

te, wurde ihm die Krebsdiagnose verschwiegen (Csef 2016). Er hat sie bis zu seinem Tod nie erfahren. Auch die letzte – todbringende Erkrankung – eine Thrombose, wurde ihm als Diagnose nicht mitgeteilt. Ähnlich wurde mit dem Suizid von Michael Mann verfahren. Sein Tod und die Todesursache Suizid wurden seiner noch lebenden Mutter nicht mitgeteilt. Dies, obwohl Michael Mann im Familiengrab in Zürich beerdigt wurde und Katia Mann zu dieser Zeit in Zürich lebte. Die Meister der Sprache blieben also bei wesentlichen existenziellen Herausforderungen erschreckend sprachlos (Lahme 2015; Reich-Ranicki 2005).

Literatur:

- Albrecht F (2009) Klaus Mann der Mittler. Studien aus vier Jahrzehnten. Bern: Lang
- Blödorn A., Marx, F. (Hrsg.), (2015). Thomas-Mann-Handbuch. Leben-Werk-Wirkung. Metzler, Stuttgart/Weimar
- Böhm KW (1991) Zwischen Selbstzucht und Verlangen. Thomas Mann und das Stigma Homosexualität. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Csef H (2016) Sigmund Freud und Thomas Mann als Krebskranke. Eine vergleichende Darstellung ihrer Krankheitsverarbeitung. Psychodyn Psychother 15:75-79
- Fulton B (2009) Klaus Mann: Das Scheitern am „mißrateten Leben“. Untersuchungen zum Identitätskonstrukt Klaus Manns. Dissertation. Wien: Deutsche Philologie
- Görner R (2005) Thomas Mann. Der Zauber des Letzten. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler
- Harppecht K (1995) Thomas Mann. Eine Biographie. Reinbek: Rowohlt
- Koopmann H (Hrsg.) (2005) Thomas-Mann-Handbuch. Frankfurt: Fischer
- Kurzke H (2002) Thomas Mann. Das Leben als Kunstwerk. Eine Biographie. 3. Aufl. Frankfurt: Fischer
- Lahann B (2014) Am Todespunkt. Berlin: Dietz
- Lahme T (2015) Die Manns. Geschichte einer Familie. Frankfurt: Fischer
- Mann F (2008) Achterbahn. Ein Lebensweg. Reinbek: Rowohlt
- Mann K (1975/1987) Briefe und Antworten. 1922-1949. Hrsg. v. M. Gregor-Dellin. Edition Spangenberg. München: Ellermann
- Mann K (2000) Kind dieser Zeit. Autobiografie. Transmare Verlag, Berlin 1932. Erweiterte Neuauflage. Reinbek: Rowohlt
- Mann K (2006) Der Wendepunkt. Ein Lebensbericht. 1952. Erweiterte Neuauflage, hsgg. und Nachwort von F. Kroll. Reinbek: Rowohlt
- Mann Th (1974/1990) Gesammelte Werke. Frankfurt Fischer
- Michaelsen S (2008) Bei Thomas Manns Tod war sein Enkel froh. Interview mit Frido Mann. DIE WELT vom 27.4.2008
- Naumann U (2006) Klaus Mann. Überarbeitete Neuauflage. Reinbek: Rowohlt
- Prater DA (1995) Thomas Mann – Deutscher und Weltbürger. Biographie. München/Wien: Hanser

- Reich-Ranicki M (2005) Thomas Mann und die Seinen. Stuttgart, München: Dtsch Verlagsanstalt
- Schaenzler N (1999). Klaus Mann. Eine Biographie. Frankfurt/New York: Campus
- Yang R (1996) Ich kann einfach das Leben nicht mehr ertragen: Studien zu den Tagebüchern von Klaus Mann 1931-1949. Marburg: Tectum
- Wedler H (2013) Suizidalität in der Literatur – einige Beispiele. Suizidprophylaxe 40:124-129
- Wedler H (2016) Suizid kontrovers. Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft. Stuttgart: Kohlhammer
- Willemsen R (1986) Der Selbstmord. Briefe, Manifeste, Literarische Texte. Köln: Kiepenheuer & Witsch

Korrespondenzadresse:

Professor Dr. med. H. Csef
Schwerpunktleiter Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Zentrum für Innere Medizin, Medizinische Klinik und Poliklinik II
Oberdürrbacher Straße 6
97080 Würzburg
E-Mail: Csef_H@ukw.de

Berichte

„Erweiterter Suizid“ am Kiepenkerl Kategorisierung, Biographische Rekonstruktion, Suizidprophylaxe

Franz-Josef Hücker

Zu beklagen sind fünf Tote, eine beachtliche Zahl von Verletzten und weitere Menschen, deren Zahl einen weiten Radius füllen wird und nicht überschaubar ist. Menschen, die eine gewisse Zeit, manche lebenslang mit dieser traumatischen Erfahrung leben müssen. Die in der Regel auch medial unbeantwortet gebliebene Frage: Warum? Substantiiert beantworten lässt sich diese nur scheinbar schlichte Frage mit einer Psychologischen Autopsie, eingerahmt in die verdichteten Erkenntnisse vom Wesen des Suizids, in denen die Antwort aufscheint.¹

Kategorisierung

In der Nähe von Niederrissen (Landkreis Ahrweiler, Eifel) springt ein 34-jähriger Mann aus Nordrhein-Westfalen mit seiner vierjährigen Tochter von einer 50 Meter hohen Brücke in den Tod (WAZ online, 05.02.2012); ein 44-jähriger Mann tötet im Allgäu seine

beiden Söhne im Alter von vier und zehn Jahren, nimmt sich selbst das Leben durch Strangulation und lässt seine Ehefrau und die 16-jährige Tochter des Paares unverehrt (Stern online, 13.08.2012); ein 69 Jahre alter Mann tötet in Berlin seine 28-jährige Frau und seine beiden Söhne im Alter von drei und sechs Jahren und sich selbst. Seine elf Monate alte Tochter wurde von ihm kurz vor der Tat gesund und in gepflegtem Zustand in der Babyklappe des Waldkrankenhauses in Spandau abgegeben und überlebte das Familiendrama (BZ online, 24.08.2012); in Essen tötet eine 41-jährige Frau ihre siebenjährige Tochter und dann sich selbst im Bett ihrer Tochter, in beiden Fällen mit „massiven und tödlichen Halsverletzungen“ (Welt online, 12.08.2012); allein im August 2012 seien bei sieben ähnlichen Fällen zwölf Kinder infolge von Gewaltverbrechen gestorben, berichtet die Frankfurter Rundschau (online, 22.08.2012).

Nur scheinbar ähnliche Fälle, bei denen es keine pauschale Antwort nach dem „Warum“ geben kann. Familiendramen, die meist nur ein regionales Medienecho haben. Fallzahlen sind nicht bekannt. Ursächlich dafür ist, dass in Deutschland bei den Erweiterten Suiziden in der sich an der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO (World Health Organization) orientierenden Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes der „Täter oder die Täterin“ als „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ (ICD-Code, X60-X84) registriert wird, die „Tötungsdelikte“ bei der Todesursache „Tätlicher Angriff“ (ICD-Code, X85-Y09). Eine statistische Verknüpfung ist zudem ausgeschlossen, weil es für jeden Todesfall nur einen Totenschein mit einer Todesursache gibt.

Während beim Suizid die Sterbeziffer je 100.000 Einwohner in den Jahren 1980 bis 2015 um einen Mittelwert von 16,1 [min. 11,4 (2007); max. 24,0 (1981)] pendelte, ist die Frage nach der Zahl der darin enthaltenen Erweiterten Suizide also nicht zu beantworten. Internationale Studien lassen jedoch vermuten, wie häufig der Erweiterte Suizid erfolgt. Die Ergebnisse dieser Studien liegen oftmals zwischen den Sterbeziffern 0,2 und 0,3 mit einer beachtlichen regionalen Streuung in dem Land, das von der Studie in den Blick genommen wurde.

Die Bezeichnung „Erweiterter Suizid“ ist strittig, kaum eine Studie, die diese Kategorie nicht problematisiert (Foerster 2009). Unter anderem, weil bei den Opfern der Tötungshandlung das „Sterben durch eigene Hand“ (Definition des Suizids) absolut unzutreffend ist. Ungeachtet dessen wird in der einschlägigen Literatur ein „Erweiterter Suizid“ angenommen, wenn eine zur

Selbsttötung entschlossene Person einen anderen Menschen (oder mehrere) ohne dessen (deren) Einverständnis in seine Tötungshandlung einbezieht. Um Präzisierung bemüht, wird in der rechtswissenschaftlichen Literatur „Mitnahmesuizid“ bevorzugt, im angelsächsischen Sprachraum „Homicide Suicide“ oder „Murder Suicide“ als beschreibende Begriffswahl, in denen auch die tatsächliche Dynamik von Tötungsdelikt(en) und Selbsttötung aufscheint.

Anders als die meisten Erweiterten Suizide weisen einige ein beachtliches Medienecho auf und sind fest im öffentlichen Gedächtnis verankert. So etwa der am 24. März 2015 in den französischen Alpen abgestürzte „Germanwings Flug 9525“ mit 150 Todesopfern, der oftmals erwähnt wurde, als es um den Erweiterten Suizid im westfälischen Münster ging. Dazu heißt es in einer gemeinsamen Presseerklärung der Staatsanwaltschaft Münster und der Polizei Münster vom 08.04.2018 03:11: „Am Samstag, 07.04.18, fuhr um 15:27 Uhr ein silbergrauer Campingbus im Zentrum von Münster in eine Gruppe von Menschen, die sich im Außenbereich einer Gaststätte aufhielt. Dabei wurden zwei Personen getötet und mehr als 20 zum Teil schwer bis hin zur akuten Lebensgefahr verletzt. Ums Leben gekommen sind bei dieser Tat eine 51-jährige Frau aus dem Kreis Lüneburg und ein 65-jähriger Mann aus dem Kreis Borken. Unmittelbar im Anschluss an die Tat richtete sich der Täter mit einer Schusswaffe selbst.“ – Rund drei Wochen später wird mitgeteilt: „Die Amokfahrt am 7. April 2018 in Münster hat leider ein weiteres Todesopfer gefordert. Ein 74-jähriger Mann aus Hamm ist am heutigen Vormittag in einem Münsteraner Krankenhaus seinen schweren Verletzungen erlegen.“ (Innenministerium NRW, Twitter 26.04.2018) – Und Ende Juli wird durch das Innenministerium mitgeteilt: „Die Amokfahrt von Münster hat ein weiteres Todesopfer gefordert. Ein 56-Jähriger aus d. Niederlanden ist gestern seinen Verletzungen erlegen.“ (Innenministerium NRW, Twitter 30.07.2018)

Nach der „Amokfahrt“ wird der Fahrer in Zeitungsartikeln zunächst als Jens R. aus Münster erwähnt, später mit vollem Namen aus dem Sauerland. Warum der Täter den Vorplatz des Restaurants als Ziel seiner Todesfahrt gewählt habe, sei unklar, eine Beziehung des Täters zum Tatort nicht feststellbar, sagt die Polizei. Nach Analyse und Auswertung vorliegender Dokumente, Spuren und Aussagen seien die Ermittlungsbehörden sicher, der 48-Jährige habe in Suizidabsicht gehandelt. In seiner Wohnung hätten die Beamten ein über einen Balken gelegtes Hanfseil mit Henkersknoten gefunden, was ein

Hinweis auf die Suizidabsicht sei. Weiterhin, dass er sich unmittelbar nach dem Stillstand des Fahrzeugs erschossen habe.

Der Mann habe vor der Tat keine eindeutige Suizidabsicht dargelegt oder gegenüber Dritten geäußert. An Dritte übersandte Nachrichten enthielten keine ausdrückliche Ankündigung einer Selbsttötung, seien jedoch Ausdruck einer zumindest temporären psychischen Labilität. Ebenso gebe es keine Anhaltspunkte für ein fremdaggressives Verhalten des Täters. Und das Medieninteresse erlischt, nachdem die Behörden erklärten, die Ermittlungen hätten keine Hinweise auf eine politische Motivation des Täters oder auf mögliche Mittäter ergeben.

Ein Suizid qualifiziert sich als Erweiterter Suizid, wenn die Todesursache definierte Merkmale aufweist. Dazu zählen nach Pollak (2005: 237), dass eine zur Selbsttötung entschlossene Person einen (oder mehr) Menschen ohne dessen Einverständnis oder gegen dessen Willen in die Tötungshandlung einbezieht, die „rasche Aufeinanderfolge von Fremd- und Selbsttötung“, „Homizid“ und „Suizid“ werden meist am selben Ort oder in räumlicher Nähe begangen. Bevorzugte Methode der anschließenden Selbsttötung seien bei den Männern das Erschießen und Erhängen. Keine erweiterten Suizide seien Suizide mit einvernehmlicher Partnertötung oder Selbsttötungen, die erst im Anschluss an einen Homizid verübt werden und wesentlich von Reue, Schuldgefühl und Furcht vor Strafe bestimmt sind.

Biographische Rekonstruktion

Der zum Zeitpunkt der Tötungsdelikte und seines Suizids ledige und kinderlose 48-jährige Jens R. ist am 1. Mai 1969 im Sauerland (Westfalen) in der Kleinstadt Olsberg geboren, in der Landgemeinde Madfeld als Einzelkind aufgewachsen und hat die Schulzeit am Petrinum in der Mittelstadt Brilon mit dem Abitur abgeschlossen. Nach Aussagen früherer Freunde soll er in seiner Jugend weder in noch außerhalb der Schule auffällig geworden sein.

Nach der Beendigung seiner Schulzeit hat er an der Fachhochschule Münster Design studiert, das Studium als Diplom-Designer (FH) abgeschlossen, sich im Anschluss daran selbstständig gemacht und in einem Mehrfamilienhaus in der Innenstadt von Münster gewohnt. Er gewann Preise, besaß einige Patente und lebte zeitweise nicht nur in Münster, sondern auch in Pirna und Heidenau bei Dresden im Freistaat Sachsen. Er besaß fünf Fahrzeuge, darunter einen „VW T5 Multivan“,

das spätere Tatfahrzeug, und galt als wohlhabend. – Ob er Wehrdienst geleistet hat, also mit Schusswaffen vertraut war, kann das Freiburger Militärarchiv (E-Mail, 30.05.2018) weder ausschließen noch bestätigen. „Möglicherweise hat Jens R. nie Wehrdienst geleistet oder er wurde nach Ablauf des Wehrdienstes ausgemustert und die Akte wurde nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von fünf Jahren vernichtet.“

Jens habe eine tolle Kindheit gehabt, betont sein Vater. Als Designer hätten sie gemeinsam Stühle entworfen. In einem Telefongespräch mit der Welt (09.04.2018) beschreibt der Vater die Beziehung zu seinem Sohn mit den Worten: „Bis vor circa drei Jahren hatten wir noch das beste Verhältnis zu ihm. Alles ist in bester Ordnung gewesen – bis zum Ausbruch dieser Krankheit.“ – „Es war eine Krankheit, die ihn in zwei Welten hat leben lassen“, sagt der 79-jährige Möbeldesigner der Deutschen Presse-Agentur. „Er bildete sich etwas ein, was das Gegenteil der Wirklichkeit war.“ Er habe schon 2015 von Selbstmord gesprochen. Diese psychische Krankheit habe seinen Sohn zu der Tat getrieben. Erwähnt wird auch ein Suizidversuch, der vor dem Suizid erfolgt sein soll, jedoch ohne nähere Angaben.

Sein Sohn sei aber nicht gewalttätig gewesen, sagt der Vater. Er sei vor zweieinhalb Jahren (2015) nach einem Sturz im Treppenhaus seines Wohnhauses in Münster am Rücken operiert worden. Die Operation habe drastische gesundheitliche Folgen gehabt. Davon habe er sich nie erholt. „Er konnte nicht mehr arbeiten. Da hat er sehr drunter gelitten.“ Und sein Sohn sei in psychiatrischer Behandlung gewesen. „Er ist nicht oder falsch behandelt worden. Vielleicht hat er Medikamente bekommen, die die falschen Nebenwirkungen hatten.“ Der Vater bestätigte einen Bericht des „Spiegel“, wonach er 2015 dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Münster erklärt habe, sein Sohn sei suizidgefährdet. „Er hat damals am Telefon gesagt, es gehe ihm sehr schlecht.“ Da sei der Satz gefallen: „Vielleicht lebe ich ja nicht mehr lange.“ Danach habe der Sohn seinen Vater wegen Verleumdung angezeigt, berichtet der „Spiegel“. Nach dem Sturz im Treppenhaus habe er Ärzten später Behandlungsfehler vorgeworfen. Laut „Spiegel Online“ setzte er danach etliche Schreiben an Behörden, Bekannte und Nachbarn auf und beschuldigte zahlreiche andere Menschen, für seinen Zustand verantwortlich zu sein.

In den Jahren 2014 bis 2016 wurde der 48-Jährige mehrfach verklagt. Drei Verfahren bei der Staatsanwaltschaft in Münster, zwei bei der Staatsanwaltschaft in

Arnsberg. Dabei ging es um Bedrohung (Tatzeitpunkt 19.11.2014, Verfahren der Staatsanwaltschaft Arnsberg), das unerlaubte Entfernen vom Unfallort (Tatzeitpunkt 16.04.2015), eine Sachbeschädigung (Tatzeitpunkt 16.06.2015), eine weitere Bedrohung (Tatzeitpunkt 09.07.2016, Verfahren der Staatsanwaltschaft Arnsberg) sowie um Betrug (Tatzeitpunkt 09.11.2016). „Die Verfahren der Staatsanwaltschaft Arnsberg betreffen jeweils Auseinandersetzungen im familiären Bereich“, erläutert die Leitende Oberstaatsanwältin Elke Adomeit von der Staatsanwaltschaft Münster. „Sämtliche Verfahren wurden mangels hinreichenden Tatverdachts eingestellt.“ Und es habe „keine Anhaltspunkte auf eine stärkere kriminelle Intensität“ gegeben.

Ende März 2018 meldet sich Jens R. per E-Mail unter anderem bei einem Nachbarn. Aus dem Inhalt sollen sich Hinweise auf suizidale Gedanken ergeben haben, aber keinerlei Anhaltspunkte für die Gefährdung anderer Personen. Die davon in Kenntnis gesetzte Polizei sucht seine Wohnanschrift auf, trifft allerdings niemand an. Nachbarn geben an, ihn längere Zeit nicht mehr gesehen zu haben. Der übervolle Briefkasten und ein Zettel („Ich bin unterwegs. Tür aufbrechen auf eigene Gefahr.“) hätten ebenfalls darauf hingedeutet, dass er längere Zeit nicht mehr Zuhause gewesen sei. Auch bei einer anderen Wohnanschrift öffnete niemand. Seinen Verbleib konnte die Polizei bis zum Tatzeitpunkt nicht ermitteln. Die Stadt Münster teilt mit, er habe in dieser Zeit Kontakt zum Gesundheitsamt gehabt. Ende März 2018 sei der 48-Jährige unangemeldet auf dem Amt erschienen und habe ein umfangreiches selbst verfasstes Schreiben vorgelegt. Im Gespräch und aus dem Inhalt des Schreibens hätten sich jedoch keine Hinweise auf eine drohende Suizidgefahr oder Fremdgefährdung ergeben.

Bei der Durchsuchung der Wohnungen in Münster und Pirna (Sachsen) findet die Polizei ein 18-seitiges Schreiben, das von Polizei und Staatsanwaltschaft als Ankündigung eines Suizids gedeutet wird. Darin heißt es, er sei als Kind von seinen Eltern drangsaliert worden, sie hätten ihn isoliert. Im Alter von sieben Jahren habe er sich zum ersten Mal gewünscht, tot zu sein. Er habe unter Schuldkomplexen, Verhaltensstörungen und Aggressionsausbrüchen gelitten. Er berichtet von Panikattacken, Alkoholmissbrauch und aggressiven Übergriffen. Er erwähnt die Rücken-Operation und wirft den Ärzten Behandlungsfehler vor. Infolgedessen habe er unerträgliche Schmerzen gehabt, sei nicht wieder richtig gesund geworden. Nicht nur von seinen Eltern habe er sich getäuscht gefühlt. Auch von seinem sozialen Umfeld. Sei-

nen Freunden wirft er vor, ihn bespitzelt zu haben. Seine Kunden sollen nicht alle Rechnungen bezahlt haben. Darüber hinaus finden die Ermittler mehrere Gasflaschen sowie Kanister mit Bioethanol und Benzin, das erwähnte Seil mit dem Henkersknoten und manch andere Dinge, die Menschen normalerweise weder besitzen noch in ihrer Privatwohnung aufbewahren. Zu welchem Zweck das alles in der Wohnung aufbewahrt worden sei, das sei Gegenstand der andauernden Ermittlungen, sagt die Polizei. Bislang hätten sich keine Hinweise auf eine politische Motivation des Täters oder auf Mittäter ergeben. Es gebe aber Hinweise, dass die Ursachen für die Tat in der Persönlichkeit des Täters begründet seien. – Bestätigt vom Vater, nach dem sein Sohn Jens unter einer schweren Nervenkrankheit gelitten habe. „Eine Art Schizophrenie. Er litt unter Bewusstseinsveränderung und unter Verfolgungswahn. Er hat sich Dinge eingebildet, die überhaupt nicht stimmen, die keinen Sinn ergaben.“ Er habe sich um seinen Sohn gekümmert, ihn zu Ärzten gefahren. Es habe auch einige „Lichtblicke“ gegeben, aber Jens habe sich immer wieder abgeschottet. In einem Talkshow-Beitrag über paranoide Schizophrenie erinnert ihn das in der Sendung beschriebene Verhalten an seinen Sohn. „Er muss in seinem Kopf durch die Krankheit Höllenqualen gehabt haben“, so der Vater. „Die Krankheit hat ihn zu dieser Tat und in den Tod getrieben.“ Vor „dieser Tat“ verbietet der Sohn seinen Eltern, ihn anzurufen. Bricht den Kontakt mit seinen Eltern ab. Einen festen Wohnsitz habe sein Sohn schon länger nicht mehr gehabt, ergänzt der Vater. Vor einem Vierteljahr sei der letzte Kontakt zu ihrem Sohn erfolgt. Das endgültige Motiv von Jens R. sei, so der Leiter der Ermittlungskommission, KHK Joachim Poll: die Selbsttötung. – Aus Polizeikreisen zum Motiv des Täters: „Der Mann hatte in der Vergangenheit schon einmal geäußert, Suizid zu begehen. Dieser sollte spektakulär sein.“ (WELT online, 08.04.2018)

Der für den Erweiterten Suizid gewählte Ort, das „Kiepenkerl-Denkmal“, ist das Standbild eines reisenden Händlers in der historischen Innenstadt der gut 300.000 Einwohner zählenden westfälischen Großstadt Münster und befindet sich dort seit 1896 auf dem Spiekerhof. Der Name leitet sich von der Kiepe ab, einer Rückentraße aus Holz und Korbgeflecht, mit der die Kiepenkerle zu Fuß über Land gingen. – Kiepenkerle wurden umherziehende Händler zwischen Sauerland und Hamburg genannt, die zum fahrenden Volk gehörten. Sie brachten Nahrungsmittel in die Städte und versorgten die ländlichen Gebiete mit Nachrichten und anderen Waren. – Die Traditionslokale um das „Kiepenkerl-

Denkmal“ heißen „Großer Kiepenkerl“ und „Kleiner Kiepenkerl“. Der Platz inmitten enger Gassen ist ein beliebter Treffpunkt. Besonders bei gutem Wetter sitzen und stehen dort viele Menschen im Freien.

Während die Traditionsgaststätte „Großer Kiepenkerl“ als Tatort noch tagelang geschlossen bleibt, erfolgt bereits am Sonntag, dem 8. April 2018, um 19:30 Uhr im St.-Paulus-Dom ein ökumenischer Gedenkgottesdienst für die Opfer der „Amok-Fahrt“ in Münster. Dort bedankt sich Bischof Felix Genn bei allen Helfern und betet für die Opfer und deren Familien. Und er nimmt in seine Gedanken und sein Gebet ausdrücklich auch den „Amokfahrer“ und dessen Familie auf: „Auch im Leben dieses Mannes ist ein Schrei zu vermuten.“

Suizidprophylaxe

Die Kategorisierung des Suizids von Jens R. als Erweiterter Suizid und die als Biographische Rekonstruktion überschriebene Psychologische Autopsie erhellen, was für diesen spezifischen Suizid ursächlich gewesen sein könnte. Wie in der Vielzahl anderer bekannter Fälle erklären sie jedoch nicht den Erweiterten Suizid. Diese Frage beantwortet sich allerdings auch gewissermaßen von selbst, weil nach der Lesart des Erweiterten Suizids die Tötungsdelikte grundsätzlich den vollendeten Suizid voraussetzen. Dazu finden sich in der einschlägigen Literatur und in Studien oftmals Hinweise, die zumindest implizit anmahnen, den Erweiterten Suizid in Suizidologie und Angewandter Suizidprophylaxe konturierter in den Fokus zu nehmen als das nicht nur nach der hier vertretenen Positionierung der Fall ist. Vor diesem Hintergrund und insbesondere im Blick auf den erörterten Suizid ist ausklingend eine Auswahl von Studien zu erwähnen, die geeignet scheinen, das Behauptete sehr gut zu belegen. Die geradezu eindringlich darauf verweisen, wie der hier exemplarisch erörterte Suizid samt Tötungsdelikten und Traumatisierungen hätte verhindert werden können.

Einer der Geburtshelfer der kognitiven Verhaltenstherapie, der US-amerikanische Psychotherapeut Donald Meichenbaum (2017), betont nach der Evaluation suizidgefährdeter Patienten in seinen Leitlinien unter anderem die Bedeutung der „therapeutic alliance“ („What are you doing to establish a therapeutic alliance with the suicidal Patient?“) und des „fellow traveler“ („In what ways have you become a ‚fellow traveler‘ in understanding the developmental pathways, the inner experiences of pain and shame, and the goal-directed behaviors behind the present suicidal urges and acts?“) für die Suizidprävention.

Nichts anderes belegt die „24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)“ von Anja Gysin-Maillart et al. (2016), in der beides sichtbar wird und eine erfolgreiche Suizidprävention ermöglicht. Im Rahmen dieser klinischen Studie (Bern und Thun, Schweiz) wurden Patienten, die kürzlich einen Suizidversuch unternommen hatten, randomisiert wie üblich behandelt (n = 60) oder wie üblich plus ASSIP (n = 60). Binnen 24 Monaten erfolgte in der ASSIP-Gruppe von fünf Personen (8,3 %) jeweils ein erneuter Suizidversuch, erfolgten in der Kontrollgruppe von 16 Personen (27,3 %) 41 Suizidversuche, in beiden Gruppen jeweils ein vollendeter Suizid. Die Ergebnisse der Studie belegen einerseits, dass Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, mit dem Risiko behaftet sind, erneut einen Suizidversuch zu begehen. Der Blick auf die Kontrollgruppe belegt weiterhin, dass sich dieses Risiko potenzieren kann. Die ASSIP-Gruppe belegt andererseits, dass sich das suizidale Risiko auch bei den Menschen, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, reduzieren lässt, wenn nicht ausschließlich eine konservative Therapie erfolgt, sondern eine multimodale Therapie mit einem menschlichen Gesicht („fellow traveler“) und einem kooperativen Bündnis („therapeutic alliance“).

Bekannt und durch Studien belegt ist auch das erhöhte suizidale Risiko bei chronischen Schmerzen (Fishbain et al. 2011; Hassett et al. 2014; Calati et al. 2015). Und dass das Risiko eines vollendeten Suizids mit der Schmerzintensität deutlich zunehmen kann (Stubbs 2016). Chronisch bedeutet aus medizinischer Sicht, dass die Schmerzen länger als vier Wochen anhalten, nach der Richtlinie der Kostenträger, dass sich jemand mindestens ein Jahr wegen derselben Erkrankung in einer ärztlichen Behandlung befindet.

Für Edwin S. Shneidman (1993), dessen Name auch für das Konzept der Psychologischen Autopsie steht, ist der psychische Schmerz das Schlüsselement innerhalb der jeden Suizid charakterisierenden psychologischen Faktoren. Affektive Zustände, wie Wut, Feindseligkeit, Depression, Scham, Schuld, Affektlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, seien nur dann relevant für den Suizid, wenn sie sich auf unerträgliche psychologische Schmerzen beziehen. Dabei sei zu bedenken, dass Menschen unterschiedliche Schwellenwerte haben, um Schmerzen zu ertragen oder zu tolerieren. Daher sei auch die Entscheidung des Individuums, den Schmerz nicht zu ertragen, beziehungsweise dessen subjektiver Schwellenwert außerordentlich relevant.

In der einschlägigen Literatur und generalisierbaren psychiatrischen Leitlinien finden sich zudem psychosoziale Marker, wie etwa Rückzug, Änderungen im Essverhalten, unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod, Verschenken persönlicher Gegenstände (Hücker 2017: 57), die stets eine besondere Aufmerksamkeit beanspruchen, weil sie als völlig unskaliertes suizidales Impuls auf einen bevorstehenden Suizid deuten können, aber keineswegs müssen.

Im Erweiterten Suizid werden Merkmale des Tötungsdelikts (Kriminologie) und des Suizids (Suizidologie) sichtbar, ohne diesen jedoch definitiv ähnlich zu sein. Insofern zeichnet sich in der Literatur die Tendenz ab, „Homizid-Suizide“ als eigene Entität anzusehen, (Eliason 2009; Hellen et al. 2014; McPhedran et al. 2015), um deren Wesen besser verstehen zu können.

„Hätte die Tragödie in Münster verhindert werden können? Hätten die Gesundheitsbehörden etwas ahnen können? Nein, sagt Münsters Oberbürgermeister entschieden.“ (Welt online, 10.04.2018) Bereits die skizzierten Hinweise dieser Studie lassen vermuten, dass mit einem besseren Verständnis und mehr Professionalität, etwa beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Münster, dem Oberbürgermeister Markus Lewe (CDU) die gegenteilige Antwort möglich gewesen wäre. Dass fünf Menschen heute noch leben könnten, dass viele nicht verletzt und auf ungewisse Zeit, manche lebenslang traumatisiert worden wären. Und schließlich drängt sich bei diesem exemplarisch erörterten Erweiterten Suizid mit McPhedran et al. (2015) die keineswegs nur am Wegesrand sichtbare Frage auf: Hätte Jens Alexander Rüter auch ohne den Entschluss, sich selbst zu töten, andere Menschen getötet?

Anmerkung:

1. Gestützt auf die Auswertung von rund neunzig nationalen und internationalen Zeitungsartikeln, auf Presseerklärungen, eigene Recherchen und einschlägige Studien wird exemplarisch der „Erweiterte(r) Suizid“ mit dem Anliegen analysiert, einen Beitrag zum Verständnis des Suizids, möglicher Suizid-Trigger und der Suizidprävention zu leisten.

Literatur

Calati R et al. (2015) The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *J Psychiat Res* 71:16–32
Eliason S (2009) Murder-Suicide: A Review of the Recent Literature. *J Am Acad Psychiat and the Law* 37(3):371–376
Fishbain DA et al. (2011) Predictors of Homicide–Suicide Affirmation in Acute and Chronic Pain Patients. *Pain Medicine* 12(1):127–137

Foerster K (2009) „Erweiterter Suizid“. Ein problematischer Begriff? *Nervenarzt* 80(9):1078–1084
Gysin-Maillart A et al. (2016) A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine* 13(3):e1001968
Hassett AL, Aquino JK, Ilgen MA (2014) The risk of suicide mortality in chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep* 18(8):436
Hellen F et al. (2014) Der „erweiterte Suizid“. Vollendete Homizid-Suizide unter psychopathologischen und kriminologischen Aspekten. *Nervenarzt* 85(9): 1144–1150
Hücker FJ (2017) Politische Suizidologie. Mythen, Fakten und Prävention. *Sozial Extra* 41(6):53–58
McPhedran S et al. (2015) Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison With Homicide-Only and Suicide-Only Cases. *J Interpers Violence* 33(11):1805–1829
Meichenbaum D (2017) The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: A Personal and Professional Journey with Don Meichenbaum. New York: Routledge
Panczak R et al. (2013) Homicide-suicides compared to homicides and suicides: systematic review and meta-analysis. *Forensic Science Internat* 233(1–3):28–36
Pollak S (2005) Rechtsmedizinische Aspekte des Suizids. *Rechtsmedizin* 15(4):235–249
Shneidman ES (1993) Suicide as psychache. *J Nerv Ment Disease* 181(3):145–147
Stubbs B (2016) The prevalence and odds of suicidal thoughts, behaviours and deaths among people with painful comorbidities: An updated meta-analysis accounting for publication bias. *J Psychiat Res* 72:72–73
Schlüsselwörter: Suizidversuch, Suizid-Trigger, Erweiterter Suizid, Psychologische Autopsie, Suizidprävention

Eingang: 10.07.2018

akzeptiert: 18.09.2018

Korrespondenzadresse

Dr. Franz-Josef Hücker
Nollendorfstraße 10
10777 Berlin
E-Mail: info@huecker.com

Redaktionelle Anmerkung:

Hinsichtlich des hier angesprochenen Themas des erweiterten Suizids ist auf folgende frühere Publikationen in dieser Zeitschrift zu verweisen:

Wolfersdorf M et al. (1988) Der erweiterte Suizidversuch bei psychiatrischen Patienten. *Suizidprophylaxe* 15:21
Leimberger A (1997) Der erweiterte Suizid zu Lasten der Kinder. *Suizidprophylaxe* 24:161
Elsässer P et al. (2000) Doppelsuizid und erweiterter Suizid. *Suizidprophylaxe* 27:126
Wedler H (2001) Über den Terroristen-Suizid. *Suizidprophylaxe* 28:98

Adler L (2001) Amok im Spektrum homizidal-suizidaler Handlungen. Suizidprophylaxe 28:103
Schmidtke A et al. (2002): Imitation von Amok und Amok-Suizid. Suizidprophylaxe 29:97
Gans I (2007) Die erdrückende Last von verfolgenden Schuldgefühlen beim erweiterten Suizid. Suizidprophylaxe 34:140
Wedler H (2009) Nach dem Suizid. Suizidprophylaxe 36:1
Adler L (2010) Amok im Spektrum homizidal-suizidaler Handlungen. Suizidprophylaxe 37:8
Wolfersdorf M (2010) Der Doppelsuizid (-versuch). Suizidprophylaxe 37:92
Wedler H (2011) Auch ein Mitnahmesuizid. Suizidprophylaxe 38:178

DGS Nachrichten

Rückblick auf die 46. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS in Frankfurt am Main

Frankfurt empfing die 132 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 46. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) am letzten Sommerwochenende des Jahres mit strahlendem Sonnenschein. Unter dem Titel „Großstadt, Arbeitsleben und suizidales Verhalten“ fand die von Herrn Prof. Andreas Reif und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umfassend vorbereitete Tagung von Freitag bis Sonntag im Hörsaalgebäude des Universitätsklinikums Frankfurt statt.

Einen besonderen Akzent setzten auf der diesjährigen Tagung die Beiträge, welche sich mit dem titelgebenden Thema des Großstadt- und Arbeitslebens im Zusammenhang mit Suizidalität und Suizidprävention auseinandersetzten. Frankfurt bot den passenden Hintergrund dafür. Am Freitag machte Herr Prof. Andreas Meyer-Lindenberg aus Mannheim mit seiner Keynote Lecture den Auftakt, in der er u.a. sozialen Stress, den mehr oder weniger häufigen Besuch von Grünflächen in der Stadt und im MRT nachzuweisende Veränderungen im Bereich von Amygdala und Cingulum miteinander in Beziehung setzte. Fortgeführt wurde das Thema dann am nächsten Tag mit einem Plenarvortrag von Herrn Peter Waterstraat zu Fragen des Suizids am Arbeitsplatz und zur Koordination der psychosozialen Notfallversorgung am Beispiel eines Suizids am Arbeitsplatz, die nicht nur Kollegen und Angehörige, sondern beispielsweise auch zufällige Zeugen einbeziehen muss. In zwei Symposien stellten die Referentinnen und Referenten am Vormittag die Bedeutung der Rolle der öffentlichen Gesundheitsdienste im urbanen Raum für die Suizidprä-

vention heraus und boten am Nachmittag Einblicke in das BMG-geförderte Forschungsprojekt FraPPE, das einerseits auf die Strukturen des Frankfurter Suizidpräventionsnetzwerks FRANS zurückgreifen und dieses umgekehrt weiter stärken kann. Am Sonntag wurde das Tagungsthema nochmals in zwei Plenarvorträgen aufgegriffen. Prof. Thomas Niederkrotenthaler zeigte anhand schwedischer Registerdaten, wie nicht nur die Belastungen im Zuge der Migration, sondern auch Versorgungsmaßnahmen wie beispielsweise die frühzeitige Krankenpensionierung mit Suizidversuchen in Zusammenhang stehen. PD Mazda Adli aus Berlin charakterisierte abschließend die Stadt als einen Ort, der zwar gemäß der Sozialstresshypothese morbiditäts- und mortalitätsfördernden Stadtstress verursacht, aber dort, wo unkontrollierbare Dichte vermindert wird, oder urbane Kultur das Heraustreten aus der Wohnung fördert, durchaus eine positiv stimulierende Wirkung entfaltet.

Die zweite Themenlinie auf der Frankfurter Herbsttagung der DGS nahm andere Fragen der Suizidprävention in den Blick. Auf die von Prof. Gil Zalsman in seiner Keynote Lecture vorgestellten evidenzbasierten Präventionsmethoden der Restriktion des Zugangs zu Suizidmethoden und der schulbasierten allgemeinen Prävention (Public Health Zugang) sowie der frühen Behandlung der Depression und der nicht abbrechenden Versorgungskette (Gesundheitsversorgungszugang) bezogen sich im weiteren Tagungsverlauf immer wieder die Referentinnen und Referenten, die sich mit der Diagnostik im Bereich der Suizidalität und der Prävention psychischer Erkrankungen und der Suizidalität befassten. In Bezug auf die Betroffenen selbst wurden Fragen der Psychotherapie, der medikamentösen Behandlung - insbesondere mit Lithium, rechtliche Fragen, der Umgang mit Suizidalität in der Klinik und nicht zuletzt der Umgang mit Angehörigen von Suizidopfern bearbeitet. Spannend waren für mich auch neurobiologische Zugänge zum Thema, die in ihrer Komplexität freilich noch nicht den Anspruch erheben, unmittelbare Zusammenhänge nachzuweisen. Zur Thematik der Risikofaktoren wird derzeit stärker diskutiert, inwieweit und auf welchen Wegen Risikofaktoren tatsächlich einen kausalen Beitrag zur Suizidalität im Einzelfall leisten. Dies stellt eine wesentliche Herausforderung für die Suizidologie dar.

Eine Sonderstellung nahm für mich der Plenarvortrag von Prof. Armin Schmidtke ein, dem es gelang, aus seiner jahrzehntelangen unmittelbaren Erfahrung heraus, die vielfältigen Facetten, Widerstände, Erfolge und Rückschläge anschaulich darzustellen, die auf den Ebe-