

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

AMOK IN DEUTSCHLAND – STATISTISCH GESEHEN

Häufigkeits-Verteilung – Täter-Charakteristika – Alter und Geschlecht – soziale Vorgeschichte – seelische Vorerkrankungen – Vorstrafen – Tatort – Schuldfähigkeit

Schon der Schlachtruf „Amok“ führte in den entsprechenden Kriegen zu Panikreaktionen. Und noch heute lösen entsprechende Medien-Meldungen eines Amoklaufs größte Unruhe aus – mit Recht. Denn es gibt kaum etwas, das schwieriger zu beurteilen, vor allem rechtzeitig einzuschätzen und damit ggf. vor der Bluttat halbwegs erfolgreich zu neutralisieren ist. Deshalb versucht die Wissenschaft mit allen verfügbaren Mitteln ein wenig Licht in dieses „grausame Dunkel“ zu bringen. Das ist allerdings sehr schwierig, denn die meisten Täter richten sich selber und können damit nachträglich kaum mehr ergiebig und damit vorbeugend untersucht werden. Trotzdem gibt es aus der Reihe der bisher verfügbaren Unterlagen, z. B. durch Medien und staatsanwaltliche Erhebungen, eine Reihe von Erkenntnissen, die einen gewissen Einblick in Häufigkeits-Verteilung, Täter-Charakteristika, Alter, Geschlecht, soziale Vorgeschichte, seelische Vor-Erkrankungen und damit Schuldfähigkeit, Vorstrafen, Tatort u. a. erlauben. Dazu eine Übersicht aus epidemiologischer und psychopathologischer Sicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Amok – Amoklauf – Amoktaten – Schul-Amok – School shooting – Amok-Studien – Amok-Untersuchungen – Amok-Phasen – Amok-Hypothesen – Amok-Modelle – Amok und Medien – Amok-Staatsanwalt-Akten – Amok-Häufigkeit in Deutschland – Amok und Bundesland – Amok und Ortsgröße – Amok und Geschlecht – Amok und Persönlichkeitsstruktur – Täter-Charakteristika bei Amok – Amok und Alter – Amok von Ausländern – Amok und Herkunftsfamilie – Amok und Schulabschluss – Amok und Zivilstand – Amok und seelische Erkrankung – psychische Störung und Amok – Amok und Suizid – Amok und Depression – Amok und Psychose – Amok und Schizophrenie – Amok und Alkoholsucht – Amok und Rauschdrogen-Konsum – Amok und

ADHS – Amok und Auslöser – Amok und Motiv – Amok und Vorstrafe – Amok und Waffenbesitz – Amok und Verkehrsdelikt – Amok und Tatort – Amok und Waffen-Art – Amok und Todesopfer – Amok und Verletzte – Amok und Opfer-Auswahl – Amok und Opfer-Bekannschaft – Amok und Schuldfähigkeit – u.a.m.

Es ist schier unfassbar, meinen viele: Wir leben in einem Zeitalter voller Schrecken, Gewalt und Leid für die Opfer. Noch nie mussten die Medien so viele Schreckensbotschaften verbreiten und damit Unruhe, Bestürzung, Sorgen, Angst und Grauen auslösen. Kein Tag ohne beunruhigende Nachrichten und entsprechende Folgen.

Das entspricht sicher der belastenden Realität, geht allerdings auch auf die welt-umspannenden Informations-Möglichkeiten und damit entsprechende Nachrichten-Dichte zurück. Und gewinnt damit eine Belastungs-Dimension, wie sie die Menschheit zuvor noch nie aushalten musste. Um hier bei aller Bedrückung zu einer realen Einschätzung zu kommen, reicht es allerdings schon aus, in seinem Umfeld nachzufragen, und zwar bei den Älteren, am besten noch auskunfts-fähigen Hochaltrigen. Wer über 90 oder gar 100 geworden ist, kann/muss von zwei Weltkriegen berichten, von Tod, Krankheit, Verwundung, Hunger, Verlust von Haus und Hof, Vertreibung und Flucht, kurz: einem Elend, das schier endlos zu sein schien. Und selbst die Friedenszeiten dazwischen, eigentlich eher als Zeit nicht direkter Kriegshandlungen zu bezeichnen, jetzt vor allem wirtschaftlich gesehen, wurden für viele kaum erträglicher.

Kurz: Wir müssen ganz offensichtlich zwischen der erwähnten welt-umspannenden Informations-Dichte mit entsprechender Besorgnis oder gar Verängstigung und unserer realen Umwelt unterscheiden. Dann gewinnt diese Epoche, zumindest für das in der überschaubaren Vergangenheit so hart getroffene Europa, wieder einen realistischen Stellenwert, für den wir eigentlich dankbar sein sollten.

Allerdings will das so mancher nicht hören, zumindest nicht verstehen und wirklich akzeptieren. Schließlich gibt es Schreckens-Ereignisse, die jedes Vorstellungs-Vermögen sprengen – auch und gerade heute und in unserer Mitte. Dazu gehört der *Amoklauf*, oder noch treffender: die Amok-Taten, nur allein in Deutschland der letzten Jahre.

Das stimmt. Das ist etwas Unfassbares, was unseren ansonsten so schwer belasteten Vorfahren offensichtlich nicht oder seltener widerfahren ist. Und das – so ohne Beschönigung die Experten selber – immer wieder drohen kann: Irgendwo, überall, aber auch in unserer nächsten Nähe.

Hier macht sich allerdings eines wieder bezahlt: Aufklärung, Wissen, konkret: statistisches Wissen auf fundierter Grundlage – und damit ent-dramatisierend und hoffentlich auch ent-ängstigend. Gewiss: wer - was - wie - wo und mit wel-

chen Folgen – man weiß es nicht, niemand kann es voraussagen. Aber es vermittelt doch gewisse Anhaltspunkte. Sie vermögen nicht nur eine unterschwellige und damit sinnlos verzehrende Furcht zu mildern oder gar zu nehmen, sie könnten auch im realen Falle einer Amok-Tat rechtzeitig aufmerksam werden lassen. Denn *ein* Faktor verwundert immer wieder: „alle waren völlig überrascht“, und zwar nicht nur von der Tat, sondern auch vom Täter.

Hier helfen entsprechende Untersuchungen weiter, wissenschaftliche Studien, die sich in meist mühseliger Detail-Arbeit um die entsprechenden Daten, vor allem Fakten bemühen. Denn die sind weitaus schwieriger zu erarbeiten als die rasch in Umlauf geratenden privaten Vermutungen, medialen Hypothesen und Theorien selbst-ernannter Experten, die in der Regel für viel Unruhe sorgen, aber konkret kaum weiter helfen.

Nun ist es gerade beim Thema *Amok* besonders schwierig, exakte Analysen und damit praxis-relevante Schlussfolgerungen zu erarbeiten. Zum einen „explodiert“ die Tat in der Regel aus einer völlig ahnungslosen Gesellschaft bzw. Situation heraus. Vor allem was den Täter anbelangt, sind praktisch alle erst einmal überrascht, überrumpelt, ratlos. Nun könnte man aber die notwendigen Erkenntnisse rückwirkend erlangen. Dafür müsste aber der Täter noch am Leben sein. Dies ist jedoch gerade bei Amokläufen eher selten (s. u.). Mit anderen Worten: Das, was die Wissenschaft und mit ihr die Allgemeinheit am meisten interessiert, nämlich Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufes, zumal für die Zukunft, die Vorbeugung, die rechtzeitige, gezielte und damit erfolgreiche Intervention, das alle ist nur begrenzt im voraus erfassbar.

Es gibt jedoch Untersuchungen, weltweit und speziell im deutschsprachigen Bereich, die uns trotz aller Schwierigkeiten weiterbringen. Konkrete Hinweise dazu finden sich beispielsweise in dieser Serie in verschiedenen Beiträgen, vor allem mit den Themen *Amok* sowie *Amok an Schulen (School shooting)*. Einzelheiten siehe diese.

Jetzt gibt es eine interessante Übersicht zu dem schon erwähnten Thema *Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufs* von den Klinikern und Wissenschaftlern Frau Diplom-Psychologin E. Peter und Professor Dr. B. Bogerts von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Magdeburg. Konkret: erste Ergebnisse einer Analyse der Strafakten von 27 Amokläufern in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 1 (2012) 57. Im Einzelnen:

Nichts ist neu

Zur traurigen Geschichte des Amoklaufes siehe die erwähnten Beiträge, in denen auch die historischen Aspekte zusammengefasst werden, beginnend mit den fern-östlichen Regionen bis heute, mit entsprechenden Schwerpunkten je nach Land, Epochen und vor allem zeit-abhängigen Besonderheiten.

Das wohl im deutschsprachigen Bereich bekannteste Beispiel aus der Psychiatrie-Geschichte des Amoklaufs ist der Hauptlehrer Wagner, der im Jahre 1913 infolge einer jahrelangen Wahn-Entwicklung zunächst zu Hause seine Frau und seine vier Kinder erstach und anschließend wahllos Menschen tötete, zwölf weitere verletzte und mehrere Gebäude anzündete. Die psychiatrische Begutachtung einschließlich neuropathologischer Untersuchungen des Gehirns bestätigte die Diagnose und mündete in die entsprechende lebenslange Klinik-Behandlung.

Danach kam es offenbar nur noch selten zu entsprechenden Berichten (und Amok-Taten?). Dafür folgten – wie bekannt – ganz andere Belastungen, nämlich der erste und zweite Weltkrieg und die für viele genauso gnadenlosen Zeiten dazwischen und danach.

Das änderte sich bezüglich des Amoklaufs aber in den letzten Jahrzehnten, vor allem aber Jahren, insbesondere durch eine spezielle Form, dem „school shooting“, also Amokläufer an Schulen. Und hier mit besonders grauenhaften Folgen in den Jahren 2002 und 2009.

Kein Wunder, dass sich besonders die Psychiater um dieses bedrohliche Thema kümmern mussten, was sich auch in einer Reihe von Publikationen niederschlug. Und so stellen auch die Experten E. Peter und B. Bogerts von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Magdeburg die Frage: Nehmen Amokläufe wirklich kontinuierlich zu? Ist die Gefahr demnach heutzutage größer als früher? Wie wahrscheinlich ist es, Opfer einer solchen Tat zu werden? Wer sind die Täter? Gibt es Dispositionen, die die Wahrscheinlichkeit eines Amoklaufes erhöhen? Kurz: Was wissen wir über Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufes heute, sprich: Häufigkeit, Ursachen, Folgen sowie Symptome des wirklichen Krankheitsbildes?

Amok – Was ist das?

Nicht jede Tat, die in den Medien als Amok bezeichnet wird, ist tatsächlich ein Amoklauf im engeren, vor allem wissenschaftlichen Sinne. Aber auch unter den Experten gibt es verschiedene Definitionen (siehe die Beiträge in dieser Serie), wobei sich die Magdeburger Wissenschaftler auf eine der gängigsten berufen, nämlich:

Eine Amoktat ist eine für Außenstehende plötzliche, unverständliche und ungewöhnliche aggressive Handlung, die zur Verletzung oder Tötung von Menschen geführt hat.

Im Weiteren lehnen sich die Autoren an ein differenzierteres Phasen-Modell zum Amoklauf an, das vier Entwicklungsstufen umfasst. Im Einzelnen:

1. Eine intensive Phase des Grübelns bzw. ein depressives Syndrom mit Isolation von der Umwelt folgt auf Kränkung, Objektverluste u. a.
2. Eruptives (jäh ausbrechendes) Begehen des eigentlichen Amoks mit rücksichtsloser Tötungs-Bereitschaft. Oftmals beginnt der Amoklauf bei der Familie oder Verwandten und weitet sich dann wahllos auf Fremde aus.
3. Anschließend erfolgt eine oft mehrstündige anhaltende mörderische Raselei, bis der Amokläufer sich selbst tötet oder von anderen getötet bzw. kampfunfähig gemacht wird.
4. Einige überlebende Täter geben vor, kein Motiv gehabt zu haben bzw. sich nicht an die Tat erinnern zu können; gelegentlich fallen die Täter in einen terminalen (anschließenden) Tiefschlaf.

Entsprechende Untersuchungen im deutschsprachigen Bereich fanden in ihren Analysen aber nur die Phasen zwei und drei bestätigt. Allerdings waren die Grundlagen dieser Studien ausschließlich Presseberichte. Original-Akten zu den Amokläufen wurden nicht analysiert. Die Konzentration auf die Phasen zwei und drei erklärt sich dadurch, dass die Medien ihr Augenmerk vor allem auf diese beiden Phasen legen, während Informationen über die Phasen eins und vier weitgehend unbekannt blieben – letztlich bis heute.

Was aber einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Häufigkeit von Amokläufen auszuüben scheint, ist die Berichtserstattung der Medien. In ihr sehen sich die Täter „glorifiziert“, zumindest nachträglich bzw. nach ihrem Tod. Und so kommt es offenbar auch, dass mehr als 40% aller Amokläufe innerhalb von zehn Tagen nach ausführlicher Berichterstattung nationaler oder internationaler Tageszeitungen „allseits überraschen“, was aber offensichtlich keine Überraschung ist bzw. auf eine so genannte „serielle Abhängigkeit“ schließen lässt. Oder kurz: verhängnisvolles Nachahmungs-Verhalten.

Wichtig ist und bleibt deshalb eine wissenschaftlich fundierte Einschätzung des Gefährlichkeits-Potentials, was in letzter Zeit aus psychiatrischer Sicht vermehrt in Angriff genommen wurde. So gibt es beispielsweise aus den USA eine so genannte Checkliste für Schulen, die auch für Deutschland modifiziert verfügbar ist. Von fundierten Frühwarn-Systemen zur Erkennung potentieller Amokläufer ist man aber noch weit entfernt. Der Grund: Es fehlen die dafür notwendigen eindeutigen(!) Täter-Strukturen, d. h. was sind das für Persönlichkeiten, Wesensarten, Charaktere? Und unter welchen Bedingungen entwickelt sich hier - offensichtlich unkontrolliert, unbeobachtet und damit später weitgehend überraschend - ein solch grauenhafter Tat-Plan?

Allerdings gibt es schon präventive Ansätze wie die Förderung und Stärkung des Selbstwertes, der Abbau von Ängsten und sinnvolle Freizeitbeschäftigungen neben der Reduktion möglicher Risikofaktoren, so die Experten. Zu Letzteren gehört vor allem eine sachliche Berichterstattung über Amok-Ereignisse

und ein verringerter Zugriff auf Schusswaffen mit ihren verheerenden breitflächigen Folgen.

Eine neue Untersuchung

Die Experten der Universität Magdeburg Frau Diplom-Psychologin E. Peter und Professor Dr. B. Bogerts haben nun versucht, die epidemiologischen und psychopathologischen Daten, die ihnen zur Verfügung stehen, zu sichten, wofür sie vor allem die Original-Akten der zuständigen Staatsanwaltschaften nutzen konnten. Ihre Fragen lauteten: Wie häufig sind Amokläufe in Deutschland? Gibt es eine Zunahme? Lassen sich anhand psychosozialer Hintergründe, Persönlichkeitsmerkmale bzw. einer psychiatrischen Vorgeschichte Ursachen und Erklärungen für derart dramatische Gewalttaten finden?

Das Daten-Material waren also die Straf-Akten der jeweils zuständigen Ermittlungsbehörde von Amokläufern, die ihre Tat überlebten. Konkret: die Gerichtsurteile und psychiatrischen Sachverständigen-Gutachten (nochmals: von überlebenden Tätern, ansonsten ist ja eine Täter-Begutachtung nicht mehr möglich, was in den von den Autoren beurteilten 97 Amokläufen der letzten zwanzig Jahre in knapp 30% der Fall war).

Wo häufen sich Amok-Taten?

Gibt es Unterschiede je nach Region bzw. Bundesland? Tatsächlich zeigt die Häufigkeits-Verteilung eine höhere Anzahl an Amokläufen in Großstädten wie Hamburg und Berlin. Auffällig ist die ungleiche Verteilung der Amokläufe im Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern. In den alten Bundesländern waren 76 Amokläufe zu verzeichnen, in den neuen Bundesländern 13 Taten (wobei Berlin herausgenommen wurde).

Das muss man allerdings mit den jeweiligen Einwohnerzahlen verrechnen, dann relativieren sich die Unterschiede. So kommt es dann in den alten Bundesländern durchschnittlich zu 1,16 und in den neuen 1,0 Taten je einer Million Einwohner (also kein signifikanter Unterschied). Weitere Einzelheiten je nach Bundesland siehe der spezifische Beitrag in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 1/2012.

Haben Amokläufe zugenommen?

Alles ist schockiert, deshalb diese naheliegende Frage. Sie lässt sich aber solide und treffsicher beantworten: Von 1990 bis 1999 ereigneten sich insgesamt 50 Amokläufe, also durchschnittlich fünf pro Jahr. Aus den darauffolgenden Jahrzehnten sind 45 Amok-Taten bekannt geworden, also durchschnittlich

4,5 pro Jahr. Mit anderen Worten: Eine objektivierbare Zunahme ist nicht gegeben.

Allerdings gibt es eine durchaus besorgnis-erregende Ausnahme: die so genannten „school shootings“. Während im Zeitraum 1990 bis 1999 nur ein Jugendlicher in seiner Schule einen Amoklauf durchführte, waren es in der darauffolgenden Dekade schon sieben. Das gibt zu denken und wird auch in den entsprechenden Kreisen entsprechend durchdiskutiert und mit konkreten Konsequenzen beantwortet.

Amok und Geschlecht

Die bei weitem größte Zahl der Amokläufe wurde von männlichen Tätern begangen. In den letzten zwei Jahrzehnten sind es in Deutschland nur vier Frauen gewesen zwischen 22 und 49 Jahren, bei denen zwar Verletzungen, in keinem Fall jedoch Todes-Opfer beklagt werden musste, so die statistischen Erkenntnisse der Universitäts-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Magdeburg.

Täter-Charakteristika

Die Persönlichkeits-Charakterisierung der Täter ist eine schwierige Aufgabe. Da machen es sich viele zu leicht, das bringt nicht gezielt weiter und stiftet nur Verwirrung. Den Magdeburger Experten liegen entsprechende Daten aus staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten von insgesamt 45 Tätern vor (1985 bis 2008). Dabei handelt es sich in sechs Fällen um Minderjährige und in zwei Fällen um jugendliche Täter. Aber wie erwähnt: verurteilte(!) Jugend-Täter. Nicht erfasst sind die Jugendlichen, die sich selbst getötet haben. Das bedeutet, dass uns nicht allzu viel Daten über das bedrohliche „school shooting“ zur Verfügung stehen. Konkret: Vier von sechs ohne fachliche Beurteilungsmöglichkeiten. Weitere Auswertungen der Autoren laufen noch.

Alter

In den erfassten Fällen männlichen Geschlechts liegt das Durchschnittsalter bei 31,9 Jahren, wobei der jüngste Täter 14 und der älteste 63 Jahre alt war.

Ausländische Täter

Der prozentuale Anteil an Ausländern in Deutschland liegt laut Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 8,8%. Bei den Amok-Tätern besaßen knapp 20% nicht die deutsche Staatsbürgerschaft.

Psychosoziale Aspekte

- Von den 25 bisher analysierten Fällen der Magdeburger Experten waren 85% bei den Eltern bzw. einem Elternteil aufgewachsen, 11% bei den Großeltern und ein Täter bei Adoptiv-Eltern.
- Fast jeder Fünfte besaß keinen Schulabschluss. Die meisten hingegen verfügten über einen Haupt- bzw. Real-Abschluss. Doch trotz dieser abschließenden Schulbildung erlernte jeder Dritte keinen Beruf. Fast jeder Fünfte war arbeitslos.
- Von den abschließend untersuchten Amokläufern waren nur fünf verheiratet. Zwei Drittel waren ledig, 15% geschieden bzw. getrennt lebend.
- Vier von zehn Tätern lebten allein, jeder Vierte in der elterlichen Wohnung. Nur 15% lebten mit einer Partnerin zusammen. Fast zwei Drittel waren kinderlos.

Seelische Vor-Erkrankungen

Nur bei jedem vierten Amokläufer waren im Kindes- bzw. im Jugend- oder Erwachsenenalter keine seelischen Vor-Erkrankungen bekannt. Somit hatten Dreiviertel psychische Probleme, wobei aber entsprechende Auffälligkeiten, die keinem Arzt vorgestellt wurden, auch nicht erfasst werden konnten, geben Frau E. Peter und Prof. Dr. B. Bogerts zu bedenken.

Die häufigsten Störungen, die aus den Gutachten oder Gerichtsurteilen zu entnehmen waren, waren so genannte affektive (Gemüts-)Störungen, also Depressionen und Angststörungen in fast jedem dritten Fall. Danach kamen Psychosen, also zumeist schizophrene Störungen in jedem fünften sowie Alkoholsucht oder -missbrauch in jedem zehnten Fall vor. Rauschdrogen spielten in rund vier Prozent der Fälle eine Rolle, die Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störung in ebenfalls rund vier Prozent.

Bei fast jedem dritten Täter waren im Vorfeld des Amoklaufes Suizidgedanken, bekannt geworden. Jeder fünfte hatte schon versucht, sich das Leben zu nehmen.

Zur Tatzeit standen jeder Fünfte unter Alkohol- und jeder Zehnte unter Rauschdrogen-Einfluss

Was besonders wichtig ist und zu denken gibt: Vor der Durchführung des Amoklaufes waren bei jedem Zweiten sozial-stabilisierende Faktoren weggebrochen, konkret: Trennung von der Ehefrau, Kündigung des Arbeitsverhältnisses u.a.m.

Zuletzt geben die Magdeburger Autoren außerdem zu bedenken: Bei Amokläufern, bei denen vorher keine psychische Störung diagnostiziert wurde, muss zumindest die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass es sich um eine so genannte Erst-Manifestation (erstmaliger Ausbruch) einer Psychose gehandelt haben könnte.

Vorstrafen

44% der Amokläufer waren durch Vorstrafen bereits strafrechtlich in Erscheinung getreten. In den meisten Fällen handelte es sich um Verkehrsdelikte (z. B. Trunkenheit am Steuer), Körperverletzungen bzw. mehrere Vorstrafen-Arten (u. a. illegaler Waffenbesitz). Ein Täter war bereits wegen eines Tötungs-Deliktes vorbestraft.

Tatort

Die meisten Amokläufe, nämlich fast zwei Drittel, wurden in Städten begangen. In etwa jedem zweiten Fall lag der Tatort außerhalb des Wohnortes.

Am häufigsten fanden sich Amokläufe innerhalb von Gebäuden, nämlich in dreiviertel aller Taten. Dabei waren diese Orte in der Regel öffentlich zugänglich.

Zehn Amoktaten (mehr als ein Drittel) ereigneten in Wohnungen bzw. Wohnhäusern der Opfer; in jedem zehnten Fall in der (ehemaligen) Arbeitsstätte und in ebenfalls fast jedem zehnten Fall in Gaststätten. Jeder vierte Amoklauf fand auf offener Straße statt.

Amokläufe an Schulen („school shootings“) waren in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert. Der Grund: der Suizid des Täters machte eine anschließende fachärztliche Untersuchung nicht mehr möglich.

Waffen

Schusswaffen sind mit weitem Abstand die häufigsten Tatwaffen: mehr als jeder zweite Fall. Danach kommen in fast jedem fünften Fall Stechen und Erschlagen, in jedem Zehnten eine Amok-Fahrt.

Todesopfer und Verletzte

Bei den von Frau E. Peter und Prof. Dr. B. Bogerts analysierten 25 Amokläufen waren insgesamt 34 Todesopfer und 99 Verletzte zu beklagen (wobei die spektakulärsten, nämlich die „school shootings“ in der Mehrzahl der Fälle ja bekanntlich nicht mitzählen).

Bei einem Drittel der Amokläufe gab es keine Todesopfer, sondern ausschließlich Verletzte.

Bei den meisten Amok-Taten gab es ein Todesopfer (fast jeder dritte Fall) bzw. zwei Getötete (mehr als jeder Fünfte). In den hier erfassten Fällen waren sechs Tote die am höchsten zu beklagende Anzahl.

Fast jeder zweite Täter suchte sich seine Opfer gezielt aus. In rund jedem dritten Fall waren sich Opfer und Täter völlig unbekannt.

Die häufigste zwischenmenschliche Konstellation zwischen Täter und Opfer ist eine Bekanntschaft wie z. B. Arbeitskollegen oder Nachbarn (jeder dritte Amoklauf). Ausschließlich familiäre Opfer traf es in jedem fünften Fall.

Bei fast jedem zweiten Amoklauf versuchte der Täter zu fliehen, in jedem Vierten wurde er polizeilich überwältigt. 15% endeten mit einem missglückten Suizidversuch.

Schuldfähigkeit und Gerichtsurteile

In allen bisher vorliegenden Strafverfahren wurden im Rahmen der Gerichtsverhandlung ein psychiatrisches Sachverständigen-Gutachten eingeholt. Zwölf der 27 Täter wurden als vermindert schuldfähig und sieben als schuldunfähig diagnostiziert. Die häufigste Diagnose lautete: „paranoide Schizophrenie“, was insbesondere bei gleichzeitigem Substanzmissbrauch bekanntermaßen problematisch werden kann. Bei jedem dritten Täter kam es zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe, zumeist im so genannten Maßregelvollzug (forensische Abteilung einer psychiatrischen Klinik).

Schlussfolgerung

Basierend auf den referierten Erkenntnissen der vorliegenden Studie teilen Frau Dipl.-Psychologin E. Peter und Professor Dr. B. Bogerts von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Magdeburg Amokläufer in drei Gruppen ein:

1. *Jugendliche Täter*, die auf Grund von jahrelangen Demütigungen und Ausgrenzungen, oftmals nach einem persönlichen Misserfolg (Nichtversetzen in eine höhere Klasse, Schulwechsel), aus Wut und Verzweiflung Rache an ihren unmittelbaren Mitmenschen üben wollen (zumeist Familie oder Klassenkameraden).

Da diese Tätergruppe in der Vergangenheit häufig Suizidgedanken hatte, ist eine Selbsttötung hier der selbst ernannte Höhepunkt des Amoklaufes,

so die Experten. Möglicherweise liegen hier paranoide (wahnhaft) Fehldeutungen des Erlebten im Vorläufer-Stadium einer psychotischen Erkrankung vor.

2. *Psychotische Personen*, die auf Grund einer offensichtlich wahnhaften Störung andere verletzen und/oder töten wollen. Häufig steht dies im Zusammenhang mit einem religiösen Wahn.

Diese Personen beschäftigen sich über lange Zeit intensiv mit spirituellen Inhalten und entwickeln in ihrem Wahn z. B. die Idee, von Gott gesandt zu sein und auf Anweisung rächen zu müssen.

3. *Erwachsene Täter*, die infolge von Konflikten innerhalb der Familie oder am Arbeitsplatz sich für die von ihnen so empfundenen Ungerechtigkeiten rächen wollen.

Der Auslöser der Tat muss nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem eigentlichen Motiv der Tat stehen.

Fazit: Obwohl Amok oft als wahlloses Töten beschrieben wird, zeigen auch die hier vorliegenden Daten der Magdeburger Psychiater, dass zumindest die Hälfte der Opfer gezielt ausgesucht wurde. Auch trifft es nicht vorrangig Personen, die dem Täter unbekannt sind, eher solche, die in einem gewissen Bekanntschafts- oder gar Verwandtschafts-Verhältnis zu ihm stehen.

Das entspricht der Phase 2 des eingangs vorgestellten Modells: „Der Amoklauf beginnt beim Angriff auf Personen aus der Familie bzw. aus dem Bekanntenkreis und weitet sich dann auf Fremde aus.“

Bei den Tötungs-Methoden wurde auch hier wieder deutlich: Die Mehrzahl greift auf die gefährlichste Art zurück, nämlich Schusswaffen, was auch die größere Zahl von Opfern erklärt.

Zum sozialen Status der Täter wurde auch hier bestätigt: Amokläufer sind in der Regel ledig oder geschieden und allein lebend bzw. noch in der elterlichen Wohnung. Eine feste Beziehung ist selten.

Und schließlich der wohl wichtigste Grund, der schon auch die meisten Möglichkeiten bieten sollte, hier vorbeugend einzugreifen: Nahezu drei Viertel der Täter litten in ihrer Vergangenheit unter psychischen Problemen. Ein Drittel hatte bereits Suizidgedanken und fast ein Fünftel bereits einmal Hand an sich gelegt. Dies entspricht der Anzahl an Tätern, die vor der Tat unter depressiven Störungen oder Angst-Symptomen gelitten haben. Auffallend auch die hohe Anzahl psychotischer Täter (knapp ein Fünftel).

Die Magdeburger Experten sind sogar der Meinung, dass bei Amokläufern, bei denen vorher keine psychische Störung diagnostiziert wurde, zumindest die Möglichkeit in Betracht gezogen werden sollte, ob es sich nicht bei der Tat um die Erst-Manifestation einer Psychose gehandelt haben könnte. So Frau E. Peter und Prof. Dr. B. Bogerts von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinikum Magdeburg in ihrem Beitrag zur *Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufs – erste Ergebnisse einer Analyse der Strafakten von 27 Amokläufern* in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 1/2012.

LITERATUR

Wachsende Fachliteratur, wozu im deutschsprachigen Bereich nach Angabe der Autoren vor allem folgende Bücher zählen:

Adler, L.: Amok – eine Studie. Belleville-Verlag, München 2000

Adler, L.: Amok im Spektrum homizidal-suizidaler Handlungen. In: M. Wolfersdorff, H. Wedler (Hrsg.): *Terroristen-Suizide und Amok.* Roderer-Verlag, Regensburg 2002

Bannenberg, B.: Amok. Ursachen erkennen – Warnsignale verstehen – Katastrophen verhindern. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2010

Bogerts, B.: Gibt es eine neuroanatomische Disposition zur Wahnentwicklung. In: G. Wiedemann, G. Buchkremer (Hrsg.): *Mehrdimensionale Psychiatrie.* Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart 1997

Hessisches Kulturministerium, Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport (Hrsg.): Handeln in Krisensituationen. Ein Leitfaden für Schulen. Wiesbaden 2007

Robertz, R.: School Shootings. Verlag für Polizeiwissenschaften, Frankfurt 2004

Schünemann, K. F.: Über nicht kulturgebundene Amokläufe. Eine inhaltsanalytische Untersuchung von 196 Fällen. Med. Diss. Universität Göttingen, Göttingen 1992

Weitere Literaturhinweise in den entsprechenden Kapiteln in dieser Serie.