

6. Zusammenfassung

„Ein erweiterter Suizid (Mitnahmesuizid, „homicide-suicide“) liegt vor, wenn eine zur Selbsttötung entschlossene Person einen (oder mehr) Menschen ohne dessen/deren Einverständnis oder gegen dessen/deren Willen in die Tötungshandlung einbezieht“ (2). Entscheidend ist, dass die suizidale Intention den gesamten Tatablauf auslöst (3). Viele Autoren legen eine definitive Zeitspanne zwischen Mord und Suizid zu Grunde (8). Spezielle Unterformen können Amokläufe und herbeigeführte Flugzeugabstürze darstellen.

„Erweiterte Suizide“ sind insgesamt ein seltenes Verbrechen und kommen z.B. in den USA mit einer Inzidenz von etwa 0,2-0,3/100000/Jahr vor (8) (9), trotz dieses Umstandes haben sie verheerende Auswirkungen auf das gesamte familiäre Umfeld und die Öffentlichkeit und lösen ein ausgeprägtes mediales Interesse aus (8). Internationale Daten zeigen auf, dass die meisten „erweiterten Suizide“ von Männern begangen werden und die Opfer meistens Frauen sind (8). Weibliche Täter töten im Rahmen von „erweiterten Suiziden“ eher ihre Kinder und nicht den Ehepartner, männliche Täter töten eher den Ehepartner (43). Als Tatwaffe wird in der Mehrzahl der Fälle auf Schusswaffen für den Mord und den Suizid zurückgegriffen (33). Das Zeitintervall zwischen den Tötungen liegt überwiegend bei unter einem Tag (23) und die Taten geschehen fast immer in den Wohnungen des Ehepartners oder des ehemaligen Partners (15).

Wichtige Risikofaktoren sind Depressionen beim Täter (47), häusliche Konflikte (44), Trennungen (7), häusliche Gewalt (15) und Zugang zu Schusswaffen.

Motive können insbesondere bei Täterinnen, die ihre Kinder töteten, eine „pseudoyaltruistische Haltung“ sein. Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, die Kinder nicht der für sie vermeintlich ungünstigen Zukunft auszuliefern. Bei männlichen Tätern, die ihre Ehepartner töten, spielt eher die Intention eine Rolle, sich an ihnen zu rächen und ihnen die Möglichkeit zu nehmen, mit einem neuen Partner eine Beziehung einzugehen (8). Joiner legte eine neue Klassifikation und Erklärung für „erweiterte Suizide“ vor. Er sieht als Grundlage für die Entstehung solcher Taten eine „pervertion of virtue“, d.h. eine falsche Annahme des Täters, im Sinne der Tugenden „mercy“, „justice“, „duty“ oder „glory“ zu handeln, an (3).

Die vorliegende deskriptive und statistische Analyse verfolgte die hauptsächliche Zielsetzung, das erste mal für das Bundesland Berlin die Häufigkeit und die Typologie von „erweiterten Suiziden“ zu ermitteln und die gewonnenen Erkenntnisse mit internationalen Daten zu vergleichen. Dafür wurden die Obduktionsakten des Rechtsmedizinischen Institutes der Charité und des Landesinstitutes für gerichtliche Medizin Berlin aus den Jahren 2005 bis 2013 ausgewertet. Unter den 17 diagnostizierten Fällen waren sieben Paare, die mindestens 80 Jahre alt waren. Bei sechs von ihnen war das Motiv bekannt. In vier Fällen handelte es sich um die Erkrankung der pflegebedürftigen Frau, in einem Fall um die Erkrankung des Ehemannes und in einem Fall um die Erkrankung von beiden. In allen sechs Fällen ergaben sich Hinweise auf einen möglicherweise gemeinsam getroffenen Entschluss. Die älteren Täter und Opfer starben an Schussverletzungen, Erwürgen, Ersticken mittels einer Stoffwindel und unter einer Plastiktüte, an Erdrosseln sowie an Erhängen. Bei den anderen 10 Fällen waren die Beteiligten jeweils unter 80 Jahre alt. Dominierende Motive waren Trennungen oder angedrohte Trennungen sowie finanzielle Probleme. Hier fanden sich als Todesursachen neben Schussverletzungen Halsstiche, Halsschnitte, Ersticken unter Plastiktüten und mittels CO₂-Kartuschen, in einem Fall Strangulation oder Ersticken oder Erwürgen. Insgesamt kam es bei acht Fällen zu Schusswaffengebrauch und nur zwei der Täter waren unter 50 Jahre alt, drei Täter waren sogar mindestens 80 Jahre alt. Auffällig war insbesondere der im Vergleich zu anderen Studien hohe Altersdurchschnitt.

Wichtige Einschränkungen der vorliegenden Studie und auch vieler weiterer zu diesem Thema publizierter Studien ergaben sich ob der niedrigen Fallzahlen und der Beschränkung auf eine Region.

Problematisch am methodischen Vorgehen auf der Basis von Obduktionsakten erwies sich die Ermittlung von Motiven, die entscheidend für die Einordnung als „erweiterter Suizid“ sind, insbesondere was die Entscheidung betrifft, ob die suizidale Intention wirklich am Anfang des Tatablaufs stand oder eine Selbsttötung auf Grund von Reue oder um sich der Strafverfolgung zu entziehen, erfolgte.

Weiterhin konnte nicht immer eine klare Abgrenzung zu „gemeinsamen Suiziden“ erfolgen.

Ein weiteres Problem sind die den internationalen Studien zugrundeliegenden unterschiedlichen Definitionen von „erweiterten Suiziden“.

In der Arbeit erfolgte der Vorschlag, zukünftig auf den Begriff des „erweiterten Suizides“ zu verzichten und stattdessen von „Homizid-Suiziden“ zu sprechen. Die etablierte Definition von Pollak sollte aufrechterhalten bleiben, auch die Forderung nach der „primären suizidalen Intention“ ist zur Abgrenzung der Entität notwendig.

Als Unterkategorie kann der „konsensuelle Homizid-Suizid“ (17) aufgefasst werden, bei dem eine Tötung auf Verlangen stattfindet.

Davon abgegrenzt werden muss der „gemeinsame Suizid“. Hier wird vorgeschlagen, zukünftig am Besten von „koinzidenten Suiziden“ zu sprechen.

Eine wesentliche Schlussfolgerung ist die Forderung nach zukünftigen überregionalen und interdisziplinären Studien unter Zusammenarbeit von Rechtsmedizinern, Psychiatern, Kriminologen und Polizeibeamten. Vor allem muss der Frage nachgegangen werden, warum der Altersdurchschnitt der Täter von „Homizid-Suiziden“ in Berlin hoch ist und welche medizinischen und pflegerischen Strukturen geschaffen werden müssen, damit es nicht zu solchen fatalen Entscheidungen kommt.

Des Weiteren erweist sich der Aufbau einer Datenbank in Deutschland mit statistischer Erfassung der Häufigkeit von „Homizid-Suiziden“ und von epidemiologischen Aspekten als sinnvoll.

Nur durch genaue Kenntnis der Häufigkeit und der Charakteristika von „Homizid-Suiziden“ lassen sich wirksame Präventionsstrategien verfolgen, was zur Verhinderung

von zukünftigen Verbrechen beitragen kann. Außerdem erscheint es als wichtig, die Bevölkerung über diese Verbrechen genauer aufzuklären, insbesondere um zunehmende Vorurteile gegenüber depressiven Menschen zu verhindern.

Entscheidend in Hinblick auf die Prävention von „Homizid-Suiziden“ bleibt die frühe Erfassung und Behandlung von depressiven Symptomen des Patienten und die direkte Frage des Arztes nach Suizidalität, wenn es Hinweise darauf gibt, sowie die Frage nach dem Schicksal der Familienmitglieder im Falle eines Suizides.

Gerade auf Grund der vielen Parallelen zwischen „Homizid-Suiziden“ und alleinigen Suiziden schloss Thomas Joiner auf folgendes Prinzip: „Suicide-prevention is also murder-suicide-prevention“ (3).

7. Literaturverzeichnis

1. Michalszik, P. Kleist. Dichter, Krieger, Seelensucher. Biographie. 1. Auflage. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH; 2012:457ff.
2. Pollak S. Rechtsmedizinische Aspekte des Suizids. Rechtsmedizin 2005;15:235-249.
3. Joiner T. The Perversion of Virtue. Understanding Murder-Suicide (E-Book). 1. Auflage. New York: Oxford University Press; 2014: 1-260.
4. Wolfersdorf M. Doppelsuizid. Charakteristika erweiterter suizidaler Handlungen (Internet). (zitiert am 14.07.16). URL:
www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn_redaktion.../26_32_1003.pdf
5. Foerster K. „Erweiterter Suizid“. Ein problematischer Begriff? Nervenarzt. 2009; 80:1078-1084.
6. Faust V. Doppel-Suizid (Internet). Psychiatrie heute. (zitiert am 14.07.16). URL:
www.psychosoziale-gesundheit.net
7. Witteck L. Der erweiterte Suizid unter psychologischen, soziologischen und strafrechtlichen Aspekten. JA. 2009;292:1-11.
8. Marzuk P, Tardiff K, Hirsch C. The epidemiology of murder-suicide. JAMA. 1992; 267:3179-83.
9. Eliason S. Murder-Suicide. A Review of the Recent Literature. J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37:371-376.
10. Palermo GB. Murder-Suicide-An Extended Suicide. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 1994;38(3):205-216.

11. Liem M, Hengeveld M, Koenraadt F. Domestic Homicide Followed by Parasuicide. A Comparison With Homicide and Parasuicide. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2009;53(5):497-516.
12. Byard R, Velhoen D, Kobus H, Heath K. „Murder-Suicide“ or „Murder-Accident“?. Difficulties with the Analysis of Cases. *J Forensic Sci*. September 2010;55(5):1375-1377.
13. Berman AL. Dyadic Death: A Typology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26(4): 342-350.
14. Mundt C. Pathologischer Altruismus, Narzissmus und Dissoziation als Vorbedingungen für Infantizid. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*. 2009;3:16-21.
15. Byard RW. Murder-Suicide. An Overview. In: Tsokos M, Hrsg. *Forensic Pathology Reviews (Vol. 3)*. Totowa: Humana Press; 2005: 337-347.
16. Koning ED, Piette MHA. A retrospective study of murder-suicide at the Forensic Institute of Ghent University, Belgium: 1935-2010. *Medicine, Science and the law*. 2014;54(2):88-98.
17. Frei A, Schönmeier L, Graf M, Völlm B. Homizid-Suizid und tödliche häusliche Gewalt in der Region Basel im Vergleich. *Psychiat Prax*. 2011;38:287-292.
18. Bien, Siegfried: Der unvollendete erweiterte Suizid. Untersuchung anhand psychiatrisch-forensischer Gutachten (Dissertation). Ulm: Fachbereich Medizin der Universität Ulm; 1984.
19. Lang JR. Tötungsdelikte an älteren Menschen über 60 Jahren in der Bundeshauptstadt Berlin (Jahreszeitraum 2000 bis 2010) (Dissertation). Berlin: Fachbereich Medizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin; 2014.
20. Lange E. Der mißlungene erweiterte Suizid. 1. Auflage. Jena: Fischer; 1964.1-92.

21. Geiger DW. Erweiterter Suizid. Genese der Tatsituation und Tatmotivation, Täter-Opfer-Beziehung. Kasuistische Beiträge aus der Gutachtenpraxis des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen (Berichtszeit 1964 bis 1985) (Dissertation). Tübingen: Fachbereich Medizin der Universität Tübingen; 1991.
22. Warren-Gordon K, Byers BD, Brodt SJ, Wartak M, Biskupski B. Murder Followed by Suicide: A Newspaper Surveillance Study Using the New York Times Index. *J Forensic Sci.* 2010;55(6):1592-1597.
23. Panczak R, Zwahlen M, Spoerri A, Tal K, Killias M, Egger M. Incidence and Risk Factors of Homicide-Suicide in Swiss Housholds: National Cohort Study. *PLoS ONE.* 2013;8(1):1-9.
24. Mathews S, Abrahams N, Jewkes R, Martin LJ, Lombard C, Vetten L. Intimate femicide-suicide in South Africa: a cross-sectional study. *Bulletin of the World Health Organization.* 2008;86:552-558.
25. Jensen LL, Gilbert JD, Byard RW. Coincident deaths: double suicide or murder-suicide? *Med Sci Law.* 2009;49:27-32.
26. Friedman S, Resnick PJ. Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry.* 2007;6:137-141.
27. Violanti JM. Homicide-Suicide in Police Families: Aggression full circle. *International Journal of Emergency Mental Health.* 2007;9(2):97-104.
28. Palermo G. The Ubiquity of Murder-Suicide. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2009;53:495-496.
29. Campbell J, Webster D, Koziol-McLain J, Block CR, Campbell D, Curry MA, Gary F, McFarlane J, Sachs C, Sharps P, Ulrich Y, Wilt SA. Assessing Risk Factors for Intimate Partner Homicide (Internet). *NIJ Journal/ Issue No. 250* (zitiert am 14.07.16). URL: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/jr000250e.pdf>

30. National Institute of Justice. Murder-Suicide in Families. (zitiert am 14.07.16).
URL: www.nij.gov/topics/crime/intimate-partner.../murder-suicide.aspx
31. Liem M, Barber C, Markwalder N, Killias M, Nieuwbeerta P. homicide-suicide and other violent deaths: An international comparison. *Forensic Science International*. 2011;207:70-76.
32. Violence Policy Center. American Roulette. Murder-Suicide in the United States (Internet). (zitiert am 14.07.16). URL: www.vpc.org/studies/amroul2012.pdf
33. Bossarte RM, Simon TR, Barker L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. *Injury Prevention*. 2006; 12(Suppl II): ii33-ii38.
34. Barraclough B, Harris EC. Suicide preceded by murder: the epidemiology of homicide-suicide in England and Wales 1988-92. *Psychological Medicine*. 2002;32: 577-584.
35. Liem MCA. Homicide followed by Suicide. An empirical analysis (Dissertation). Utrecht. Fachbereich Kriminologie der Utrecht Universität; 2010.
36. Oehme C. Statistisch-deskriptive Auswertung der Sektionsdaten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München aus dem Jahr 2007 (Dissertation). München: Fachbereich für Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität zu München; 2012.
37. Rieberg M. Multifaktorielle Analyse der von 1989 bis 2008 im Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg mittels Sektion untersuchten Schusstodesfälle (Dissertation). Hamburg: Fachbereich Medizin der Universität Hamburg; 2013.
38. Merzagora I, Travaini G, Battistini A, Pleuteri L. Murder-suicide in the province of Milan, Italy. criminological analysis of cases 1990-2009. *Med Sci Law*. 2011;51:87- 92.
39. Rasch W. Erscheinungsbild, Dynamik und Beurteilung des erweiterten Selbstmords. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft*. 1979;68(3):417-426.

40. Meier U. Der erweiterte Selbstmord mit seiner forensch-psychiatrischen Problematik (Dissertation). Köln: Medizinische Fakultät der Universität Köln; 1982.
41. Grüneberg P. Vorsätzliche Tötungsdelikte in Mecklenburg-Vorpommern 1970-2007 aus dem Untersuchungsgut des Institutes für Rechtsmedizin Greifswald unter besonderer Berücksichtigung der politischen Wende 1989 (Dissertation). Greifswald: Fachbereich Medizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; 2010.
42. Kegler SR: Applying the compound Poisson process model to the reporting of injury-related mortality rates. *Epidemiologic Perspectives & Innovations*. 2007;4:1-9.
43. Hellen F, Lange-Asschenfeldt C, Huckenbeck W, Hartung B. Der „erweiterte Suizid“. Vollendete Homizid-Suizide unter psychopathologischen und kriminologischen Aspekten. *Nervenarzt*. 2014;85:1144-1150.
44. Logan J, Hill HA, Black ML, Crosby AE, Karch DL, Barnes JD, Lubell KM. Characteristics of Perpetrators in Homicide-followed-by-Suicide Incidents_ National Violent Death Reporting System-17 US States, 2003-2005. *American Journal of Epidemiology*. 2008;168(9):1056-1064.
45. Knoll JL, Hatters-Friedman S. The Homicide-Suicide Phenomenon: Findings of Psychological Autopsies. *J Forensic Sci*. 2015:1-5.
46. Burgess AW, Sekula K, Carretta CM. Homicide-Suicide and Duty to Warn. *Psychodynamic Psychiatry*. 2015;43(1): 67-90.
47. Rosenbaum M. The Role of Depression in Couples Involved in Murder-Suicide and Homicide. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1036-1039.
48. Roma P, Pazzelli F, Pompili M, Lester D, Girardi P, Ferracuti S. Mental Illness in Homicide-Suicide: A Review. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012;40:462-468.
49. Galta K, Olsen SL, Wik G. Murder followed by suicide: Norwegian data and international literature. *Nord J Psychiatry*. 2010;64:397-401.

50. Resnick PJ. Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *Amer. J. Psychiat.* 1969;126:73-82.
51. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-Suicide: Common Factors in Parents Who Kill Their Children and Themselves. *I AM Acad Psychiatry Law.* 2005;33:496-504.
52. Oliffe JL, Han CSE, Drummond M, Maria ES, Bottorff JL, Creighton G. Men, Masculinities, and Murder-Suicide. *Am J Mens Health.* 2014:1-13.
53. Yanowitch RE, Bergin JM, Yanowitch EA. Aircraft as an instrument of self-destruction. *Aerosp. Med.* 1973;44:675-678.
54. Goldney RD. Homicide and Suicide by aircraft. *Forensic Science International.* 1983;21:161-163.
55. Patton CL, McNally MR, Fremouw WJ. Military Versus Civilian Murder-Suicide. *Journal of Interpersonal Violence.* 2015:1-25.
56. Dölling D. Die Kindstötung unter strafrechtlichen Aspekten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol.* 2009;3:32-36.
57. BGH, Urt. v. 10.03.2006 - 2 StR 561/05-, *NStZ* 2006, 338, juris.
58. Schroeder F. Beihilfe zum Selbstmord und Tötung auf Verlangen. *ZStW* 106. 1994;3:565-580.
59. BGH, Urt. v. 14.08.1963 -2 StR 181/63-, *BGHSt* 19, 135, juris.
60. AG Tiergarten, Urt. v. 13.09.2005 – (237) 1 Kap Js 2655/04 Ls (19/05) - , *MedR* 2006, 298, juris.

61. Behrens KB. Aspekte des Hamburger Suizidgeschehens. Eine forensisch-epidemiologische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Alterssuizide, der Suizide durch Sprung von der Köhlbrandbrücke sowie der Hinterlassenschaft von Abschiedsbriefen (Dissertation). Hamburg: Fachbereich Medizin der Universität Hamburg; 2009.
62. Herden A. Zur Phänomenologie der Obduktionen im Zentrum der Rechtsmedizin in Frankfurt am Main 1999-2001 (Dissertation). Frankfurt am Main: Fachbereich Medizin der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main; 2008.
63. McNally MR, Patton CL, Fremouw WJ. Mining for Murder-Suicide: An Approach to Identifying Cases of Murder-Suicide in the National Death Reporting System Restricted Access Database. *J Forensic Sci.* 2015:1-4.
64. Verteletti A, Russo MC, De Ferrari F. Homicide-suicide in Brescia County (Northern Italy): A retrospective study from 1987 to 2012. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2014.25:62-66.
65. Durchschnittsalter der Einwohnerinnen und Einwohner in Berlin am 31. Dezember 2014 nach Ortsteilen und Jahren (Internet). (zitiert am 17.07.16). URL: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2015/SB_
66. Cohen D, Llorente M, Eisdorfer C. Homicide-Suicide in Older Persons. *Am J Psychiatry.* 1998;155:390-396.
67. Bourget D, Gagné P, Whitehurst L. Domestic Homicide and Homicide-Suicide: The Older Offender. *J AM Acad Psychiatry Law.* 2010;38:305-11.
68. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: Strategies for prevention. *Clinical Interventions in Aging.* 2007;2(3):441-452.
69. Kalesan B, Mobily ME, Vasan S, Siegel M, Galea S. The Role of Interpersonal Conflict as a Determinant of Firearm-Related Homicide-Suicides at Different Ages. *Journal of Interpersonal Violence.* 2016:1-17.

70. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Carlesi C, Nuti A. Violent and criminal manifestations in dementia patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16:541-549.
71. Coorg R, Tournay A. Filicide-Suicide Involving Children With Disabilities. *J Child Neurol.* 2013;28:745-751.
72. Holland KM, Brown SV, Hall JE, Logan JE. Circumstances Preciding Homicide-Suicides Involving Child Victims: A Qualitative Analysis. *Journal of Interpersonal Violence.* 2015;1-23.
73. Shields LBE, Rolf CM, Goolsby ME, Hunsaker JC. Filicide-Suicide. Case Series and Review of the Literature. *Am J Forensic Med Pathol.* 2015;36(3): 210-215.
74. Lewis CF, Bunce SC. Filicidal Mothers and the Impact of Psychosis on Maternal Filicide. *J Am Psychiatry Law.* 2003;31:459-470.
75. Hömberg SM. Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern (Infantizid). Retrospektive Untersuchung für den Zeitraum 1994-2007 (Dissertation). Bonn: Fachbereich Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn; 2011.
76. Madea B. *Praxis Rechtsmedizin.* 2. Auflage. Heidelberg: Springer; 2007:1-712.
77. Hochmeister M, Grassberger M, Stimpfl T.: *Forensische Medizin für Studium und Praxis.* 2. Auflage. Wien: Maudrich; 2007.
78. Wirth I, Strauch H. *Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis.* 2. Auflage. Heidelberg: Verlagsgruppe Hüthig-Jehle-Rehm; 2006.
79. Faller-Marquardt M, Pollak S. Gemeinschaftlicher Suizid mit Schussabgabe in die Scheitelregion. *Rechtsmedizin.* 2000;10: 148-152.

80. Sautter J, Gapert R, Tsokos M, Oesterhelweg L. Murder-suicide by carbon dioxide (CO₂) poisoning: a family case from Berlin, Germany. *Forensic Sci Med Pathol.* 2014;10:97-102.
81. Cooke BK. Extended Suicide With a Pet. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2013;41: 437-443.
82. Connolly JF, Cullen A, McTigue O. Single road traffic deaths-accident or suicide? *Crisis.* 1995;16(2):85-89.
83. Foerster K. Der sog. „erweiterte Suizid“-ein problematischer Begriff?. In: Michalke R, Hrsg. Festschrift für Rainer Hamm zum 65. Geburtstag am 24. Februar 2008. 1. Auflage. Berlin: De Gruyter Rechtswissenschaften Verlags-GmbH; 2008:83-100.
84. Schwark T, Severin K, Grellner W. „I am flying to the stars“-suicide by aircraft in Germany. *Forensic Sci Int.* 2008;179:e75-78.
85. Lewis RJ, Johnson RD, Whinnery JE, Forster EM. Aircraft-assisted pilot suicides in the United states, 1993-2002. *Arch Suicide Res.* 2007;11:149-61.
86. Vuorio A, Laukkala T, Navathe P, Budowle B, Eyre A, Sajantila A. Aircraft-assisted pilot suicides: lessons to be learned. *Aviat Space Environ Med.* 2014; 85:841-846.
87. von dem Knesebeck O, Mnich E, Angermeyer MC, Kofahl C, Makowski A. Changes in depression stigma after the Germanwings crash-Findings from German population surveys. *Journal of Affective Disorders.* 2015;186:261-265.
88. Politano PM, Walton RO. Analysis of NTSB Aircraft-Assisted Pilot Suicides: 1982-2014. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2016;46(2).234-238.
89. Bills, CB, Grabowski JG, Li G. Suicide by aircraft: a comparative analysis. *Aviat. Space Environ. Med.* 2005;76:715-719.

90. Rice TR, Sher L. Preventing plane-assisted suicides through the lessons of research on homicide and suicide-homicide. *Acta Neuropsychiatrica*. 2015;1-4.
91. Haines J, Williams CL, Lester D. Murder-suicide: A reaction to interpersonal crises. *Forensic Science International*. 2010;202:93-96.
92. Sheehan IS. Are Suicide Terrorists Suicidal? A Critical Assessment of the Evidence. *Innoc Clin Neurosci*. 2014;11(9-10):81-92.
93. Sher L, Rice T. Prevention of homicidal behaviour in men with psychiatric disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2015;16:212-229.
94. Miller L. The Terrorist Mind: A Psychological and Political Analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2006; 50(2):121-138.
95. Grimland M, Apter A, Kerkhof A. The Phenomenon of Suicide Bombing. A Review of Psychological and Nonpsychological Factors. *Crisis*. 2006;27(3):107-118.
96. Lankford A. Précis of The Myth of Martyrdom: What Really Drives Suicide Bombers, Rampage Shooters, and Other Self-Destructive Killers. *Behavioral and Brain Sciences*. 2014;37:351-393.
97. Lester D. Murder-Suicide in Workplace Violence. *Psychological Reports: Disability & Trauma*. 2014;115(1):28-31.
98. Van Wormer K, Odiah C. The psychology of suicide-murder and the death penalty. *Journal of Criminal Justice*. 1999;27(4):361-370.
- 98b. Dewey L, Allwood M, Fava J, Arias E, Pinizzotto A, Schlesinger L. Suicide by Cop: Clinical Risks and Subtypes. *Archives of Suicide Research*. 2013;17(4):448-461.
99. Mielke U. Heimtücke gegenüber Kindern – Anmerkungen zum Begriff des erweiterten Suizids (Internet). aus *NStZ* 1996, 477. (zitiert am 14.06.16). URL: www.beck-online.beck.de/Bcid/Y-300-Z-NSTZ-B-1996-S-477-N-1

100. BGH, Beschl. v. 14.11.2007 – 2 StR 458/07 (LG Marburg), NSTZ 2008, 275, juris.
101. Rosenbaum M. Crime and Punishment- The Suicide Pact. Arch Gen Psychiatry. 1983;40:979-982.
102. Dhawane SG, Bardale RV: Dying together. A study of suicide pacts. Journal of Forensic Medicine, Science and Law. 2011; 20(1).
103. Rajagopal S. Suicide pacts and the internet. Complete strangers may make cyberspace pacts. BMJ. 2004;329:1298-1299.
104. Brown M, Barraclough B. Epidemiology of suicide pacts in England and Wales. BMJ.1997;315:286-7.
105. Panczak R, Geissbühler Michael, Zwahlen M, Killias M, Tal K, Egger M. Homicide-suicides compared to homicides and suicides: Systematic review and meta-analysis. Forensic Science International. 2013;233:28-36.
106. Carreta CM, Burgess AW, Welner M. Gaps in Crisis Mental Health: Suicide an Homicide-Suicide. Archives of Psychiatric Nursing. 2015;29:339-345.
107. Fishbain D, Bruns D, Lewis JE, Disorbio JM, Gao J, Meyer LJ. Predictors of Homicide-Suicide Affirmation in Acute and Chronic Pain Patients. Pain Medicine. 2011;12:127-137.
108. McPhedran S, Eriksson L, Mazerolle P, De Leo D, Johnson H, Wortley R. Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison With Homicide-Only and Suicide-Only Cases. Journal of Interpersonal Violence. 2015:1-25.
109. de Castro Bins HD, Döler C, Teitelbaum PO. Homicide followed by suicide: case report. Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul. 2009;31(2).

110. Cheung G, Hatters Friedman S, Sundram F. Late-Life homicide-suicide: a national case series in New Zealand. *Psychogeriatrics*. 2016;16:76-81.
111. Flynn S, Gask L, Appleby L, Shaw J. Homicide-suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(2):877-884.
112. Flynn S, Gask L, Shaw J. Newspaper reporting of homicide-suicide and mental illness. *BJPsych Bulletin*. 2015;39:268-272.
113. Pirkis JE, Burgess PM, Francis C, Blood RW, Jolley DJ. The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Social Science & Medicine*. 2006;62:2874-2886.
114. Stack S. The effect of publicized mass murders and murder-suicides on lethal violence, 1968-1980. A research note. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1989;24(4):202-208.
115. Phillips DP. Airplane accident fatalities increase just after newspaper stories about murder and suicide. *Science*. 1978;201:748-750.
116. Phillips DP. Motor vehicle fatalities increase just after publicized suicide stories. *Science*. 1977;196:1464-1465.
117. Manjula M, Chandrashekar CR: Filicide as a part of extended suicide-An experience of psychotherapy with the survivor. *Indian J Psychiatry*. 2014;56(2):194-196.
118. Hornstein C, Hohm E, Trautmann-Villalba P. Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*. 2009; 3:3-10.
119. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Laido Z, Meise U, Ibelhäuser A, Van Audenhove C, Reynders A, Kocalevent RD, Kopp M, Dosa A, Arensman E, Coffey C, van der Feltz-Cornelis Cm, Gusmao R, Hegerl U. Suicide registration in eight European countries: A

qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*. 2010;202:86-92.

120. Bell CC, McBride DF. Commentary: Homicide-Suicide in Older Adults-Cultural and Contextual Perspectives. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2010; 38: 312 -17.

121. Goranson A, Boehnlein J, Drummond D. Commentary: A Homicide-Suicide Assessment Model. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012;40:472-475.

122. Seleva O, Putkonen H, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Homicide-suicide - An event hard to prevent and sperate from homicide or suicide. *Forensic Science International*. 2007;166: 204-208.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Milan Raoul Zimmermann, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „„Erweiterte Suizide“ in Berlin zwischen 2005 und 2013. Eine Obduktionsstudie“ 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) 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.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

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

Danksagung

Hiermit möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Tsokos, dem Direktor des Institutes für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Landesinstitutes für gerichtliche Medizin Berlin, sehr für die Betreuung der Promotion danken.

Die Promotion ist meinen Eltern Mechthild Zimmermann und
Dr. jur. Ralph Göbel-Zimmermann gewidmet.