

Aus der Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie  
der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Amokläufe in Deutschland:  
Epidemiologie und Charakterisierung von Täterprofilen

**D i s s e r t a t i o n**

zur Erlangung des Doktorgrades  
Dr. rer. medic.  
(doctor rerum medicarum)

an der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität  
Magdeburg

vorgelegt von  
Diplom Psychologin  
Eileen Peter

geb. in Wolmirstedt

Magdeburg, 2014

### Bibliografische Beschreibung:

Peter, Eileen:

Amokläufe in Deutschland: Epidemiologie und Charakterisierung von Täterprofilen – 2014.

109 Bl., 36 Abb., 15 Tab., 8 Anlagen

### Kurzreferat

Amok ist die extremste Form schwerer individueller Gewalttaten. Angesichts der jüngsten Amokläufe wird anhand objektiver Daten das Auftreten von Amokläufen in den letzten Jahren untersucht und anhand von Täter- und Tatmerkmalen Täterprofile erstellt. Datenmaterial bilden Originalakten der zuständigen Staatsanwaltschaften, die mit Hilfe eines eigens erstellten Erhebungsbogens analysiert werden. Innerhalb der Zeitspanne von 1990-2010 konnten insgesamt 97 pressewirksame Amokläufe innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausfindig gemacht werden. Grundlage der Ergebnisse bilden Daten aus Strafakten von 47 Tätern im Alter von 14 bis 63 Jahren.

Die Arbeit zeigt, dass es über die letzten Jahrzehnte keine Zunahme von Amokläufen in Deutschland gab. Nach der vorliegenden Clusteranalyse lassen sich drei Prototypen von Tätern unterteilen: (1) Erwachsene, verheiratete bzw. getrennt lebende Täter, die bereits an einer psychischen Störung erkrankt waren, welche nach dem Scheitern einer Beziehung in einem öffentlichen Gebäude mit einer Schusswaffe alkoholisiert Amok laufen. (2) Täter, die an einer paranoiden oder drogeninduzierten Psychose litten. (3) Ledige, jugendliche Täter, die sich noch in der (schulischen) Ausbildung befinden und nach jahrelanger subjektiv empfundener Ausgrenzung infolge des Wegfalls eines stabilisierenden Faktors (Verlust der Partnerin, Schulverweis, etc.) einen Amoklauf begehen.

### **Schlüsselwörter**

Amok, Amokläufer, School Shooting, (Schul-) Massaker

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	6
<b>1 Einführung</b> .....	<b>7</b>
1.1 Begriffsdefinitionen.....	10
1.1.1 Medizinische Definitionen.....	10
1.1.2 Kriminologische Definitionen .....	10
1.1.3 Sonderform des Amoks.....	12
1.2 Historie und aktueller Forschungsstand des Amoks .....	12
1.2.1 Indisch-malaiischer Amok.....	13
1.2.2 Amok in Amerika .....	15
1.2.3 Amok in Deutschland .....	16
1.3 Häufigkeiten des Phänomens Amok.....	18
1.3.1 Internationale Häufigkeit von Amokläufen .....	18
1.3.2 Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland.....	19
1.4 Fragestellung und Hypothesen.....	21
1.4.1 Prävalenz von Amokläufen in Deutschland von 1990 bis 2010.....	21
1.4.2 Typologisierung von Amokläufern.....	21
<b>2 Material und Methoden</b> .....	<b>24</b>
2.1 Datenquellen.....	24
2.2 Datenmaterial für die Tätertypologie.....	24
2.2.1 Vorteile und Einschränkungen des Datenmaterials .....	25
2.3 Stichprobenbeschreibung.....	25
2.4 Datenerhebung .....	26
2.5 Datenauswertung .....	27
2.5.1 Häufigkeit von Amokläufen.....	27
2.5.2 Bildung von Tätertypen .....	28
2.5.3 Charakterisierung der Clustertypen.....	29
<b>3 Ergebnisse</b> .....	<b>31</b>
3.1 Epidemiologische Daten aus den Jahren 1990 – 2010.....	31
3.1.1 Häufigkeitsverteilung im gesamten Bundesgebiet.....	31
3.1.2 Häufigkeitsverteilung innerhalb der Bundesländer.....	32
3.2 Tätertypologie anhand der Clusteranalyse .....	36
3.2.1 Gruppierung der Tätertypen .....	36
3.2.2 Geschlecht und Altersstruktur .....	38
3.2.3 Sozialanamnese .....	41
3.2.3.1 Familiäre Situation .....	41

3.2.3.2	Berufliche Situation .....	42
3.2.3.3	Wichtige biografische Ereignisse.....	45
3.2.3.4	Nationalität.....	47
3.2.3.5	Zusammenfassung Sozialanamnese.....	48
3.2.4	Psychopathologie der Täter.....	49
3.2.4.1	Vorerkrankungen in der Lebensgeschichte .....	49
3.2.4.2	Intelligenz.....	51
3.2.4.3	Persönlichkeit.....	52
3.2.4.4	Suchterkrankungen.....	53
3.2.4.5	Hirnorganische Auffälligkeiten .....	54
3.2.4.6	Zusammenfassung Psychopathologie der Täter .....	56
3.2.5	Vortatverhalten.....	57
3.2.5.1	Planung der Tat.....	57
3.2.5.2	Informationsweitergabe während der Tatplanung .....	57
3.2.5.3	Beeinträchtigungen zur Tatzeit .....	57
3.2.5.4	Zusammenfassung Vortatverhalten .....	58
3.2.6	Tatauslösende Bedingungen .....	59
3.2.6.1	Motive .....	59
3.2.6.2	Wegbrechen stabilisierender Faktoren .....	60
3.2.6.3	Weitere Auslöser .....	62
3.2.6.4	Zusammenfassung tatauslösende Bedingungen.....	62
3.2.7	Tatort.....	63
3.2.7.1	Entfernung des Tatortes vom Wohnort des Täters.....	63
3.2.7.2	Anzahl der Tatorte .....	63
3.2.7.3	Beschreibung des Tatortes.....	64
3.2.7.4	Zusammenfassung Tatort.....	66
3.2.8	Ablauf der Amoktaten.....	66
3.2.8.1	Dauer zwischen Entscheidung zur Tat und Ausführung.....	66
3.2.8.2	Zeitpunkt der Tathandlungen.....	67
3.2.8.3	Tathandlungen und Waffengebrauch.....	67
3.2.8.4	Beendigung des Amoklaufes.....	69
3.2.8.5	Zusammenfassung Ablauf der Amoktaten .....	69
3.2.9	Angaben über die Opfer und deren Beziehung zum Täter.....	70
3.2.9.1	Anzahl der Opfer.....	70
3.2.9.2	Täter-Opfer-Beziehung .....	71
3.2.9.3	gezielte Auswahl der Opfer .....	72
3.2.9.4	Zusammenfassung Angaben über die Opfer und deren Beziehung zum Täter.....	73
3.2.10	Rechtskräftige Verurteilung .....	74
3.2.10.1	Schuldfähigkeitsbeurteilung .....	74

3.2.10.2	Urteile .....	74
3.2.10.3	Zusammenfassung rechtskräftige Verurteilung.....	76
<b>4</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>77</b>
4.1	Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland von 1990-2010 .....	77
4.2	Tat- und Tätermerkmale von Amokläufern .....	78
4.3	Täterprofile .....	82
4.4	Einbettung des Falls Breivik in die Tätertypologie .....	85
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>87</b>
	Literaturverzeichnis .....	88
	Danksagung .....	92
	<b>Anhang</b> .....	<b>93</b>
	Abbildungsverzeichnis .....	94
	Tabellenverzeichnis .....	95
	Erhebungsbogen Amokläufer .....	96
	Übersicht der statistischen Prüfverfahren bei der Hypothesentestung .....	104
	Übersicht der Variablen signifikanter Unterschiede zwischen den Tätertypen.....	105
	Vergleich des Amoklaufs von A. Breivik mit den 3 Cluster-Typen.....	107
	Selbständigkeitserklärung	
	Lebenslauf	

## Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
&	und
§	Paragraf
$x^2$	Chi-Quadrat
ANOVA	einfaktorielle Varianzanalyse
BIC	Bayes'sches Informationskriterium nach Schwarz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
cCT	craniale Computertomografie
df	Freiheitsgrad(e)
DSM	„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“
EEG	Elektroenzephalografie
et al.	und andere
etc.	et cetera
EW	Einwohner
ICD	„Internationales Klassifikationssystem psychischer Störungen“
IQ	Intelligenzquotient
JVA	Justizvollzugsanstalt
Mio.	Million
MRT	Magnetresonanztomografie
N	Stichprobengröße
$p$	Alphafehlerniveau
sog.	so genannt
SPSS	Statistikprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“
StGB	Strafgesetzbuch
U-Test	Mann-Whitney-U-Test
vgl.	vergleiche
ViCLAS	Datensystem „Violent Crime Linkage Analysis System“
zit. nach	zitiert nach

## 1 Einführung

*„Ein Mensch kann anderen Menschen nicht nur durch sein Handeln  
Böses zufügen,  
sondern auch durch seine mangelnde Bereitschaft, zu handeln.  
Und in beiden Fällen ist er für den Schaden verantwortlich,  
den er angerichtet hat!“*

(Zitat von John Stuart Mill, englischer Philosoph)

Am 17. April 2012 führt Anders Behring Breivik oben genanntes Zitat im Rahmen der Gerichtsverhandlung gegen ihn als Beschuldigten, in seiner für die Verhandlung geschriebenen Rede an, mit dem eigens erklärten Ziel, die Ursachen und Motive seines Handelns zu erklären. Angeklagt ist Breivik infolge des bislang Aufsehen erregendsten Amoklaufs Europas, der international bis heute mit den meisten Todesopfern einherging:

Der norwegische Attentäter Anders Breivik hat zunächst am 22. Juli 2011 eine Bombe in der Innenstadt von Norwegens Hauptstadt platziert und ca. 2 Stunden später auf der Insel Utøya das Feuer auf Jugendliche eröffnet. Dabei wurden durch die Bombenexplosion in Oslo 8 Menschen getötet und Dutzende verletzt. Auf der Insel Utøya verloren kurze Zeit später weitere 69 Menschen, der Großteil davon Jugendliche, ihr Leben.

Breivik war zum Tatzeitpunkt 32 Jahre alt, und hat seine Taten seit 2 Jahren akribisch geplant. Er schrieb ein eigenes Manifest „2083. A *European Declaration of Independence*“ von 1560 Seiten, welches er vor seiner Tat im Internet verschickte. Darin prognostizierte er Folgendes: „Ich werde als das größte (Nazi-) Monster beschrieben werden, das es seit dem Zweiten Weltkrieg gegeben hat.“ [23]

Infolge der Schwere der Tat und im Rahmen des Gerichtsverfahrens wurde immer wieder die Frage aufgeworfen: *Was ist das für ein Mensch, der zu so einer Grausamkeit in der Lage ist?*

Breivik besuchte das Handelsgymnasium in Oslo, und war mehrere Jahre aktives Mitglied in der rechtspopulistischen Fortschrittspartei. Er selbst beschreibt sich als „christlich und konservativ“ [23]. Eine Nachbarin soll Breivik als „Allerweltsmensch“ bezeichnet haben; „Der klassische Typ halt: Weiß, Mittelklasse, immer sauber und ordentlich.“ [23]

In einem ersten psychiatrischen Gutachten ist Breivik als schuldunfähig erklärt worden, weil er die Taten in einem „psychotischen Zustand“ durchgeführt habe. Breivik selber betrachtete es als Beleidigung, dass er als unzurechnungsfähig eingestuft wurde. Ein weiteres Gutachten kommt zu dem Entschluss, dass keine Anzeichen einer Psychose vorlägen.

Die dominierende Frage, die es zum Prozessauftritt am 16.04.2012 für das Gericht zu klären galt, war, ob der Angeklagte für den begangenen Massenmord aufgrund einer psychischen Störung als vermindert schuldfähig oder gänzlich schuldunfähig einzustufen ist. Anders Behring Breivik nutzt den Prozessbeginn zur Selbstinszenierung. Er selber plädiert auf nicht schuldig und berichtet von einer Notwehr: „Ich gebe die Taten zu, aber nicht die juristische Schuld.“ [48].

Anfang September 2012 fällt das Gericht das langersehnte Urteil: Höchststrafe für den Angeklagten. Anders Behring Breivik wird als voll schuldfähig eingestuft und zu 21 Jahren Haft und Sicherungsverwahrung verurteilt.

Nach den Anschlägen von Norwegen fordern Experten eine Verschärfung des Waffengesetzes. Diese Forderungen stehen nach Amokläufen, ob in den USA oder Europa verübt, immer wieder auf der Tagesordnung. Entgegen dem einleitend berichteten Fall sind die bis dato pressewirksamsten Amokläufe sogenannte „School Shootings“, Amokläufe bei denen Schulen als Tatort dienen. Dies geht vor allem damit einher, dass bei diesen Amokläufen zunehmend Schusswaffen gebraucht werden, was mit einer hohen Anzahl an vor allem Todesopfern einher geht. In Deutschland hat nicht zuletzt der Amoklauf an einer Schule zu einer Novellierung des Waffengesetzes beigetragen:

Am 11.03.2009 erschießt der 17-jährige Tim K. an seiner ehemaligen Schule in Winnenden bei Stuttgart 15 Menschen (darunter 9 Schüler und 3 Lehrer) und sich selbst. Die Tatwaffe hatte er seinem Vater, einem Sportschützen, entwendet.

Durch medienwirksame Beiträge, nicht zuletzt direkt nach solcher Art von Massentötungen, wird der Eindruck vermittelt, dass diese in ihrer Häufigkeit zunehmen. Dabei wird vor allem die ansteigende Gefahr von Schulamokläufen debattiert. Die weltweit ermittelte Einjahresinzidenz von 0,2 - 0,3 Taten pro 100.000 Einwohner bei erweitertem Suizid ist bei Amok um den Faktor 10 niedriger, und entzieht sich so üblichen wissenschaftlichen Untersuchungsdesigns [4]. Es stellt sich somit die Frage, ob Amokläufe, eine Unterform von Massentötungen, in den vergangenen Jahrzehnten

häufiger auftraten und: *wer sind die Täter?*

Da Medien keineswegs objektive Berichterstatter von solch brisanten Taten sind und bislang vor allem kasuistische Beschreibungen von Amokläufen veröffentlicht wurden, fehlen aktuell im deutschsprachigen Raum renommierte wissenschaftliche Analysen basierend auf objektiven Daten. In den letzten 10 Jahren sind insgesamt nur 11 Studien zum Thema Amok veröffentlicht worden, deren Inhalt einen eher beschreibenden Charakter von Amokläufern anhand von Einzelfällen vorweist bzw. sich auf die Unterform der „School Shootings“ bezieht, wobei letztere den Schwerpunkt fast ausschließlich auf präventive Aspekte legt. Diesem Defizit soll mit dieser Forschungsarbeit entgegen gewirkt werden. Die Studie soll über Häufigkeiten und Dispositionen zum Begehen dieser besonderen Straftat aufklären, wobei sie sich auf objektive Angaben aus den polizeilichen Ermittlungsakten von insgesamt 45 Amokläufen in Deutschland stützt.

## 1.1 Begriffsdefinitionen

Im Duden erscheint das Wort „Amok“ erstmals 1973, und wird als „wütend, rasend“, abgeleitet vom malaiischen Begriff „amuk“, erläutert.

Für die Bezeichnung „Amok“ existiert keine allgemein gültige psychologische, kriminologische, juristische, medizinische oder sozialwissenschaftliche Definition, woraus sich für die wissenschaftliche Forschung, neben dem Seltenheitscharakter dieser Tat und dem teilweise Versterben des Amokläufers nach der Tat, Schwierigkeiten ergeben.

### 1.1.1 Medizinische Definitionen

Das „Internationale Klassifikationssystem psychischer Störungen“ (ICD-10) [55] definiert den Begriff Amok im Anhang II als *eine willkürliche, anscheinend nicht provozierte Episode mörderischen oder erheblich destruktiven Verhaltens, gefolgt von Amnesie oder Erschöpfung. Viele Episoden gipfeln im Suizid.* Diagnostisch wird es den *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* mit der Kodierung F68.8 zugeordnet.

Im amerikanischen Diagnosesystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ in der vierten Auflage (DSM-IV-TR) [39] wird Amok unter *Dissoziative Störungen und Störungen der Impulskontrolle* aufgelistet und als *eine dissoziative Episode, die durch eine Periode des Grübelns charakterisiert ist, auf die ein Ausbruch gewalttätigen, aggressiven oder menschengefährdenden Verhaltens folgt, das sich auf Personen und Objekte richtet.* beschrieben.

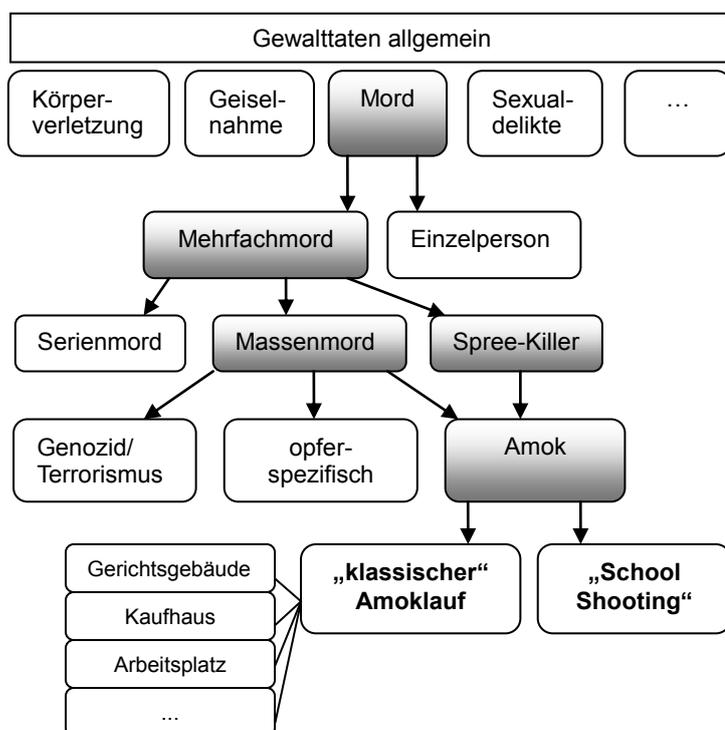
Im englischen Sprachgebrauch gibt es für Amokläufe eine Fülle an Synonymen: Mass Murder, Multiple Murder, School Shootings, Murder-Suicide, Homicide Followed by Suicide, Multiple Homicide, Extreme Killing, etc [12]. Bei einer beachtlichen Anzahl von Amokläufern liegen Hinweise vor, dass der Täter als finalen Abschluss seiner Tat seinen eigenen Tod lange im Voraus geplant hat. Diese Täter werden dann „Extrafamiliar Homicide Suicide“ genannt.

### 1.1.2 Kriminologische Definitionen

Im amerikanischen Standardwerk zur Klassifizierung von Gewalttaten („Crime Classification Manual“) wird der Begriff Amok der Rubrik für Mehrfachmörder zugeordnet [27]. Hier werden insgesamt drei Arten von Mehrfachtötungen unterschieden (zit. nach Füllgrabe [26]):

1. Massenmörder (mass murderer): Täter, die an einem Ort zum gleichen Zeitpunkt viele Menschen töten.
2. Mörder auf „Tötungstour“ (murderer on spree): Täter, die im Verlauf des gleichen Zeitraumes an verschiedenen Orten mehrere Menschen töten.
3. Serienmörder (serial killers): Täter, die in zeitlichem Abstand an verschiedenen Orten Menschen töten.

In Anlehnung an Scheithauer [40] definiert sich ein Amoklauf kriminologisch wie folgt: *Bei einem Amoklauf handelt es sich um die (versuchte) Tötung mehrerer Personen durch einen einzelnen, bei der Tat körperlich anwesenden Täter mit (potentiell) tödlichen Waffen innerhalb eines Tatereignisses ohne Abkühlungsperiode, das zumindest teilweise im öffentlichen Raum stattfindet.*



**Abbildung 1:** Beziehung zwischen Gewaltdelikten, Mord, Mehrfachmorden und Amok (in Anlehnung an Bondü [17])

Abbildung 1 zeigt die oben beschriebene kriminologische Einordnung von Amokläufen in die polizeilich-kriminologische Unterteilung von Gewaltstraftaten. Amokläufe an Schulen (sog. „School Shootings“) stellen demnach eine spezielle Unterform des Amoklaufes dar.

### 1.1.3 Sonderform des Amoks

In den letzten Jahren hat sich der Begriff „*School Shooting*“ als Unterform des Amoklaufes herausgebildet. Er bezeichnet einen (zumeist vorbereiteten) Amoklauf eines Täters an einer Schule, der zielbewusst Schüler und Lehrer verletzt bzw. tötet. Hierbei handelt es sich in den meisten Fällen um (ehemalige) Schüler der Schule, welche eine direkte Verbindung zum Tatort haben und sich diesen gezielt als solchen aussuchen. Eine einheitliche Definition von „*School Shooting*“ existiert nicht, zumal mehrere Autoren synonym andere Begrifflichkeiten verwenden wie beispielsweise „*school attacks*“, „*rampage*“ oder „*classroom avenger*“ [17]. In den deutschen Printmedien wird auch immer wieder der Begriff „*Schulmassaker*“ verwendet.

Im Zusammenhang mit Amokläufen an Schulen wird zunehmend der Begriff des „*Leakings*“ verwendet. Beim „*Leaking*“ zeigt der Täter im Vorfeld seiner Tat seine Gewalt- bzw. Tötungsfantasien direkt oder indirekt an. Diese Besonderheit bietet eine Möglichkeit der Verhinderung von solchen Gewalttaten, und dient daher als Basis für Präventionsprojekte wie zum Beispiel das „*Berliner Leaking Projekt*“ [41]. Ziel dieses Projektes ist es, potentielle Täter zu erkennen und zielgerichtete Schulgewalt zu verhindern.

## 1.2 Historie und aktueller Forschungsstand des Amoks

Die Herkunft des Begriffs „*Amok*“ stammt ursprünglich aus dem malaiischen Raum, und war dort sowohl ein Kampfruf unter Kriegerern als auch ein Kampfruf einzelner Personen, die mit dem Ausruf „*Amuk*“ ihre Bereitschaft und Absicht zu Töten kundtaten. Äquivalent dazu riefen die Javanesen „*amokan*“ und die Krieger der Malabarküste Südwestindiens „*amoucos*“. Der historische, malaiische Begriff *Amok* bedeutet: „*tateinheitliche, raptusartige Angriffe auf mehrere Personen zumindest in eindeutiger Tötungsabsicht mit zumindest billigend in Kauf genommener Gefahr der eigenen Tötung*“ [2].

Trotz der Dramatik der Ereignisse gibt es kaum nationale oder internationale wissenschaftlich fundierte Studien über diese Art von Mehrfachtötungen. Die bisher umfangreichsten Analysen über Amokläufe in Deutschland wurden von Adler und Mitarbeitern [1, 2, 3, 4, 44] durchgeführt, wobei ausschließlich Pressemitteilungen von Amokläufen analysiert wurden. Hoffmann [29] und Robertz [38] untersuchten „*School Shootings*“ mit dem Schwerpunkt präventiver Ansätze. Lindquist et al. [32] haben mit ihrer Analyse von 14 Amokläufen in Schweden aus dem Zeitraum 1960-1995 eine erste europäische Arbeit über „*School Shootings*“ veröffentlicht.

In der englischsprachigen Datenbank „pubmed“, in der alle medizinisch-wissenschaftlichen Arbeiten gelistet sind, ergibt die Suche nach Veröffentlichungen mit den Suchbegriffen „Amok“ bzw. „School Shootings“ insgesamt nur 52 Artikel im Zeitraum von 1953 bis 2013, wobei lediglich 11 Studien in den letzten 10 Jahren veröffentlicht wurden (Stand 31.12.2013).

### **1.2.1 Indisch-malaiischer Amok**

Die internationale Forschung fokussierte sich beginnend auf Amok in den fernöstlichen Ländern, wo die ersten Berichte von Amokläufen herkamen (vgl. [30]).

Der erste beschriebene Amoklauf geht ins Jahr 1503 zurück. Krieger aus Südindien erklärten sich selbst zu „amoucos“, zogen ins feindliche Land, und töteten dort wahllos bis sie selbst getötet wurden. Der damit einhergehende Tod der eigenen Person entsprach den kulturellen und sozialen Riten. Im Regelfall dürften aber „amoucos“ eher eine Elitegruppe aus einem ohnehin kriegerischen Volk (Nayros) gewesen sein, die für eine festgelegte Zeit wahllos alle Bewohner des gegnerischen Königreiches im Auftrage des Königs angriffen [2]. Über Einzelkämpfer in Südindien wird in der Literatur nicht berichtet [46]. Seit dem 15. Jahrhundert gibt es über Amokläufe in Malaysia erste Berichte [2], wobei die Ursprünge der militärischen Amokläufe bis ins 14. Jahrhundert zurückreichen sollen. Als erster Europäer soll Captain Cook 1770 bei seiner Weltumsegelung „das Amoklaufen“ beobachtet haben [47], und brachte den Ausdruck „Amok“ mit nach Europa.

Neben dem kriegerischen Gruppen-Amok hat es auch individuelle Amokläufe gegeben. Die ersten Erwähnungen von individuellem Amok reichen bis ins frühe 15. Jahrhundert hinein [2]. In Malaysia haben zahlungsunfähige Schuldner versucht sich durch Amoklaufen der Versklavung zu entziehen [2]. Duarte Barbosa bezeichnete 1512 mit „amuco“ Menschen, die sich nach überstandener Krankheit als Dank an die Götter, mit Messer und Speer bewaffnet, in die Menge stürzten und rückhaltlos jeden töteten, der sich vor ihrem Warnruf und zugleich Kampfruf „amuco“ nicht in Sicherheit bringen konnte, bis sie selbst getötet wurden [2]. Indisch-malaiische Amokläufer waren durch ihren Kampfruf „vogelfrei“, und durften legal von allen bekämpft werden [34]. Demnach nahmen sie eine Tötung der eigenen Person in Kauf, wobei der Amokläufer sich oft selbst nach der Tat tötete. Neben den vorgenannten Motiven spielten auch Eifersuchts- und partnerschaftliche Konflikte eine tragende Rolle [34]. Oft aber ließen sich aufgrund fehlender Begründungen der überlebenden Täter keine auslösenden Ursachen eruieren [2].

Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts gab es kaum Berichte über individuelle Amokläufe im indisch-malaiischen Raum. Nach Adler haben Amokläufe dann im 19. Jahrhundert wieder zugenommen, allerdings weniger mit einem religiös-kriegerischen Bezug [2]. Jetzt überwiegt als Ursache die Annahme eines „krankhaft abweichenden Verhaltens“, womit weniger eine Kriminalisierung als Pathologisierung dieser Taten einherging [47].

Nach Adler [2] lassen sich phänomenologisch vier Phasen des malaiischen Amoks unterscheiden:

1. Eine Kränkungen und Objektverlusten nachfolgende Phase des intensiven Grübelns bzw. der Depression mit Rückzug von der Umwelt.
2. Darauf folgend ein explosionsartig, unvorhersehbarer Angriff mit rücksichtsloser Tötungsbereitschaft, wobei der Amoklauf nicht selten bei der Familie begann und sich dann wahllos ausweitete.
3. Es folgte eine oft mehrstündig anhaltende, oft ungesteuerte, mörderische Raserei, bis der Amokläufer entweder durch Fremd- oder Eigeneinwirkung getötet bzw. kampfunfähig gemacht wurde.
4. Überlebende Täter verfielen gelegentlich in einen stunden- bis tagelangen, schlafähnlichen oder stuporösen Zustand. Zudem gaben sie an, keine Erinnerung an die Tat zu haben.

Mehrere Autoren zeigten, dass es sich bei malaiischen Amokläufern fast ausschließlich um Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren handelt [34, 42, 46], wobei in unterschiedlichen Arbeiten sowohl Täter aus bildungsarmen als auch bildungsreichen Milieus beschrieben werden [46, 52]. Diskutiert wird als Basis des Amoklaufes im malaiischen Raum die kulturspezifische Komponente („Culture-Bound-Syndrom“): Ehre durch Amoklauf versus Ehrverlust durch Suizid. Dementgegen haben andere Autoren große Anteile an psychiatrischen Diagnosen bei den Tätern beschrieben [42]. Neben dem typischen depressiven Rückzug der Täter vor der Tat, der fast von allen Autoren beschrieben wird, reicht das Spektrum psychiatrischer Diagnosen von schweren Psychosen bis hin zu kaum noch krankhaft zu bezeichnenden bzw. fraglichen Persönlichkeitsvarianten [2]. Im indisch-malaiischen Raum gab es insgesamt drei Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen: Schmidt et al. [42] untersuchte 24 Amokläufer, von denen 9 die Diagnose Schizophrenie hatten, weitere 5 litten unter einer affektiven Psychose und jeweils 3 an paranoiden Reaktionen bzw. einer hirnorganischen Erkrankung (Epilepsie). Carr [22] hingegen berichtet von nur 5 Psychotikern bei einer Stichprobengröße von 21 und Westermeyer [51], der eine

Stichprobe von 20 Amokläufern in Laos untersuchte, berichtet von 15 intoxikierten Tätern.

### 1.2.2 Amok in Amerika

Im angloamerikanischen Raum stand bei der Betrachtung von Massenmördern der Begriff der „katathymen Krise“ [49, 50] im Mittelpunkt, der inhaltlich in die „explosiblen Störungen“ des DSM III/ IV passte [2]. Hierbei kommt es infolge eines traumatischen Erlebnisses zum sozialen Rückzug und zu einer Art Denkstörung, bei der sich die Gedanken auf aggressive Fantasien fokussieren unter Verlust des Realitätsbezuges. Aus dieser gedanklichen Einengung entsteht dann die Idee zur Begehung einer Gewalttat, welche dann raptusartig umgesetzt wird [2]. Amokläufer erhielten unterschiedliche Bezeichnungen wie beispielsweise „sudden murderer“ oder „blind rage“, wobei Letzteres eher den „dissoziativen Störungen“ zugeordnet wurde [45]. Als Prototyp der angloamerikanischen Literatur gilt der Amoklauf des Charles Whiteman am 01. August 1966 [13]:

Whiteman erstach im Alter von 25 Jahren zunächst seine Mutter und seine Ehefrau, anschließend erschoss er im und vom Campusturm in Austin, Texas, 14 Fremde und verwundete weitere 32 Personen. Noch im März 1966 habe er einen Arzt konsultiert und ihm von seinen Fantasien, auf einen Turm zu steigen und Menschen zu erschießen, berichtet. Er hinterließ einen Abschiedsbrief voller Hass gegen seinen Vater, welchem er mit seinen Tötungshandlungen Schande bringen wollte. Whiteman wurde von Polizeibeamten überwältigt und erschossen. Bei seiner Autopsie ist neben dem rechten Mandelkern ein Hirntumor diagnostiziert worden [13].

Arboleda-Florez [9] verglich mehrere Amokläufe in Amerika mit malaiischen Amokläufen und arbeitete den „Typus eines jungen, schizoid-paranoiden Mannes mit aggressiven Impulsen“ heraus, der ein hohes Geltungsbedürfnis gepaart mit einer hohen Verletzlichkeit aufweist.

Amok und amokähnliche Handlungen wurden weltweit unter anderem als Sonderform einer Homicide-Suicide-Handlung interpretiert [2], wobei die Anzahl überlebender Täter, die sich nicht suizidierten und dies auch nicht beabsichtigten, dagegen sprechen. Im angloamerikanischen Raum wurden bisher depressiven Syndromen die höchste Bedeutung bei der Begehung von amokähnlichen Handlungen zugesprochen, wobei zudem auch narzisstische, paranoide und schizophrene Störungen als alleinige Auslöser bzw. gekoppelt an depressive Syndrome diskutiert wurden [6, 33]. Anstey et

al. [8] beschreiben Massenmorde als „defensive Reaktion“ im Sinne einer „krankhaften Abwehr“ gegen die wahrgenommene existenzielle Bedrohung.

Infolge der zunehmenden, hohen Opferzahlen bei Amokläufen in den USA – vornehmlich bei sog. „School Shootings“ – beschäftigen sich Wissenschaftler in Amerika seit den 90er Jahren vermehrt mit der Analyse der plötzlichen, bewaffneten Angriffe von Schülern auf Mitschüler und Lehrer [10, 35, 37]. Dabei wird betont, dass das selbsternannte Ziel, so viele „Gegner“ wie möglich zu töten, aus kulturellen Gründen mit dem Verzicht auf das eigene Leben einhergeht [37]. Hierbei wird auf die verbalen und nonverbalen Anzeichen solcher Taten hingewiesen, welche vor allem von (Schul-) Amokläufern, die aufgrund des Motivs Rache töten, im Vorfeld der Tat getätigt werden. Ziel der Täter sei der Wunsch, von den Mitmenschen „verstanden zu werden“ [37]. Daneben wird in einigen Arbeiten wiederholt der Einfluss von gewaltverherrlichenden Computerspielen (sogenannten „Ego-Shootern“) als ein ursächlicher Faktor für das Begehen dieser Straftaten diskutiert [7, 25]. Auch Preti [37] macht in seinem Artikel auf Nachahmungen von gewaltverherrlichenden Medien aufmerksam, und bringt den Begriff „Werther-Effekt“ in Zusammenhang mit Massenmorden.

### **1.2.3 Amok in Deutschland**

Seit dem 20. Jahrhundert wurden auch in Europa zunehmend Amokläufe bekannt.

Analog zum Amoklauf des Charles Whiteman gilt der Fall des Hauptlehrers Wagner als Prototyp von Amokläufen in Deutschland.

Hauptlehrer Ernst Wagner erstach am 04. September 1913, im Alter von 38 Jahren, zunächst zu Hause seine Ehefrau und vier Kinder, erschoss dann im Dorf Mühlhausen (bei Stuttgart) wahllos 8 Mitmenschen, verletzte weitere 12 schwer, und zündete anschließend mehrere Häuser an. Wagner konnte überwältigt werden, und wurde von dem Psychiatrieordinarius in Tübingen, Gaupp, psychiatrisch begutachtet. Dieser diagnostizierte eine krankhafte seelische Störung (eine wahnhafte Störung, „Paranoia“), und stufte ihn somit als schuldunfähig ein, wonach Wagner in eine forensisch-psychiatrische Heilanstalt eingewiesen wurde [27]. An der Universität Düsseldorf wurde das Gehirn des Hauptlehrers Wagner von Bogerts [13] neurohistologisch untersucht. Die neuropathologische Untersuchung erbrachte in einer zentralen limbischen Struktur (linker Gyrus parahippocampalis) eine räumlich umschriebene kortikale Entwicklungsstörung. Vergleichbare Befunde wurden auch bei schizophrenen Patienten beschrieben [13, 16].

Im deutschsprachigen Raum dominierten lange Zeit ausschließlich kasuistische Beschreibungen über amokähnliche Handlungen und deren Täter. Eine erste wissenschaftliche Untersuchung an 119 Massenmorden wurde 1920 von Wetzel veröffentlicht, wobei es sich nicht ausschließlich um Amokläufe handelt. Die Analyse zeigt, dass 69 Prozent der Massenmorde von „Geisteskranken“ und nur 31 Prozent von „gesunden“ Tätern begangen wurden [53]. Bei der genaueren Betrachtung der Täter-Opfer-Beziehungen zeigte sich, dass das Morden von Verwandten, welches sich dann auf das Töten Nichtverwandter ausbreitete, nahezu ausschließlich von „geisteskranken Männern“ (im Sinne von Männern mit Epilepsien und Paranoia) vollzogen wurde. Schizophrene ermordeten überwiegend Bekannte und Fremde ohne suizidale Absichten. Wetzel kam daher zu dem Schluss, dass plötzliche Tötungshandlungen Schizophrener und „Geisteskranker“ Folge ihrer Wahrnehmungsverzerrung zwischen der Realität und dem Wahn sind [2].

Aus neuerer Zeit sind die Arbeiten der Arbeitsgruppe um Adler [1, 2, 3, 4, 5, 44] richtungsweisend. In Deutschland war zunächst, vermutlich in Folge des aufsehenerregenden Amoklaufes von Ernst Wagner, eine starke Psychiatisierung in der Erörterung von Amok zu verzeichnen [28]. Erst in den letzten Jahren gibt es in Deutschland eine vermehrte wissenschaftliche Betrachtung des Phänomens Amok [1, 2, 43]. Der Großteil der Analysen stützt sich auf Medienberichte, weswegen die empirischen Daten vornehmlich beschreibenden Charakter haben und über eine fragliche Objektivität verfügen. Dennoch sind aus den Studien interessante Erkenntnisse veröffentlicht worden, welche sich als hilfreich für weitere wissenschaftliche Annäherungen an das Phänomen Amok erwiesen haben.

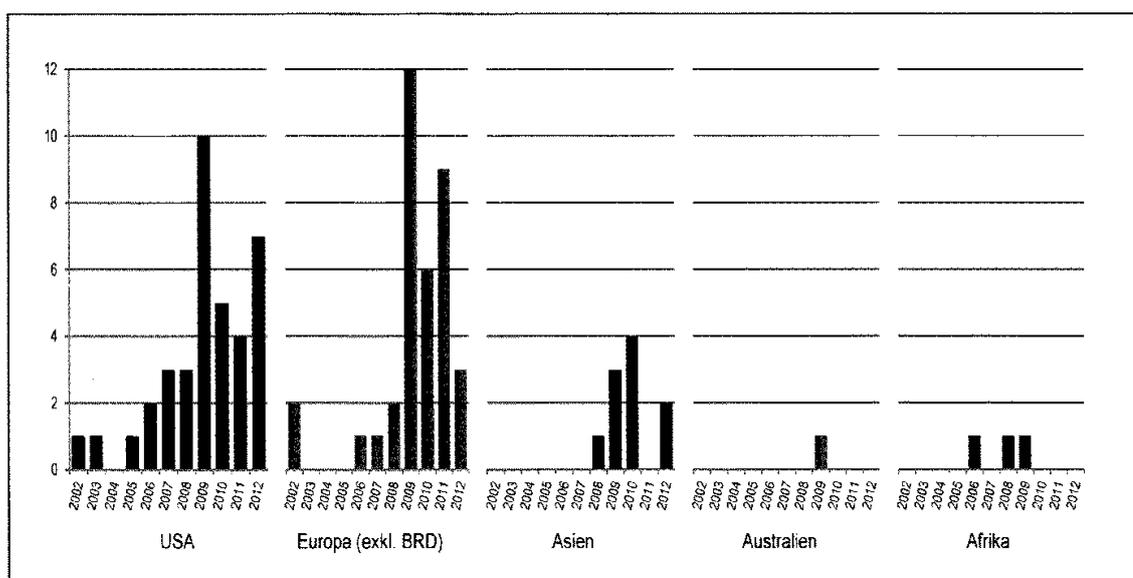
Adler [1] konnte bei insgesamt 64 Amokläufern eine psychiatrisch-diagnostische Zuordnung vornehmen. Dabei handelt es sich um 20 Suchtmittel-Intoxikierte, 17 Psychotiker, 5 Wahnkranke, 15 Psychopathen und 7 Affekttäter. Am häufigsten waren Amokläufe, bei denen nur Fremde Opfer wurden [1]. Einen deutlichen Unterschied der Tätergruppen zeigt sich anhand des Alters: „Wahllos bzw. Fremde angreifende Amokläufer waren signifikant jünger, reine Familienamokläufer älter.“ [1]. 27 Prozent der Amokläufe in Deutschland endeten mit einem vollendeten und weiter 8 Prozent mit einem versuchten Suizid. Ein tödliches Ende durch Polizeigewalt kommt laut Adler fast nur im Ausland vor. In der Literatur wird von Tötungen infolge des polizeilichen Eingriffs von 7 Prozent [44] bis 16 Prozent [43] berichtet.

### 1.3 Häufigkeiten des Phänomens Amok

Medien verbreiten derzeit den Eindruck von einer zunehmenden Gefahr durch Amokläufe, vor allem beim Tatort Schule. Preti [37] berichtet von einer Zunahme von „School Shootings“ in Nordamerika und einer damit einhergehenden weiteren Verbreitung des Phänomens in Europa.

#### 1.3.1 Internationale Häufigkeit von Amokläufen

Eine allgemeingültige Angabe von international verübten Amokläufen existiert in der Literatur nicht, was zum einen der erst in jüngsten Jahren fokussierten Beschäftigung mit diesem Phänomen und zum anderen verschiedenen Definitionen von Amok geschuldet sein dürfte. In Vorbereitung dieser Dissertationsschrift wurden eigens alle pressewirksamen Amokläufe des In- und Auslandes im Zeitraum von 2002 bis 2012 verfolgt und dokumentiert. Dabei zeigt sich aufgeteilt nach Kontinenten folgende Häufigkeitsverteilung:



**Abbildung 2:** Häufigkeiten von pressewirksamen Amokläufen im Zeitraum von 2002-2012 je Kontinent.

Die Abbildung 2 zeigt, dass Medienberichte über Amokläufe in Australien und Afrika gegenüber der USA und Europa unterrepräsentiert sind. Sowohl in den USA als auch Europa zeichnet sich seit 2006 eine Zunahme von Amokläufen ab, wobei eine verzerrte Repräsentation von Medienberichten neuerer Amokläufe hier nicht ausgeschlossen werden kann.

Repräsentativer sind im Vergleich dazu die veröffentlichten Angaben zur Unterform der Schulamokläufe. Weltweit hat es bisher ca. 150 „School Shootings“ gegeben [5]. In der Tabelle 1 sind die von Preti [37] berichteten Häufigkeiten von „School Shootings“ gelistet.

**Tabelle 1:** Häufigkeiten von „School Shootings“ nach Preti [37]

Land des Amoklaufes	Anzahl der Amokläufe	Zeitraum
USA	44	1966-2008
Kanada	7	1975-2007
Europa	7	1989-2008
übrige Länder	5	1997-2008

Aus den genannten Häufigkeiten der Tabelle 1 ergibt sich durchschnittlich 1,0 Schulamokläufe pro Jahr in den USA, in Europa 0,4 pro Jahr und 0,2 pro Jahr in Kanada. Damit waren „School Shootings“ in den vergangenen Jahrzehnten in den USA im Vergleich zu den anderen Ländern am häufigsten.

### 1.3.2 Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland

In Deutschland sind Amokläufe sehr seltene Ereignisse. Die subjektive Einschätzung vieler, dass Amokläufe in den vergangenen Jahren in ihrer Häufigkeit zugenommen haben, konnte bisher nicht bestätigt werden. Adler [3] hat den Zeitraum 1980-2000 in zwei Dekaden unterteilt und die Häufigkeiten der Amokläufe in Deutschland anhand von Presseberichten ausgezählt (Tabelle 2).

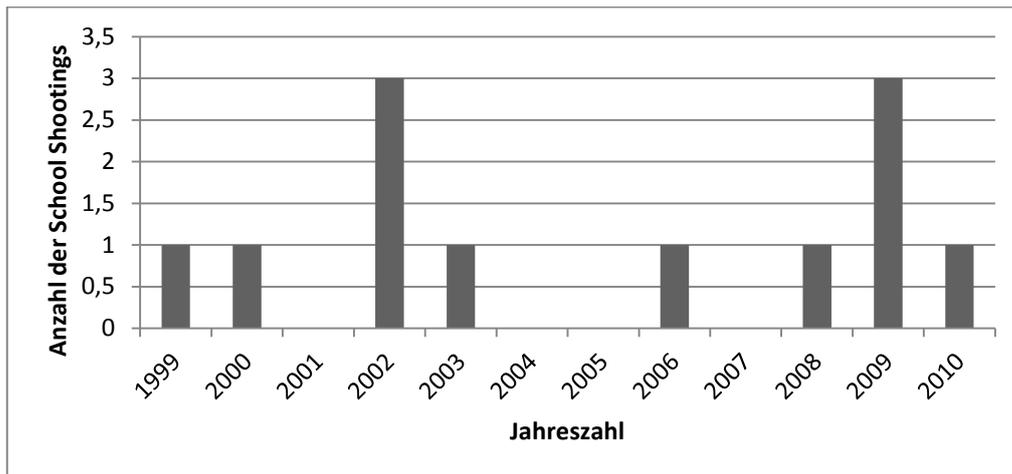
**Tabelle 2:** Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland in den letzten 2 Dekaden (nach Adler [3])

Dekade:	1980 – 1989	1991 – 2000
Anzahl an Amokläufen:	50	54
Amokläufe pro 1 Mio. Einwohner:	0,8	0,68

Tabelle 2 zeigt, dass sich in der 2. Dekade (1991-2000) 4 Amokläufe mehr ereigneten, aber die Auftretenswahrscheinlichkeit auf die Einwohnerzahl gerechnet sinkt. Adler et al. [3] kommen daher zu dem Ergebnis, dass sich die Anzahl von Amokläufen in den beiden Dekaden 1980-1989 und 1991-2000 unwesentlich voneinander unterscheiden. In Anlehnung an den bereits erwähnten Werther-Effekt zeigten Schmidtke et al. [43] in ihrer Studie, dass sich 44 Prozent aller Amokläufe innerhalb von 10 Tagen (Chi-

Quadrat: 30.9,  $p < .0001$ ) nach einer ausführlichen Berichterstattung über einen vorherigen Amoklauf ereigneten.

Bondü [17] zeigt in ihrer Arbeit eine Auflistung der „School Shootings“ in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2010. Grafisch lässt sich die Häufigkeitsverteilung folgendermaßen darstellen (Abbildung 3):



**Abbildung 3:** Häufigkeit von School Shootings in Deutschland von 1999 bis 2010 (Bondü [17])

Anhand der Abbildung 3 zeigt sich für Deutschland eine ähnliche Wahrscheinlichkeit eines Schulamoklaufes wie in den USA, da im Durchschnitt des Zeitraumes 1999-2010 1,0 Amokläufe pro Jahr in Deutschland auftraten. Der von Schmidtke et al. [43] berichtete Zusammenhang eines vermehrten Auftretens von Amokläufen in Folge von Nachahmungseffekten kann hier auch bestätigt werden. 2002 ereignete sich der Schulamoklauf von Erfurt und 2009 der in Winnenden. Beide „School Shootings“ sind medienwirksam präsentiert worden.

Zusammenfassend lässt sich über Amokläufe berichten, dass sie sehr selten, und damit schwierig unter den epidemiologisch fundierten Forschungsmethoden zu analysieren, sind. Hinzu kommt, dass ein Großteil der Täter nach dem Amoklauf durch Suizid verstirbt, was eine nachträgliche Exploration und Motivationsanalyse bei diesen Tätern unmöglich machen.

## 1.4 Fragestellung und Hypothesen

Ziel dieser Studie ist es zum einen, die Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland zu analysieren und deren Veränderung zu untersuchen. Zum anderen sollen anhand von Tat- und Tätermerkmalen Täterprofile von Amokläufern erstellt werden. Es leiten sich zwei Fragestellungen ab:

- Hat sich die Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland innerhalb der letzten Jahrzehnte verändert?
- Ist es möglich unterschiedliche Tätertypen von Amokläufern zu identifizieren?

Die nachfolgend genannten Hypothesen ergeben sich aus dem aktuellen Forschungsstand, welcher im Kapitel 1 dargestellt wurde und somit nicht explizit wiederholt wird. Darüber hinaus liegen vor allem für die Tätertypologisierung wenig empirische Daten vor. Vor diesem Hintergrund werden nachstehend explorative Hypothesen gestellt.

### 1.4.1 Prävalenz von Amokläufen in Deutschland von 1990 bis 2010

Nicht zuletzt infolge von medialen Berichterstattungen nach Amokläufen wird der Eindruck vermittelt, dass das Amoklaufen in den vergangenen Jahren in der Häufigkeit zugenommen hat.

HYPOTHESE 1: Es gibt innerhalb des Zeitraumes von 1990 bis 2010 keine Zunahme in der Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland.

HYPOTHESE 2: Es gibt zwischen den Bundesländern keine Unterschiede in der Häufigkeit von Amokläufen.

### 1.4.2 Typologisierung von Amokläufern

Kernstück dieser Dissertation ist das Identifizieren von Täterprofilen von Amokläufern.

In der Literatur wird von mehreren Autoren das Vorliegen einer psychotischen Erkrankung diskutiert [2, 9, 42]. Arboleda-Florez [9] arbeitete den Typ eines jungen schizoid-paranoiden Mannes heraus. Adler [2] berichtet von Amokläufern im Alter von

20 bis 50 Jahren, andere Autoren berichten von vor allem jugendlichen Tätern [17, 37]. Diese vorgenannten Ergebnisse sind die Basis der Tätergruppierung.

HYPOTHESE 3: Amokläufer lassen sich aufgrund ihres Alters und dem Vorliegen einer psychotischen Erkrankung in 3 Tätergruppen unterteilen:

1. Täter, die im Rahmen eines Wahnerlebens handeln.
2. Nicht-psychotische, erwachsene Täter mittleren Alters.
3. Nicht-psychotische, jugendliche Täter.

Basierend auf der Hypothese 3 sollen bei Bestätigung des Vorliegens der oben genannten drei Täterttypen deren Charakterisierung vorgenommen werden. Die folgenden Hypothesen ergeben sich aus dem aktuellen Forschungsstand bzw. sind explorative Fragestellungen, sofern noch keine empirischen Forschungsergebnisse vorliegen. Vor allem die Beschreibung der Untergruppen der Täter erfolgt explorativ.

HYPOTHESE 4: Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf den sozialen Status:

Täter der Gruppe 1 haben im Vergleich zur Tätergruppe 3 ihre Schulausbildung und Lehre bereits abgeschlossen. Täter der Gruppe 2 sind aufgrund ihrer Erkrankung arbeitslos.

HYPOTHESE 5: Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Psychopathologie voneinander:

Täter der Gruppe 1 sind im Gegensatz zu den Tätern der Gruppe 3 in ihrer Persönlichkeit gestört und in der Vergangenheit bereits wegen Depressionen ärztlich behandelt worden. Täter der Gruppe 2 sind Psychotiker und Schizophrene.

HYPOTHESE 6: Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Planung und Vorbereitung der Tat voneinander:

Während die Täter der Gruppen 1 und 2 spontan handeln, sind die Taten der Täter der Gruppe 3 über einen längeren Zeitraum geplant. Letztere konsumieren zur Enthemmung vor der Tatbegehung Alkohol und/ oder Drogen.

HYPOTHESE 7: Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die tatauflösenden Bedingungen:

Täter der Gruppen 1 und 3 handeln infolge des Verlustes eines stabilisierenden Faktors. Täter der Gruppe 2 handeln im Rahmen eines Wahnerlebens.

HYPOTHESE 8: Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Art des Tatortes *nicht* voneinander.

HYPOTHESE 9: Die Tätergruppen unterscheiden sich *nicht* bei der Wahl der Tatwaffe; die meisten Täter aller Tätergruppen verwenden eine Schusswaffe.

HYPOTHESE 10: Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Beziehung zu den Opfern.

Täter der Gruppe 1 und 3 töten bzw. verletzen größtenteils ihnen bekannte Personen, während Täter der Gruppe 2 ihnen unbekannte Opfer (Fremde) töten bzw. verletzen.

HYPOTHESE 11: Ein Teil der Täter ist wegen psychosebedingter Einsichtsunfähigkeit schuldunfähig im Sinne des § 20 StGB (Strafgesetzbuch).

## 2 Material und Methoden

Mit Hilfe der typischen Selektionskriterien bei Straftaten (beispielsweise Paragraf des Straftatbestands) kann in der vorliegenden Studie die elektronische Vorgangsverwaltung einer Staatsanwaltschaft keine Fälle ermitteln, da es für das Delikt des „Amoklaufens“ keine eindeutige Zuordnung nach dem Strafgesetzbuch (StGB) gibt. Es war demnach notwendig Amokläufe über verschiedene Suchmaschinen (Internet und Zeitungen) ausfindig zu machen, diese der zuständigen Staatsanwaltschaft zuzuordnen und die Einzelfälle schriftlich bei den Ermittlungsbehörden abzufordern.

### 2.1 Datenquellen

Die Erhebung von Amokläufen in Deutschland erfolgte mittels Literatursichtung und Internetrecherchen anhand der Schlüsselwörter „Amok“, „Amoklauf“, „Amokläufer“, „(Schul-) Massaker“ und „School Shooting“. Diese Suche stellte sich als sehr schwierig dar, weil eine enorm große Anzahl an Artikeln von Taten auftauchte, die zum Teil keine Amoktaten waren.

In der vorliegenden Studie wurde die Definition des Amoklaufs von Scheithauer [40] zugrunde gelegt (siehe Kapitel 1.1.2). Eine Amoktat liegt demzufolge dann vor, wenn mindestens ein Täter, unter Zuhilfenahme mindestens eines Tatwerkzeuges, versucht mehrere Personen zu töten bzw. zu verletzen. Dabei findet diese Tat an mindestens einem Ort statt, kann sich aber auf mehrere Tatorte ausweiten. In diesem Fall müssen die Taten im gleichen Zeitraum stattfinden [40].

Für jeden bekannt gewordenen Amoklauf wurde, sofern Kenntnisse zum genauen Tatzeitpunkt, eine nähere Beschreibung des Täters bzw. des Tatortes vorlag, die jeweilige Staatsanwaltschaft schriftlich um Übersendung der Ermittlungsakte (insbesondere der Urteilsschrift und des Forensisch-Psychiatrischen Gutachtens) gebeten. Die zuständigen Ermittlungsbehörden lassen sich anhand des Tatortes mit Hilfe der Homepage <http://www.justizadressen.de> unproblematisch zuordnen.

### 2.2 Datenmaterial für die Tätertypologie

Untersuchungsgegenstand dieser Studie sind staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten *verurteilter* Amokläufer. Ausgewertet wurde ausschließlich schriftliches Material, welches in anonymisierter Form vorlag. Dabei handelt es sich in allen Fällen um das Forensisch-Psychiatrische Gutachten und das Urteil. In einigen Fällen konnten zudem

weitere Dokumentationen, vor allem Beschreibungen von Polizeibeamten zum Tatort und Tatablauf sowie Vernehmungsprotokolle, gesichtet werden. Die Gutachten der Sachverständigen und Urteilschriften beinhalten in allen Fällen ausführliche Informationen zu den Tätern, den Rekonstruktionen der Tatabläufe, Tatplanungen sowie Angaben über die Opferanzahl.

### **2.2.1 Vorteile und Einschränkungen des Datenmaterials**

Bei der Analyse von Ermittlungsakten hat der Untersucher keinen Einfluss auf die Datenerhebung, das heißt vorliegende Daten wurden nicht zum Zwecke dieser Studie erhoben, sondern dienen der Strafverfolgung und Aufklärung. Das hat den Vorteil, dass keine Verzerrungen seitens des Untersuchers vorliegen, da die Informationen nicht für diese Studie erstellt wurden. Aufgrund des fehlenden Einflusses auf die Daten sind einige Angaben gar nicht, unvollständig, selektiv und/ oder unsystematisch erfasst [56]. Schwierigkeiten bereiten bei Aktenanalysen vor allem fehlende Daten zu einzelnen Fragestellungen bzw. Variablen. In dieser Studie wurden diese „Fehldaten“ als „unbekannt“ kodiert, weil unklar bleibt, ob fehlende Angaben ein Nichtvorliegen des Merkmals bedeutet, oder ob es im Rahmen der Ermittlungen keinen Fokus auf dieses Merkmal gab, so dass die Möglichkeit besteht, dass das Merkmal vorliegt, aber nicht datiert wurde. Der Hauptfokus der Datenlage ist die in den Urteilen und Gutachten angegebene Information, da diese im Vergleich zu den Täter- oder Zeugenaussagen im Rahmen des Ermittlungsverfahrens als zutreffend eingestuft wurde.

Alle Angaben beruhen auf schriftlichen Informationen, das heißt es sind keine nonverbalen Signale auswertbar, und es gab keine Nachexplorationen oder eigene Untersuchungen der Täter.

## **2.3 Stichprobenbeschreibung**

Für die epidemiologische Betrachtung der Daten wurden von den pressewirksamen Amokläufen folgende Daten tabellarisch notiert: Tatzeitpunkt (Datum), Geschlecht des Täters und Tatort. Dabei ist ein Datensatz von 123 Amokläufern im Zeitraum von 1980 bis 2010 entstanden.

Da bis zu den 90er Jahren das Medium Internet nicht in dem heutigen Umfang genutzt wurde, wird von einer unbekanntem Fehlquote bei der Anzahl von Amokläufen in den weiter zurückliegenden Jahren ausgegangen. Daher erfolgt die Auswertung der Daten zur Häufigkeitsverteilung erst ab dem Jahr 1990. Dabei handelt es sich um insgesamt 97 Amokläufer, von denen 65 ihre Taten überlebt haben. Für die Analyse der

Tätergruppen und deren Charakterisierung sind Ermittlungsakten verurteilter Fälle Grundlage. Demnach sind Daten über Amokläufe, die mit einem Suizid des Täters endeten, nicht in diese Datenerhebung eingegangen, da es ein Gerichtsverfahren nach dem Tod des Täters nicht gibt.

Von den insgesamt 123 Amokläufen aus dem Zeitraum von 1980 bis 2010 haben 83 ihre Taten überlebt. Davon konnten 75 Amokläufer den jeweils zuständigen Staatsanwaltschaften zugeordnet und abgefragt werden. Die fehlenden 8 Amokläufe konnten aufgrund unzureichender/ widersprüchlicher Angaben den zuständigen Behörden nicht zugewiesen werden. Bei weiteren 16 Amokläufern war die Aufbewahrungsfrist der Akte bereits abgelaufen, in weiteren 12 Fällen gab es keine Rückmeldung der Staatsanwaltschaft auf die Anfrage. Somit bleibt für die Datenerhebung eine Stichprobengröße von  $N=47$ .

Für die vorliegende Studie konnten demnach von 47 Amokläufern die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten ausgewertet werden. Dabei handelt es sich um 45 Taten im Zeitraum von 1984 bis 2009. Zwei Amokläufe wurden von jeweils 2 Tätern durchgeführt.

## **2.4 Datenerhebung**

Um alle relevanten Daten der Täter und Taten für die Fragestellung der vorliegenden Studie datieren und auswerten zu können, wurde im Vorfeld ein Fragebogen erstellt. Dieser wurde anhand der übermittelten Dokumente der Staatsanwaltschaften für jeden Täter von der Verfasserin der vorliegenden Dissertationsschrift selbst ausgefüllt.

Als Grundlage für die Entstehung des Erhebungsbogens diente ein bei der Polizei verwendetes Datensystem namens ViCLAS in der Version 2.32. ViCLAS ist das Kürzel für „Violent Crime Linkage Analysis System“ („Analyse-System zum Verknüpfen von Gewaltdelikten“), und dient vorwiegend dazu, Serienstraftaten im Bereich schwerer Gewaltkriminalität effektiv und schnell zusammenzuführen [19]. Dieses Datensystem ist nicht nur bei Tötungsdelikten, sondern auch bei sexuellen Gewaltdelikten und verdächtigem Ansprechen von Kindern und Jugendlichen ein wichtiges Hilfsmittel bei der Ermittlung und Aufklärung von Straftaten. Die Erhebung von Falldaten erfolgt mittels eines umfassenden Kataloges mit 168 Fragen, dem ViCLAS-Erhebungsbogen. Diese standardisierte Fallbeschreibung soll im Wesentlichen die „festgestellten Verhaltensmuster der bekannten oder unbekanntenen Straftäter bei ihrer Tatausführung abbilden“ [19].

Für den Erhebungsbogen, der dieser Studie zugrunde liegt (siehe Anhang, Seiten 96-103), wurden die Fragen des ViCLAS-Bogens lediglich als Richtlinie angesehen. Es entstanden für das in dieser Forschungsarbeit interessierende Klientel insgesamt 62 Fragen (basierend auf den Hypothesen), die anhand der Akten der Staatsanwaltschaft zu beantworten waren. Die Fragen sind zur besseren Anpassung an die zu untersuchende Stichprobe und zum hypothesengeleiteten Vorgehen eigens formuliert. Das Verfahren der Fragebogenkonstruktion auf Basis des ViCLAS-Systems hat sich in der Vergangenheit bereits beim Typologisieren von Täterprofilen als sinnvoll erwiesen.

Widersprüchliche Angaben konnten nur dann berücksichtigt werden, wenn sie von dem Täter bestätigt oder durch den Richter als Grundlage für die Strafmaßberechnung herbei gezogen wurden.

Alle Daten aus dem Erhebungsbogen wurden in eine Datei des Statistikprogramms „SPSS“ (Statistical Package for the Social Sciences) Version 21 übertragen. Um eine bessere Handhabung bei der Auswertung der gewonnenen Daten zu ermöglichen, wurden Variablen im Nachhinein zusammengefasst oder ausdifferenziert.

Es entstand eine SPSS-Datei mit insgesamt 81 Variablen.

## **2.5 Datenauswertung**

Das Resultat der Auswertung der Daten erfolgt im Kapitel 3 (Ergebnisse) thematisch. In die Auswertungen der Merkmale sind alle kodierten Informationen einbezogen worden. Da bei insgesamt drei Datensätzen von Amokläufern die Anzahl von unbekanntem Variablenantworten über 50 Prozent lag, basiert die Datenauswertung der Charakterisierung der Tätertypen nur auf Grundlage von 44 Fällen. Da nicht von allen Amokläufern alle Daten anhand der Ermittlungsakte bekannt sind, weicht die Stichprobengröße bei einigen Variablen aufgrund fehlender Informationen ab. Die abweichende Stichprobengröße ist bei den jeweiligen Einzelauswertungen explizit ausgewiesen.

### **2.5.1 Häufigkeit von Amokläufen**

Zur Beantwortung der Häufigkeitsverteilungen wurden der Mann-Whitney-U-Test und der t-Test angewandt. Die (lineare) Rangstatistik Mann-Whitney-U ist ein parameterfreier Test, der bei ordinalskalierten Variablen zum Einsatz kommt. Er dient zur Überprüfung der Signifikanz der Übereinstimmung zweier Verteilungen, das heißt

er vergleicht, ob zwei unabhängige Verteilungen zur selben Grundgesamtheit gehören. Der U-Test vergleicht die Summe der Ränge für die Teilnehmer jeder Gruppe miteinander. Dabei werden die Merkmalsträger beider Gruppen in eine gemeinsame Rangreihe gebracht und anschließend für jede Gruppe die Rangsumme und der Durchschnitt aller Rangplätze ermittelt. Dabei besagt die Nullhypothese, dass es keinen Unterschied zwischen den Verteilungen gibt.

Für die intervallskalierten Daten wird der t-Test für unabhängige Stichproben genutzt. Die Voraussetzungen des t-Test sind die Homogenität der Varianzen der beiden Gruppen und die Normalverteilung der abhängigen Variablen. Allerdings ist der t-Test gegen die Verletzung der Voraussetzungen ziemlich robust [18]. Mithilfe des Levene-Test lässt sich der Nachweis der Homogenität der Varianzen in den Gruppen berechnen. Der t-Test für unabhängige Stichproben testet die Nullhypothese, wonach zwei Stichproben aus Populationen mit gleichem Mittelwert stammen.

### **2.5.2 Bildung von Tätertypen**

Zur Prüfung der Annahme, ob sich die Täter hinsichtlich von Variablen in Gruppen klassifizieren lassen, wurde das explorative Verfahren der "Two-Step Cluster"-Methode, ein typisches Verfahren zur Errechnung von Täterprofilen, angewandt. Hierbei werden die Täter in Abhängigkeit ihrer Ähnlichkeit zueinander hinsichtlich bestimmter Merkmale in Gruppen eingeteilt und zunächst anhand ihrer Merkmale in einen n-dimensionalen Raum positioniert. Ein Algorithmus ermittelt die Distanzen zwischen den Tätern, und es werden jene Täter/ Fälle zu Gruppen bzw. Clustern verdichtet, die die kleinste Distanz zueinander aufweisen, da eine kleinere Distanz eine größere Ähnlichkeit bedeutet. Die Cluster sollen intern möglichst homogen sein und sich möglichst gut von den anderen Clustern unterscheiden. Die "Two-Step Cluster"-Methode ermöglicht eine Auswertung über Variablen, die ein unterschiedliches Skalenniveau aufweisen. Zur Beurteilung der Clusteranzahl wurde das BIC (Bayes'sches Informationskriterium nach Schwarz) genutzt [18, 21]. Die Anzahl der Cluster wird mithilfe des BIC-Kriteriums bestimmt, das anhand der Kombination eines BIC-Wertes und der BIC-Differenz beurteilt wird. Dabei zeigt die Auswertung die Wertigkeit der einzelnen Variablen zur Unterscheidung der Cluster mit einem Wertebereich von -1.0 (keine Wichtigkeit) bis 1.0 (maximale Wichtigkeit). In der vorliegenden Studie errechnet die Clusteranalyse insgesamt 3 Cluster, wobei 2 Variablen eine hohe Wertigkeit zur Unterscheidung der Clustertypen ausweisen: Variable „Alter“ (Wertigkeit von 1.0) und Variable „Psychose“ (Wertigkeit von 0.89). Damit wurden diese beiden Variablen als Unterscheidungskriterien zwischen den

Clustertypen als Grundlage genutzt. Dabei erreicht die Güte der Clusteranalyse eine Cluster-Qualität von 0.8, welche als „gut“ bewertet wird.

### 2.5.3 Charakterisierung der Clustertypen

Mit der Software „SPSS“ wurden zunächst die deskriptiven Maße Häufigkeit, Mittelwert und Standardabweichung berechnet. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden prüfstatische Verfahren (Chi-Quadrat-Test, Fisher's Exact Test und einfaktorielle Varianzanalyse) angewandt, um die Unterschiedshypothesen zu prüfen.

In dieser Studie wird untersucht, ob sich die verschiedenen Tätertypen hinsichtlich diverser Täter- bzw. Tatmerkmale unterscheiden. Der Großteil der gebildeten Variablen ist nominalskaliert. Zur Analyse von nominalen Daten auf Häufigkeitsunterschiede im Auftreten bestimmter Merkmale wird eine Prüfstatistik verwendet, die approximativ chi-quadrat ( $\chi^2$ )-verteilt ist [18]. Um einen Zusammenhang zwischen zwei mehrfach gestuften Merkmalen aufzudecken, wird ein  $k \times l$  -  $\chi^2$  - Test auf Unabhängigkeit berechnet, welcher folgende Nullhypothese prüft: Alle Ereignispaare „Zeilen i“ ( $i=1, k$ ) und „Spalten j“ ( $j=1, l$ ) sind stochastisch voneinander *unabhängig* [31]. Wie bei allen  $\chi^2$ -Methoden werden die beobachteten Häufigkeiten der Kontingenztabelle mit den entsprechenden – bei Zufall – erwarteten Häufigkeiten verglichen. Einzige Voraussetzung für den Pearson's  $\chi^2$  -Test ist, dass die pro Zelle erwarteten Häufigkeiten größer als 5 sind.

Bei Vorliegen einer 2x2-Kontingenztabelle, und wenn eine oder mehrere Zellhäufigkeiten unter 5 liegen, wird der Fisher's Exact Test berechnet. In diesem Fall wird das Alphafehlerniveau  $p$  angegeben.

Für die intervallskalierten Daten kommt die einfaktorielle Varianzanalyse beim Vergleich mehrerer Gruppen zum Einsatz. Das Grundprinzip der Varianzanalyse besteht darin, zwei oder mehrere Gruppen auf signifikante Mittelwertsunterschiede zu prüfen. In dieser Studie wird eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) ohne Messwiederholung gerechnet, wobei einfaktoriell bedeutet, dass zwei oder mehrere Gruppen auf Mittelwertsunterschiede verglichen werden. Die Nullhypothese besagt, dass zwischen den Mittelwerten der Gruppen kein Unterschied besteht. Die Alternativhypothese besagt, dass *mindestens* bei zwei Mittelwerten ein Unterschied besteht. Voraussetzung für die Durchführung ist neben einer intervallskalierten abhängigen Variable, deren Normalverteilung in der Grundgesamtheit sowie der Nachweis der Homogenität der Varianzen in den Gruppen. Letzteres wird durch den Levene-Test berechnet. Die Varianzanalyse ist gegen Verletzungen der

Voraussetzungen jedoch robust. Die Tests sind bei Voraussetzungsverletzungen nicht ungültig, sondern konservativ, so dass Mittelwertsunterschiede schwieriger nachzuweisen sind [18]. Eine Entscheidung über die Hypothese erfordert neben einer statistischen Signifikanz, dass sich bestimmte Mittelwerte unterscheiden. Dies lässt sich durch Post-hoc-Einzelvergleiche absichern. So soll verhindert werden, dass sich ein „Ausreißer“ unter den Mittelwerten befindet, der für die Signifikanz allein verantwortlich ist, die aber fälschlicherweise andeuten könnte, alle anderen Mittelwerte unterscheiden sich auch signifikant voneinander [18]. In dieser Arbeit werden, nach dem Nachweis eines signifikanten Gesamteffekts, Einzelvergleiche mit der Bonferroni-Korrektur durchgeführt.

**Bei allen verwendeten statistischen Verfahren wurde das  $\alpha$ -Fehler-Niveau auf .05 festgelegt.**

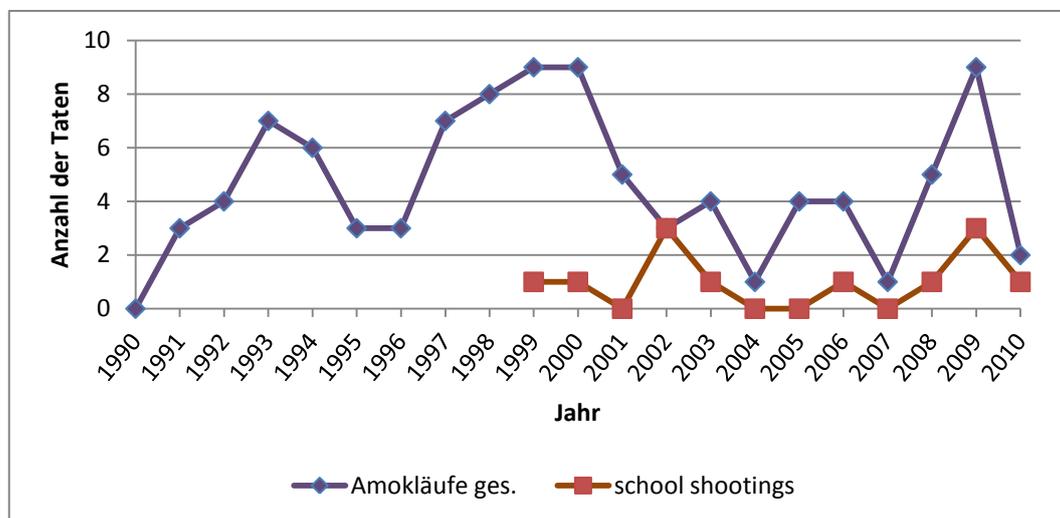
Im Anhang (siehe Tabelle 12) sind in einer Übersicht die den Hypothesen der vorliegenden Studie zugeordneten statistischen Prüfverfahren, die zur Beantwortung dieser angewandt werden, tabellarisch abgebildet.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Epidemiologische Daten aus den Jahren 1990 – 2010

##### 3.1.1 Häufigkeitsverteilung im gesamten Bundesgebiet

Innerhalb der Bundesrepublik Deutschland konnten im Zeitraum von 1990 bis 2010 insgesamt 97 pressewirksame Amokläufe ermittelt werden. In der Abbildung 4 ist die Anzahl aller Amokläufe pro Jahr im genannten Zeitraum, als auch die Anzahl der darin enthaltenen Schulamokläufe für den Zeitraum von 1999 bis 2009 (rot markiert), abgetragen.



**Abbildung 4:** Häufigkeitsverteilung von Amokläufen aus den Jahren 1990-2010 im Vergleich zur Anzahl von „School Shootings“ in den Jahren 1999-2010

In der grafischen Darstellung (Abbildung 4) zeigt sich, dass es keine stetige Zunahme an Amokläufen im Zeitraum von 1990 bis 2010 gibt. Über die 21 Jahre ereigneten sich insgesamt 97 Amokläufe, dies entspricht einem Jahresdurchschnittswert von 4.62 mit einer Standardabweichung von 2.73. Das heißt im Durchschnitt ereigneten sich pro Jahr 4.62 Amokläufe in Deutschland. Seit 1991 ist kein Jahr vergangen, in dem nicht mindestens 1 Amoklauf passiert ist. Innerhalb der Jahresspanne von 1990 bis 2010 gab es in drei Jahren (1999, 2000 & 2010) die häufigste Anzahl an Amokläufen mit insgesamt 9 Taten im Jahr. Die Abbildung 4 zeigt auch, dass der Großteil der Amokläufe keine „School Shootings“ sind. Im Zeitraum von 1999 bis 2010 ereigneten sich insgesamt 12 Schulamokläufe, dies entspricht einem theoretischen Risiko von 1 „School Shooting“ pro Jahr. Die maximale Anzahl an Schulamokläufen im Jahr betrug

bisher insgesamt 3 Taten, welche sich 2002 und 2009 ereigneten. Alle 3 Amokläufe im Jahr 2002 sind Amokläufe an Schulen gewesen.

Um der Frage nachzugehen, ob die Anzahl an Amokläufen in Deutschland in den vergangenen Jahren zugenommen hat, wurden die pressewirksamen Amokläufe in zwei Jahrzehnte (1990–1999 und 2000–2009) unterteilt, und mit dem Mann-Whitney-*U*-Test auf Unterschiede getestet. Von 1990 bis 1999 ereigneten sich insgesamt 50 Amokläufe, also durchschnittlich 5.0 pro Jahr. Aus dem darauffolgenden Jahrzehnt sind 45 Amoktaten bekannt, also durchschnittlich 4.5 Taten pro Jahr. Der *U*-Test errechnet eine exakte Signifikanz von  $p = .654$ . Dies zeigt, dass eine Zunahme an solchen Taten nicht stattgefunden hat.

**Hypothese 1 wird beibehalten.**

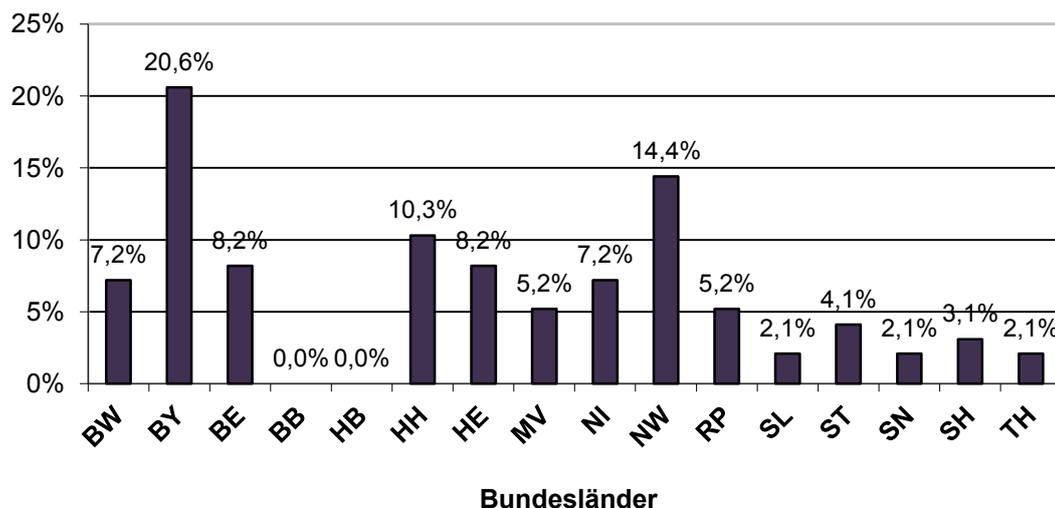
Es gibt innerhalb des Zeitraumes von 1990 bis 2010 keine Zunahme der Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland.

Der Großteil der 97 Amokläufe wurde von männlichen Personen begangen. In den 21 Jahren wurden in Deutschland nur vier Frauen im Alter von 22 bis 49 Jahren (Durchschnittsalter: 38 Jahre) zu Amokläuferinnen. In den Fällen, in denen eine Frau Amok lief, kam es zwar zu Verletzungen, in keinem Fall jedoch zum Tod der Opfer. Nach der Tat sind 29 Täter (29,89%) durch Suizidhandlungen und weitere 3 Amokläufer, die beim polizeilichen Eingriff lebensgefährlich verletzt worden, verstorben. Damit ergibt sich für die vorliegende Stichprobe eine Suizidrate von knapp 30 Prozent.

### **3.1.2 Häufigkeitsverteilung innerhalb der Bundesländer**

Neben der Betrachtung der bundesweiten Häufigkeiten von Amokläufen soll auch die Anzahl der Taten zwischen den Bundesländern Beachtung finden, um der Frage nachzugehen, ob es innerhalb Deutschlands regionale Unterschiede gibt.

Die Verteilung der Amokläufe auf die einzelnen Bundesländer ergibt folgende Übersicht (Abbildung 5):



**Abbildung 5:** prozentuale Verteilung der 97 pressewirksamen Amokläufe, die sich in den Jahren 1990-2010 in Deutschland ereigneten, auf das jeweilige Bundesland [36]

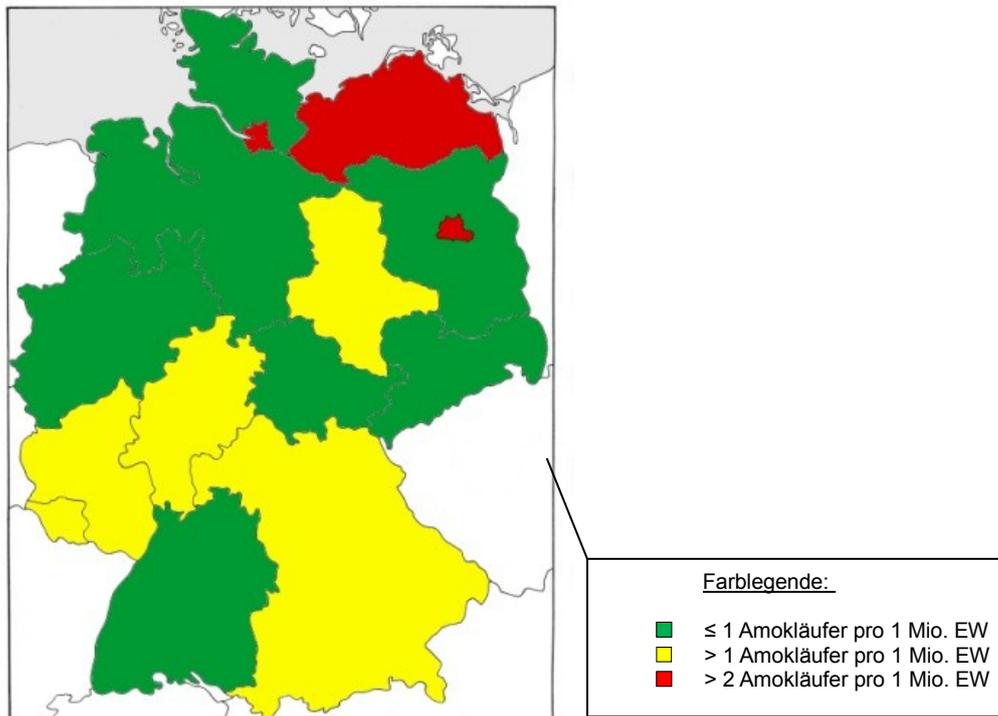
Wie aus der Abbildung 5 hervorgeht, ereigneten sich in den Bundesländern Brandenburg und Bremen in dem benannten Zeitraum keine Amokläufe. Die Abbildung 5 zeigt ein hohes Aufkommen von Amoktaten in den Bundesländern Bayern, Nordrhein-Westfalen und Hamburg. Des Weiteren ergibt die Grafik eine ungleiche Verteilung der Amokläufe im Vergleich zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Während die alten Bundesländer 76 Amokläufe zu verzeichnen hatten, waren es in den neuen Bundesländern 13 Taten (Bei dieser Berechnung wurde Berlin herausgenommen.). Die Anzahl der Taten bezogen auf die Einwohnerzahlen relativiert jedoch die Diskrepanz zwischen den Tathäufigkeiten. Berechnet auf die Einwohnerzahlen der jeweiligen Bundesländer lassen sich folgende Tathäufigkeiten ermitteln (siehe Tabelle 3):

**Tabelle 3:** Häufigkeiten von Amokläufen in Deutschland je Bundesland pro Einwohnerzahl [36]

Bundesland	Amokläufe auf 1 Mio. EW
Baden-Württemberg (BW)	0.65
Bayern (BY)	1.60
Berlin (BE)	2.33
Brandenburg (BB)	0.00
Bremen (HB)	0.00
Hamburg (HH)	5.64
Hessen (HE)	1.32
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	3.00
Niedersachsen (NI)	0.88
Nordrhein-Westfalen (NW)	0.78
Rheinland-Pfalz (RP)	1.24
Saarland (SL)	1.94
Sachsen-Anhalt (ST)	1.68
Sachsen (SN)	0.48
Schleswig-Holstein (SH)	1.06
Thüringen (TH)	0.88

Anhand der Daten der Tabelle 3 ergibt sich für den Zeitraum 1990-2010 eine durchschnittliche Auftretenswahrscheinlichkeit von 1.47 Amokläufen je 1 Millionen Einwohner bei einer Standardabweichung von 1.37. Für die alten Bundesländer ergibt sich durchschnittlich 1.51 Taten auf 1 Millionen Einwohner (bei einer Standardabweichung von 1.54) und für die neuen Bundesländer durchschnittlich 1.21 Taten je 1 Millionen Einwohner (bei einer Standardabweichung von 1.17). Somit liegt die Anzahl an Personen, die einen Amoklauf begehen in den alten Bundesländern knapp über dem Bundesdurchschnitt, die Anzahl in den neuen Bundesländern mit 0.26 Taten pro 1 Million Einwohner unterhalb des Bundesdurchschnittes. Der t-Test für unabhängige Stichproben ergibt eine Signifikanz von  $p = .708$ , womit keine signifikanten Unterschiede vorliegen.

In der Abbildung 6 sind die Bundesländer farblich nach der Auftretenswahrscheinlichkeit von Amokläufen visualisiert.



**Abbildung 6:** Auftretenswahrscheinlichkeit von Amokläufen je Bundesland

Die Häufigkeitsverteilung in der Tabelle 3 sowie der Abbildung 6 weist eine größere Anzahl von Amokläufen in Großstädten wie Hamburg und Berlin auf. Zudem liegt auch der Anteil an Amokläufen im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern höher als der Bundesdurchschnitt.

### **Hypothese 2 wird verworfen.**

Zwischen den Bundesländern gibt es Unterschiede in der Anzahl von Amokläufen. Die Anzahl von Personen, die Amok laufen, liegt in den alten Bundesländern über dem Bundesdurchschnitt von 1.47 Amokläufer pro 1 Mio. Einwohner, in den neuen Bundesländern liegt die Anzahl knapp unterhalb des Durchschnitts. Zudem zeigt sich eine größere Auftretenswahrscheinlichkeit in Großstädten wie Hamburg und Berlin, als auch im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

### **3.2 Tätertypologie anhand der Clusteranalyse**

Grundlage der Datenanalyse bilden Daten aus Ermittlungsakten von insgesamt 47 Amokläufern, deren Taten im Zeitraum von 1984 bis 2009 verübt worden. Es handelt sich dabei um 45 Amokläufe, bei denen zwei Taten von jeweils 2 Tätern begangen wurden. In sechs Fällen wurden die Straftaten von Minderjährigen (< 18 Jahre) und in zwei Fällen von Heranwachsenden (18-21 Jahre) begangen.

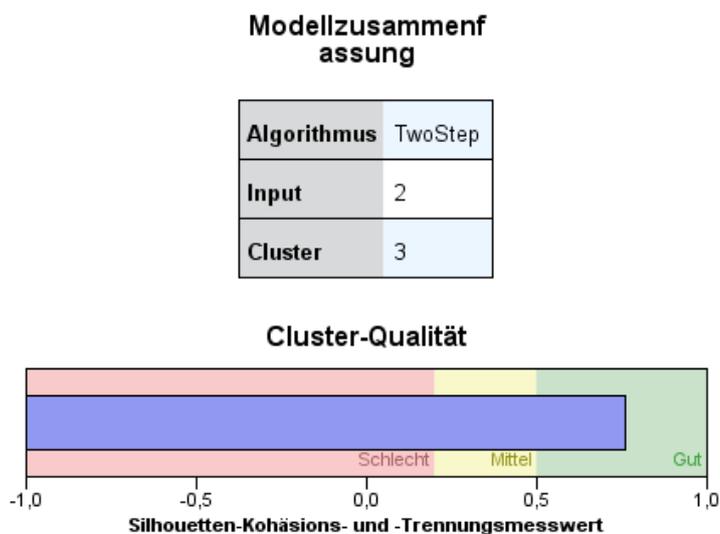
An dieser Stelle soll daran erinnert werden, dass Grundlage der Erhebung Ermittlungsakten *verurteilter* Fälle, und somit keine Amokläufer, die sich nach der Tat suizidiert haben, in der Stichprobe enthalten sind, da es für letztere weder ein Gerichtsverfahren noch ein Gutachten gibt.

Kernstück der Arbeit ist die Gruppierung der Täter in Tätergruppen. Aufgrund fehlender Werte aus Akten von 3 Amokläufern basiert die Datenauswertung der Clusteranalyse, welche zum Ziel hat, die Täter zu gruppieren, nur auf Datensätzen von insgesamt 44 Tätern.

Die Ergebnisse über die Amokläufe und deren Täter werden zur besseren Lesbarkeit in thematischen Rubriken präsentiert. Hier werden sowohl die Daten der Gesamtstichprobe als auch die Verteilung der Daten auf die Clustertypen dargestellt, welche am Ende jeder Thematik zum besseren Verständnis komprimiert werden. Im Anhang (Tabelle 13 und 14) ist eine Übersicht der signifikanten Unterschiede zwischen den drei Tätertypen dargestellt.

#### **3.2.1 Gruppierung der Tätertypen**

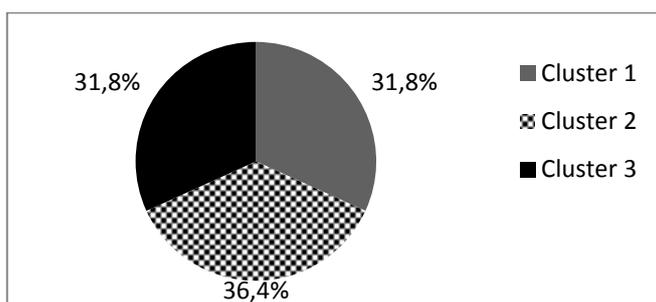
Die Two-Step-Clusteranalyse errechnet anhand der Variablen „Alter“ und „Psychose“ eine Unterscheidung der Gesamtstichprobe in 3 Cluster. Die Bedeutung des Prädiktors „Alter“ hat eine Wertigkeit von 1.0 und der Prädiktor „Psychose“ hat eine Wertigkeit von 0.89.



**Abbildung 7:** Zusammenfassung der Clusteranalyse inkl. Cluster-Qualität (N=44)

Die Clusterqualität weist einen Wert von 0.8 auf (siehe Abbildung 7) und kann somit als gut bewertet werden. Das kleinste Cluster umfasst eine Stichprobengröße von N=14 (31,8%), das größte Cluster eine Stichprobengröße von N=16 (36,4%). Das Größenverhältnis zwischen dem größten und kleinsten Cluster ergibt einen Wert von 1.14.

Die Clusteranalyse der Tätergruppierung kann schematisch wie folgt abgebildet werden (Abbildung 8):



**Abbildung 8:** Verteilung der Gesamtstichprobe auf die 3 Cluster (N=44)

Demnach umfasst Cluster 2 mit 36,4% (16 Täter) die größte Anzahl an Amokläufern. Cluster 1 und 3 mit jeweils 31,8% der Täter der Gesamtstichprobe beinhalten jeweils 14 Amokläufer.

In der Tabelle 4 sind die der Clusteranalyse zugrunde liegenden Unterscheidungsmerkmale aufgelistet.

**Tabelle 4:** Clusterbeschreibung und –unterscheidung infolge des Inputs der Variablen „Alter“ und „Psychose“

Cluster	1	2	3
Größe	31,8% (N=14)	36,4% (N=16)	31,8% (N=14)
Input	Alter des Täters in Jahren  45.71	Alter des Täters in Jahren  30.12	Alter des Täters in Jahren  21.07
	Psychose nein (100%)	Psychose ja (100%)	Psychose nein (100%)

Es handelt sich bei der Unterscheidung der Cluster um eine Tätergruppe (Cluster 3) von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, um eine Gruppe von Tätern, die zum Tatzeitpunkt im Durchschnitt 30 Jahre alt ist (Cluster 2) und um eine Gruppe Erwachsener mittleren Alters (Cluster 1). Die Amokläufer des Clusters 2 unterscheiden sich eindeutig von den anderen Tätergruppen hinsichtlich des Tatmotivs: Alle Täter des Cluster 2 begingen ihren Amoklauf in einem psychotischen Zustand. Demnach kann eine Kernhypothese (Hypothese 3) dieser Arbeit beibehalten werden.

Eine detaillierte Übersicht zu den Altersstrukturen der Täter befindet sich im nachfolgenden Kapitel (3.2.2). Ausführliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Täter bzgl. ihrer Tatmotive sind unter Punkt 3.2.6 (Tatauslösende Bedingungen) beschrieben.

Weitere Unterscheidungsmerkmale zwischen den Täterclustern sollen in den nachfolgenden Kapiteln analysiert und dargestellt werden.

### 3.2.2 Geschlecht und Altersstruktur

In allen 44 Fällen handelt es sich um Täter männlichen Geschlechts.

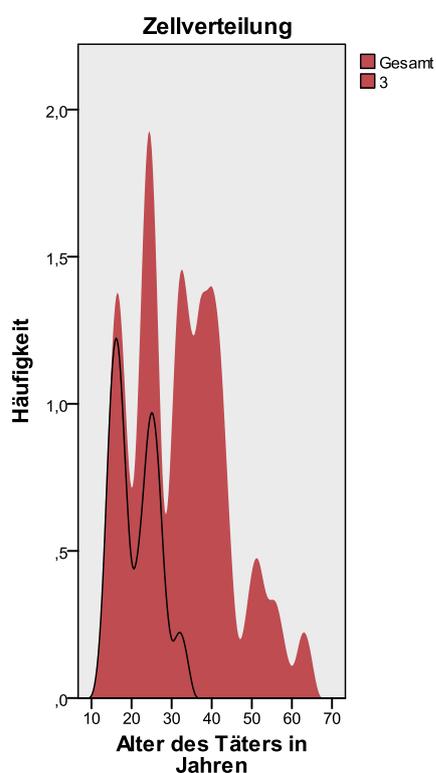
Das Durchschnittsalter liegt bei 32.20 Jahren bei einer Standardabweichung von 12.019 Jahren. Der jüngste Täter war zum Tatzeitpunkt 14 Jahre und der älteste Täter 63 Jahre alt. Für den Unterschiedstest wird mit Hilfe des Alters zur Tatzeit eine ANOVA

berechnet. Die deskriptive Statistik der Varianzanalyse zeigt, dass der jüngste Täter im Cluster 3 und der älteste Täter im Cluster 1 zu finden ist.

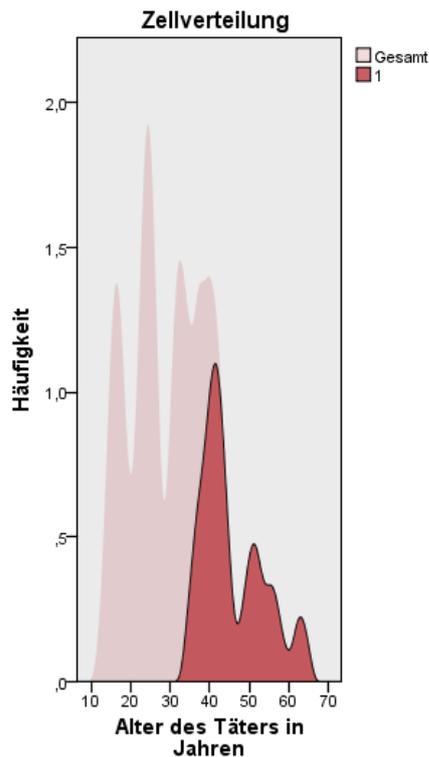
**Tabelle 5:** Übersicht Alter der Täter in Jahren innerhalb der Cluster und der Gesamtstichprobe

Tätergruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Cluster 1	14	45.71	8.071	36	63
Cluster 2	16	30.13	6.365	18	40
Cluster 3	14	21.07	5.526	14	32
Gesamt	44	32.20	12.019	14	63

Die Tabelle 5 zeigt im Cluster 3 eine Gruppe von jungen Menschen mit einem Altersdurchschnitt von 21.07 Jahren bei einer Standardabweichung von 5.526 und einer Altersspanne von 14 bis 32 Jahren. Die Abbildung 9 zeigt deutlich, dass es sich in diesem Cluster um die jüngsten Täter der Gesamtstichprobe handelt.



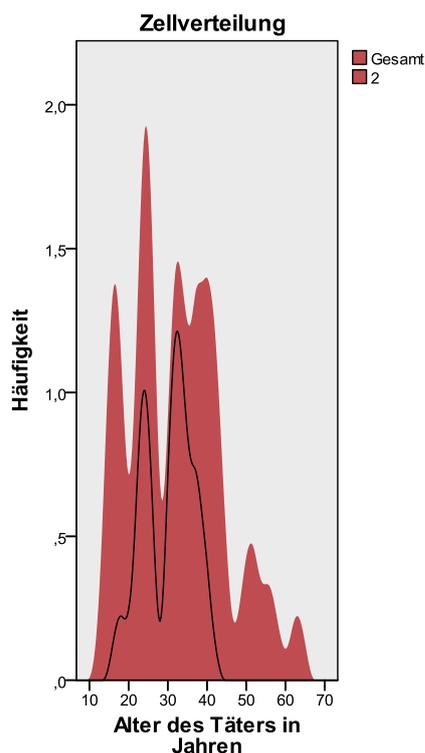
**Abbildung 9:** Zellverteilung des Clusters 3 bzgl. des Alters innerhalb der Gesamtstichprobe



**Abbildung 10:** Zellverteilung des Clusters 1 bzgl. des Alters innerhalb der Gesamtstichprobe

In der Abbildung 10 sind die Täter des Clusters 1 abgebildet. Die Abbildungen 10 und 9 zeigen im Vergleich deutlich, dass die Täter des Clusters 1 und die Täter des Cluster 3 keine altersmäßige Überschneidung haben. Alle Täter des Clusters 1 sind demnach älter als die Amokläufer des Clusters 3. Im Cluster 1 liegt ein Altersdurchschnitt von 45.71 Jahren bei einer Standardabweichung von 8.071 vor, mit einer Altersspanne von 36 bis 63 Jahren (siehe Tabelle 5).

Die Abbildung 11 zeigt die Altersverteilung der Täter des Clusters 2 im Vergleich zur Gesamtstichprobe. Die Amokläufer des Clusters 2 haben nach Tabelle 5 einen Altersdurchschnitt von 30.13 Jahren bei einer Standardabweichung von 6.365 und einer Altersspanne von 18 bis 40 Jahren.



**Abbildung 11:** Zellverteilung des Clusters 2 bzgl. des Alters innerhalb der Gesamtstichprobe

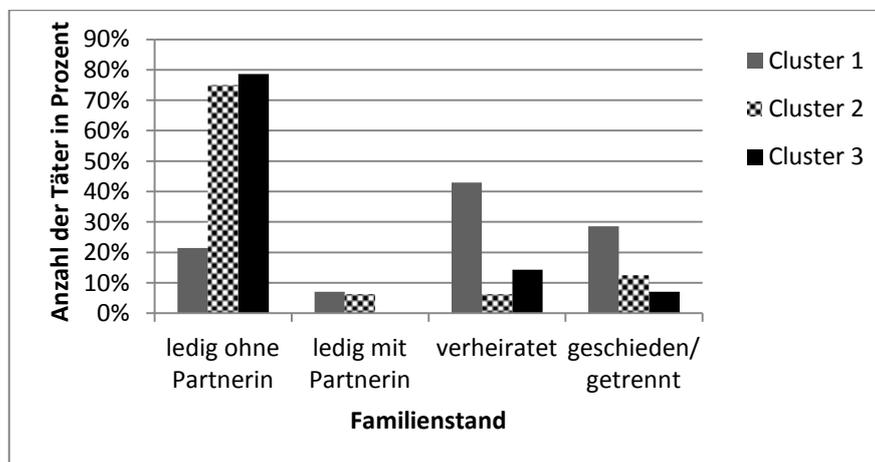
Die Unterschiedstestung zeigt ein hoch signifikantes Ergebnis. Die ANOVA ergibt bei einem Wert von  $F(2, 44) = 48.269$  eine Signifikanz von  $p = .000$ . Der Post-hoc-Test nach Bonferroni zeigt, dass sich alle 3 Tätertypen anhand der Altersstruktur hoch signifikant voneinander unterscheiden. Cluster 1 und 2 sowie Cluster 1 und 3 unterscheiden sich mit einer Signifikanz von  $p = .000$ , Cluster 2 und 3 bei  $p = .002$ .

### 3.2.3 Sozialanamnese

#### 3.2.3.1 Familiäre Situation

Von den 44 Tätern sind 26 (59,1%) ledig ohne Partner, 9 Täter (20,5%) verheiratet, 7 Täter (15,9%) geschieden/ getrennt lebend und weitere 2 Täter (4,5%) ledig in einer festen Partnerschaft. Der Fisher's Exakt Test erzielt ein signifikantes Ergebnis von  $p = .014$  über den Familienstand der Täter, womit sich die Täter zwischen den Clustern signifikant voneinander unterscheiden. 6 Täter (42,9%) des Clusters 1 sind verheiratet, 4 Täter (28,6%) geschieden bzw. getrennt lebend, 3 Täter (21,4%) ledig ohne Partnerschaft und 1 Täter (7,1%) ledig in fester Partnerschaft. 12 Täter (75,0%) des Clusters 2 sind ledig ohne Partner, weitere 2 Täter (12,5%) geschieden/ getrennt

lebend und jeweils 1 Täter (je 6,3%) des Clusters 2 ist ledig mit Partnerin bzw. verheiratet. Ledig ohne feste Partnerin sind auch 11 Täter (78,6%) des Clusters 3, weitere 2 Täter (14,3%) verheiratet und 1 Täter (7,1%) ist geschieden. Eine Übersicht über den Familienstand der Täter befindet sich in Abbildung 12.



**Abbildung 12:** Familienstand der Täter (N=44)

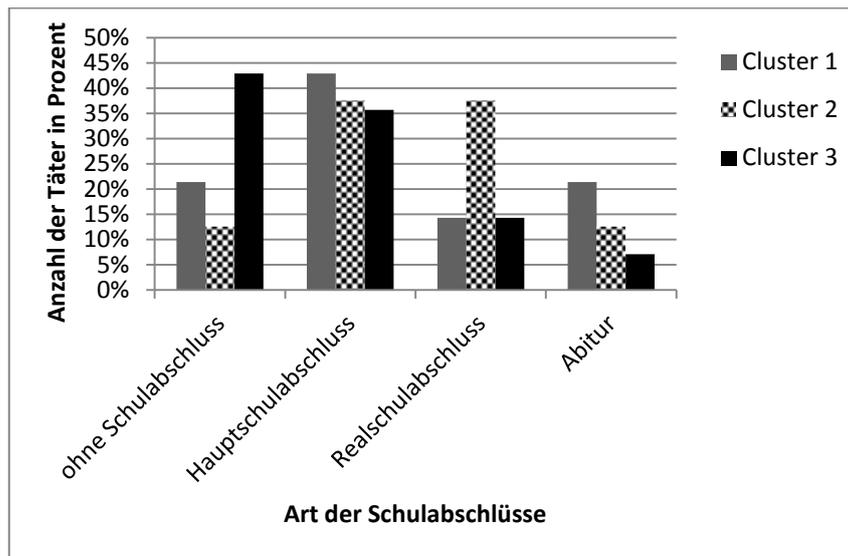
20 (45,5%) der 44 Amokläufer leben zum Tatzeitpunkt mit ihrer Familie zusammen, 18 (40,9%) allein und weitere 6 Täter (13,6%) in einer Wohngemeinschaft bzw. im Betreuten Wohnen. 6 Täter (42,9%) des Clusters 1 wohnen allein und 5 Täter (35,7%) mit der Familie zusammen. 8 Täter (50,0%) des Clusters 2 wohnen allein und 6 Täter (37,5%) gemeinsam mit der Familie. Im Cluster 3 wohnen 9 Amokläufer (64,3%) mit der Familie zusammen und 4 Täter (28,6%) allein. Bei der Wohnsituation zeigt der Exakte Fisher Test ein Signifikanzniveau von  $p = .524$ . Damit gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Tätergruppen.

### 3.2.3.2 Berufliche Situation

Von den 44 Amokläufern verfügen 17 Täter (38,6%) über einen Hauptschulabschluss, 10 Täter (22,7%) über einen Realschulabschluss und 11 Täter (25,0%) haben zum Tatzeitpunkt noch keinen schulischen Abschluss erreicht. Weitere 6 Täter (13,6%) haben das Abitur erfolgreich abgeschlossen.

Die Abbildung 13 zeigt die Art der Schulabschlüsse im Vergleich zwischen den Clustern. 6 Täter (42,9%) des Clusters 1 verfügen über einen Hauptschul- und 2 Täter (14,3%) über einen Realschulabschluss, 3 Täter (21,4%) dieses Clusters haben das Abitur erreicht. Ohne Schulabschluss sind weitere 3 Täter (21,4%). Im Cluster 2

besitzen jeweils 6 Täter (37,5%) einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss, 2 Täter (12,5%) legten das Abitur ab und weitere 2 Täter (12,5%) sind ohne Schulabschluss. Der Großteil der Amokläufer aus dem Cluster 3 verfügen über keinen Schulabschluss (6 Täter; 42,9%) bzw. über einen Hauptschulabschluss (5 Täter; 35,7%). Weitere 2 Täter (14,3%) schlossen die Realschule und 1 Täter (7,1%) das Gymnasium erfolgreich ab.



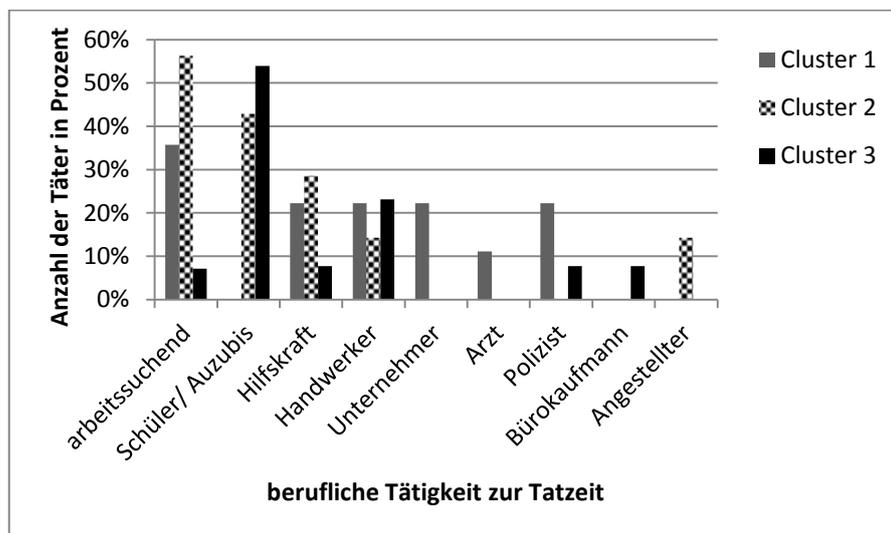
**Abbildung 13:** Schulabschlüsse der Täter zwischen den 3 Clustern (N=44)

Für die Testung, ob sich die drei Tätertypen anhand ihres Schulabschlusses unterscheiden, wird der Fisher's Exakt Test durchgeführt, der eine Signifikanz von  $p = .451$  aufweist. Daher unterscheiden sich die Täter zwischen den Gruppen aufgrund ihrer Schulbildung nicht signifikant voneinander.

21 Täter (47,7%) verfügen *nicht* über eine abgeschlossene Berufsausbildung. 14 Amokläufer (31,8%) haben eine handwerkliche und 3 Täter (6,8%) eine landwirtschaftliche Lehre abgeschlossen. Jeweils 2 Täter (je 4,5%) haben einen kaufmännischen bzw. medizinischen Beruf erlernt. Jeweils 1 Amokläufer (je 2,3%) ist Beamter bzw. Seemann. Die meisten Täter aus dem Cluster 3 (10 Amokläufer; 71,4%) besitzen keine abgeschlossene Lehre, 2 Täter (14,3%) haben einen handwerklichen Beruf und jeweils 1 Täter (je 7,1%) eine kaufmännische bzw. landwirtschaftliche Ausbildung erlernt. Im Cluster 1 verfügen die Hälfte der Täter (7 Täter; 50,0%) über eine handwerkliche Ausbildung, 3 Täter (21,4%) sind ohne Ausbildungsberuf und

jeweils 1 Täter (je 7,1%) erlernte einen kaufmännischen, landwirtschaftlichen bzw. medizinischen Beruf. 1 Täter des Clusters 1 (7,1%) ist Beamter. Die Hälfte der Amokläufer aus dem Cluster 2 (8 Täter; 50,0%) sind ohne Berufsausbildung, 5 Täter (31,3%) sind Handwerker und jeweils 1 Täter (je 6,3%) erlernte eine landwirtschaftliche bzw. medizinische Ausbildung. 1 Täter (6,3%) ist Seemann. Der Fisher's Exakt Test zeigt mit  $p = .193$  keine signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern.

Von den 44 Tätern waren insgesamt 15 Täter (34,1%) zur Tatzeit arbeitslos. Hier zeigt Fisher's Exakt Test eine Signifikanz von  $p = .015$ . Damit unterscheiden sich die Täter zwischen den Clustern signifikant voneinander. 13 Täter (92,9%) aus dem Cluster 3 und 9 Täter (64,3%) des Clusters 1 waren zum Tatzeitpunkt nicht arbeitslos. Im Cluster 2 waren 9 der 16 Täter (56,3%) zum Tatzeitpunkt arbeitssuchend. Bei den 29 Amokläufern, die nicht arbeitslos waren, wurde zusätzlich die Art der beruflichen Tätigkeit analysiert: Es sind 7 Täter (24,1%) noch Schüler, 3 Täter (10,3%) Auszubildende, 6 Täter (20,7%) Handwerker, 3 Täter (10,3%) Polizisten, 2 Amokläufer (6,9%) Unternehmer und jeweils 1 Täter (je 3,4%) Angestellter bzw. Arzt. Weitere 5 Täter (17,2%) sind als Hilfskraft tätig gewesen. Der Exakte Fisher Test zeigt eine Signifikanz von  $p = .084$ . Demnach ergeben sich zwischen den Clustern keine signifikanten Unterschiede aber Hinweise auf tendenzielle Unterschiede.



**Abbildung 14:** Beruf der Täter zur Tatzeit im Vergleich zwischen den Clustern (N=44)

Die Abbildung 14 gibt eine Übersicht der Berufstätigkeiten der Täter im Vergleich zwischen den drei Clustern. Der Großteil der Amokläufer des Clusters 3 ist noch

Schüler (6 Täter; 46,2%), 1 Täter (7,7%) ist Auszubildender, 3 Täter (23,1%) sind als Handwerker und jeweils 1 Täter (je 7,7%) ist als Hilfskraft, Polizist bzw. Bürokaufmann tätig. Im Cluster 2 sind jeweils 2 Täter (28,6%) Auszubildende bzw. Hilfskraft, 1 Täter (14,3%) ist noch Schüler und jeweils 1 Täter (je 14,3%) Handwerker bzw. Angestellter. Im Cluster 1 sind jeweils 2 Täter (22,2%) Hilfskraft, Polizist, Handwerker bzw. Unternehmer und 1 Täter (11,1%) ist Arzt.

### 3.2.3.3 Wichtige biografische Ereignisse

40 Täter (90,9%) sind bei den Eltern bzw. einem Elternteil aufgewachsen. Dabei gibt es zwischen den drei Clustern keine Unterschiede. Der Exakte Fisher Test zeigt einen Signifikanzwert von  $p = .827$ .

Bei 25 Tätern wurden in den Strafakten Angaben zu den Gewalterfahrungen in der Kindheit gemacht. Insgesamt haben 14 Amokläufer (56,0%) in der Kindheit unter gewalttätigem Verhalten gelitten. Dies betrifft 6 Täter (85,7%) im Cluster 1, 5 Täter (55,6%) im Cluster 2 und 3 Täter (33,3%) im Cluster 3. Der Fisher's Exakt Test weist mit einem Signifikanzniveau von  $p = .317$  auf keine signifikanten Unterschiede zwischen den Tätergruppen hin.

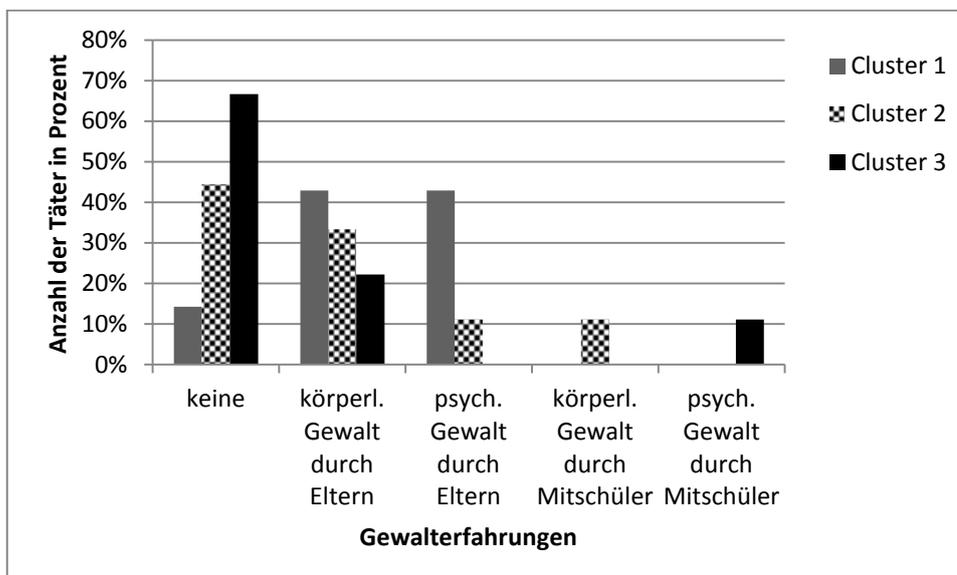
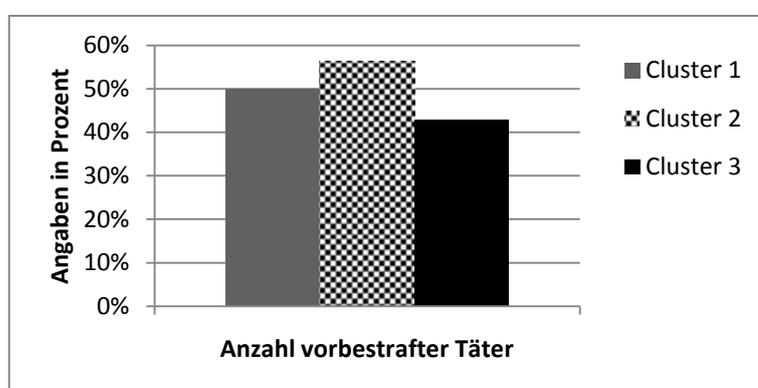


Abbildung 15: Gewalterfahrungen in der Kindheit (N=25)

In der Abbildung 15 sind die Arten der Gewalterfahrungen der Täter zwischen den

Tätergruppen visualisiert. Jeweils 3 Täter (je 42,9%) des Clusters 1 litten unter körperlicher Gewalt bzw. unter psychischer Gewalt durch die Eltern. 3 Täter (33,3%) im Cluster 2 wurden von ihren Eltern körperlich gezüchtigt, 1 Täter (11,1%) litt unter psychischer Gewalt, ausgeübt durch die Eltern, und 1 weiterer Täter (11,1%) wurde von Mitschülern geschlagen. Im Cluster 3 litten 6 Täter (66,7%) unter keinen Gewalterfahrungen; 2 Täter (22,2%) wurden von ihren Eltern geschlagen und 1 Amokläufer (11,1%) wurde von seinen Mitschülern gemobbt.

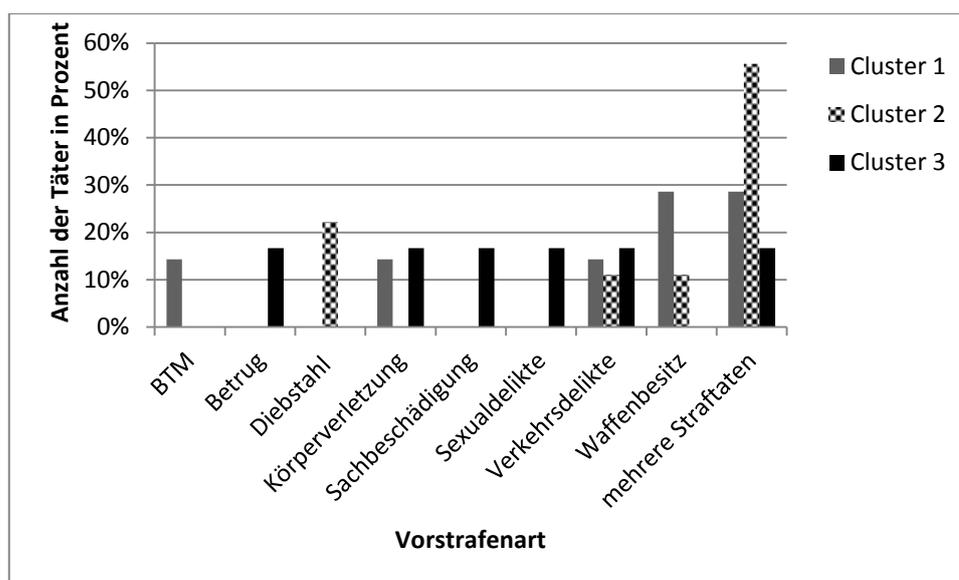
Von den 44 Amokläufern ist die Hälfte (22 Täter) bereits wegen einer Straftat verurteilt worden. Abbildung 16 zeigt die Anzahl der vorbestrafter Täter je Tätergruppe.



**Abbildung 16:** Vergleich der Tätergruppen anhand der Anzahl Vorbestrafter (N=44)

Dabei sind laut Unterschiedstestung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen erkennbar ( $\chi^2$  Wert (2, N=44) von 0.536;  $p = .765$ ). Auch zeigt die Analyse der Deliktarten keine Differenzierung zwischen den drei Clustertypen. Unterschieden wurden die Vorstrafen in „Sexualdelikte“, „Körperverletzung“, „Diebstahl“, „Verkehrsdelikte“, „Sachbeschädigung“, „Straftaten gegen das Betäubungsmittelgesetz“, „illegaler Besitz von Waffen“, „Betrug“ und einer Kategorie „mehrere“, in die Täter eingetragen wurden, die mehrfach wegen unterschiedlicher Deliktarten verurteilt sind (Übersicht siehe Abbildung 17). Es zeigt sich, dass 8 Täter (36,4%) wegen mehrerer, unterschiedlicher Straftaten vorbestraft sind. Dies trifft auf 5 Täter (55,6%) der Amokläufer des Clusters 2, auf 2 Täter (28,6%) des Clusters 1 und 1 Täter (16,7%) des Clusters 3 zu. Wegen Verkehrsdelikten sind insgesamt 3 Täter (13,6%) vorverurteilt. Dabei handelt es sich um jeweils 1 Täter aus jedem Cluster. Weitere 3 Täter (13,6%) der Gesamtstichprobe sind wegen illegalem Waffenbesitz belangt worden. Dabei handelt es sich um 2 Täter (28,2%) aus dem Cluster 1 und 1 Täter

(11,1%) aus dem Cluster 2. Jeweils 1 Amokläufer aus dem Cluster 1 (14,3%) und aus dem Cluster 3 (16,7%) ist wegen Körperverletzung vorbestraft. Wegen Diebstahl sind 2 der 22 Täter (9,1%) vorbestraft. Beide Täter entstammen dem Cluster 2 (22,2%). Jeweils 1 Amokläufer (je 4,5% der Gesamtstichprobe) ist wegen Sachbeschädigung, Betrug und Sexualdelikten rechtskräftig verurteilt. Alle drei Straftaten wurden von Amokläufern des Clusters 3 begangen. Wegen Straftaten gegen das Betäubungsmittelgesetz wurde 1 Täter aus dem Cluster 1 (14,3%) belangt.

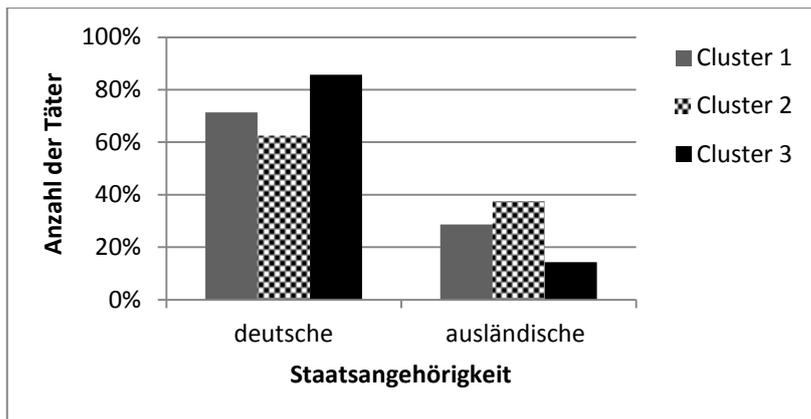


**Abbildung 17:** Art der Vorstrafen je Tätergruppe im Vergleich (N=22)

Der Fisher's Exakt Test zeigt ein Signifikanzniveau von  $p = .358$ , und somit keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Tätergruppen.

### 3.2.3.4 Nationalität

Anhand der Strafakten konnte die Nationalität von allen 44 Tätern analysiert werden. Es zeigt sich, dass 32 Täter (72,7%) die deutsche Staatsbürgerschaft haben. Der Anteil ausländischer Täter beträgt somit 27,3% (12 Täter). In Abbildung 18 ist die Verteilung ausländischer Täter zwischen den Tätergruppen schematisch dargestellt.



**Abbildung 18:** Nationalität der Amokläufer (N=44)

Im Cluster 1 sind 10 Täter (71,4%), im Cluster 2 ebenfalls 10 Täter (62,5%) und im Cluster 3 sind 12 Täter (85,7%) deutsche Staatsbürger. Von den insgesamt 12 ausländischen Amokläufern sind 3 Personen (2 Täter aus Cluster 1 und 1 Täter aus Cluster 3) Jugoslawen und 2 Personen (jeweils 1 Täter aus Cluster 2 bzw. 3) Türken. Jeweils 1 Täter hat die russische (Täter aus Cluster 2), die portugiesische (Täter aus Cluster 1), die amerikanische (Täter aus Cluster 2) bzw. die burkinische (Täter aus Cluster 2) Staatsangehörigkeit. 2 Täter (beide aus Cluster 2) sind Kasachen und 1 Täter (Täter aus Cluster 1) ist Syrer. Zwischen den drei Tätergruppen zeigt der Fisher's Exakt Test eine Signifikanz von  $p = .405$ , und somit keine Unterschiede zwischen den Clustern.

### 3.2.3.5 Zusammenfassung Sozialanamnese

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich des sozialen Status:

Im **Cluster 1** verfügen 42,9% über einen Hauptschulabschluss, weitere 21,4% besitzen keinen Schulabschluss. Die Hälfte der Täter des Clusters 1 (50%) erlernte einen handwerklichen Beruf, weitere 21,4% verfügen nicht über eine abgeschlossene Lehre. Insgesamt sind die meisten Täter (64,3%) zur Tatzeit in Arbeit. Keiner der Täter dieses Clusters ist zum Tatzeitpunkt noch Schüler oder Auszubildender. 42,9% der Täter sind verheiratet und 28,6% geschieden/ getrennt lebend. Der Großteil (42,9%) lebt allein, weitere 35,7% leben mit ihrer Familie zusammen. Im Cluster 1 finden sich die meisten Täter, die in ihrer Lebensgeschichte bereits Gewalterfahrungen erlitten haben. 85,7% der Täter erlebten gewalttätiges Verhalten durch die Eltern.

Im **Cluster 2** besitzen 37,5% einen Hauptschul- und weitere 37,5% einen

Realschulabschluss. In dieser Gruppe sind 50% ohne abgeschlossene Berufsausbildung, wovon 3 Täter noch in (schulischer) Ausbildung sind. Zur Tatzeit sind 56,3% arbeitssuchend. 75% der Täter sind ledig ohne feste Partnerschaft. Insgesamt leben 50% der Täter allein und 35,7% mit der Familie zusammen.

Im **Cluster 3** sind 42,9% ohne Schulabschluss, welche sich aber alle noch in schulischer Ausbildung befinden. Lediglich 1 Person (7,1%) ist zum Tatzeit ohne schulische/ berufliche Tätigkeit, damit sind 92,9% der Amokläufer dieses Clusters nicht arbeitssuchend. 78,6% der Täter sind ledig ohne Partnerschaft. Insgesamt leben noch 64,3% der Täter bei den Eltern, 28,6% leben allein.

#### **Hypothese 4 wird beibehalten.**

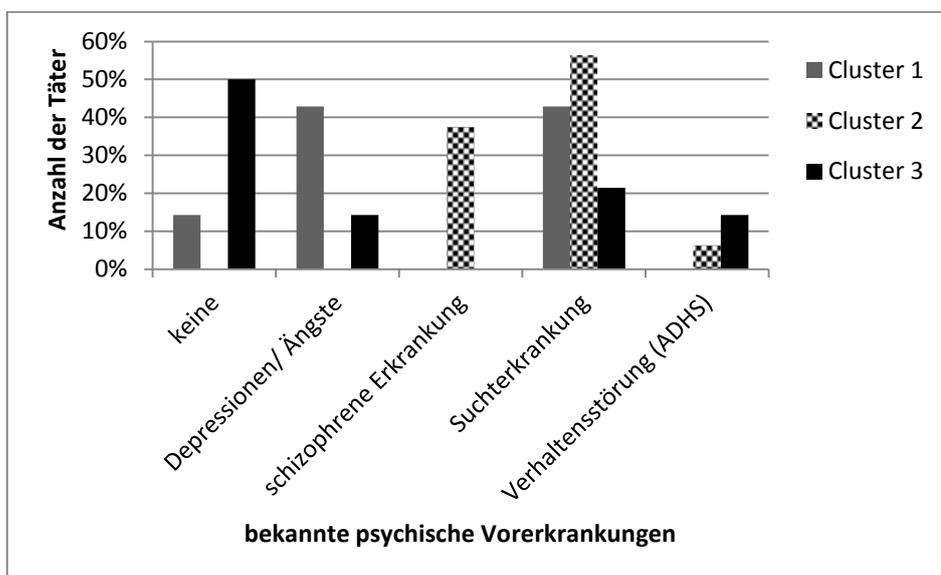
Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf ihren sozialen Status: Täter der Gruppe 1 sind verheiratet/ getrennt lebend und gehen einem Job nach. Täter der Gruppe 2 sind unverheiratet und arbeitslos. Täter der Gruppe 3 sind ledig und gehen noch zur Schule/ Ausbildung. Bzgl. des Zusammenwohnens gibt es keine signifikanten Unterschiede.

### **3.2.4 Psychopathologie der Täter**

#### *3.2.4.1 Vorerkrankungen in der Lebensgeschichte*

Bei 17 der 44 Täter finden sich in den Akten Angaben über medizinische Auffälligkeiten in der Vergangenheit. Bei 1 Täter (5,9%) wurde vor der Geburt eine komplexe Bluterkrankung als Fötus beschrieben (Morbus haemolyticus fetalis), und bei 1 Täter (5,9%) kam es bei der Geburt zu einer Sauerstoffmangelversorgung (Asphyxia neonatorum). 2 Täter (11,8%) litten in ihrer Kindheit an nächtlichem Einnässen (Enuresis nocturna), 1 Täter (5,9%) stottert seit der Kindheit (Balbuties) und 1 Täter (5,9%) ist Legastheniker (Lese-Rechtschreib-Schwäche). 1 Täter (5,9%) leidet unter Narkolepsie (klassische Kataplexie), 5 Täter (29,4%) wurden wegen einer Schädelhirn-Verletzung bereits medizinisch behandelt, weitere 3 Täter (17,6%) erlitten diverse Verletzungen infolge eines Auto- bzw. Motorradunfalls. 1 Täter (5,9%) leidet seit der Kindheit an epileptischen Anfällen. Bei 1 Täter (5,9%) wurde im Vorfeld der Amoktat ein Karzinom diagnostiziert. Bei der kleinen Stichprobe von 17 Personen ergibt der Exakte Fisher Test ein Signifikanzniveau von  $p = .720$ , und somit keine Unterschiede zwischen den Clustertypen.

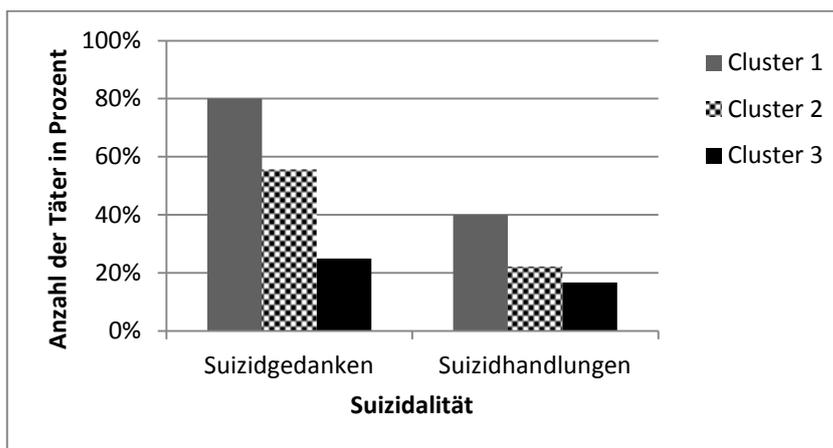
Von den 44 Tätern sind bei 35 (79,5%) psychische Erkrankungen in der Vergangenheit bekannt. Dies betreffen alle 16 Täter (100%) des Clusters 2, 12 Täter (85,7%) des Clusters 1 und 7 Täter (50%) im Cluster 3. Der Exakte Fisher Test zeigt eine Signifikanz von  $p = .002$  und damit ein hoch signifikantes Ergebnis. Auch die Art der psychischen Erkrankungen zeigt hoch signifikante Unterschiede zwischen den drei Tätergruppen. Der Fisher's Exakt Test zeigt eine Signifikanz von  $p = .000$ . Die Verteilung der Art der Erkrankung je Tätergruppe zeigt die nachfolgende Übersicht (Abbildung 19):



**Abbildung 19:** Arten der psychischen Vorerkrankungen der Täter (N=44)

Dabei fallen die psychiatrischen Diagnosen in den Clustern folgendermaßen aus: 6 Täter (42,9%) des Clusters 1 waren an Depressionen/ Ängsten erkrankt. Weitere 6 Täter (42,9%) waren wegen einer Suchterkrankung bereits in Behandlung. 9 Amokläufer (56,3%) des Clusters 2 litten in der Vergangenheit an einer Suchterkrankung und bei weiteren 6 Tätern (37,5%) wurde eine schizophrene Erkrankung und bei 1 Amokläufer (6,3%) eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert. Im Cluster 3 waren 7 Täter (50,0%) im Vorfeld der Tat noch nicht psychisch erkrankt; weitere 3 Täter (21,4%) litten an einer Suchterkrankung und jeweils 3 Amokläufer (je 14,3%) an einer Depression/ Angststörung bzw. an einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung.

Von 31 Tätern sind Angaben über Suizidgedanken und Suizidhandlungen in der Lebensgeschichte in den Akten datiert. Eine Übersicht dazu gibt Abbildung 20:



**Abbildung 20:** Anzahl von Tätern, die in ihrer Lebensgeschichte an Suizidgedanken bzw. Suizidhandlungen gelitten haben (N=31)

Insgesamt litten 16 Täter (51,6%) in ihrem Leben bereits an Suizidgedanken. Dies betrifft vor allem 8 Täter (80%) des Clusters 1 und weitere 5 Täter (55,6%) des Clusters 2. 9 Täter (75%) des Clusters 3 haben in ihrer Lebensgeschichte noch nicht an suizidalen Gedanken gelitten. Der Fisher's Exakt Test zeigt mit einem Signifikanzniveau von  $p = .045$ , dass sich die drei Täterttypen bzgl. der Suizidgedanken signifikant unterscheiden.

Bereits 8 der 31 Täter (25,8%) hatten in ihrer Vergangenheit schon mindestens einmal einen Suizidversuch verübt. Mindestens einen Versuch der Selbsttötung haben 4 Täter (40%) des Clusters 1, 2 Täter (22,2%) des Clusters 2 und weitere 2 Täter (16,7%) des Clusters 3 durchgeführt. Dabei gibt es keine Hinweise auf Unterschiede zwischen den Clustern. Der Fisher's Exakt Test zeigt eine Signifikanz von  $p = .328$ .

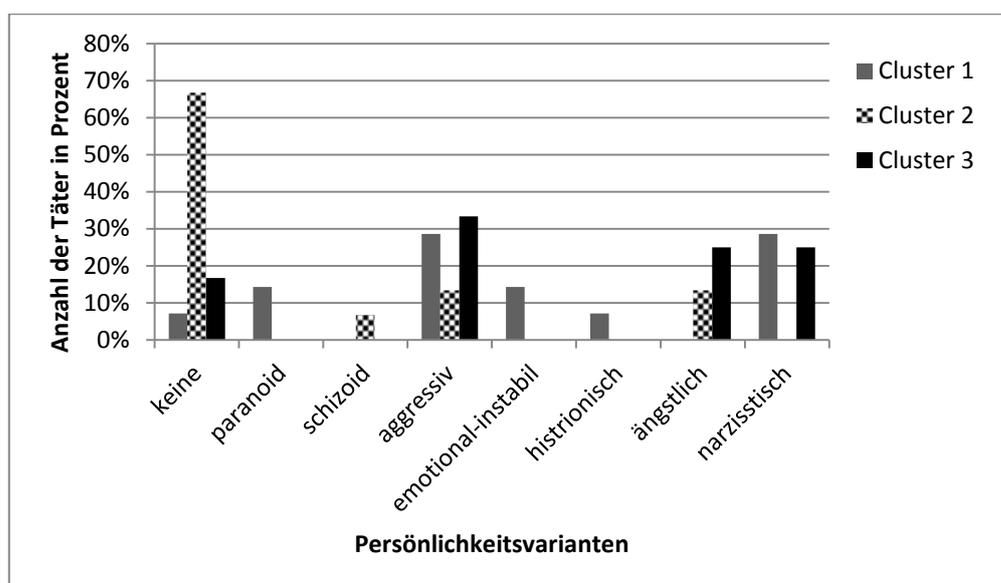
#### 3.2.4.2 Intelligenz

Von 27 Tätern liegen Angaben über die Einschätzung der kognitiven Fähigkeit mithilfe des Intelligenzquotienten (IQ) vor. 22 Täter (81,5%) sind als durchschnittlich intelligent, 3 Täter (11,1%) als überdurchschnittlich und 2 Täter (7,4%) als unterdurchschnittlich intelligent eingestuft worden. Beide Täter mit einem unterdurchschnittlichen IQ entstammen des Clusters 1, weitere 8 Täter (72,7%) des Clusters 1 sind durchschnittlich und 1 Täter (9,1%) überdurchschnittlich intelligent. Alle 5 Täter des Clusters 2 (100%) wurden als durchschnittlich intelligent eingestuft. Im Cluster 3 sind 9 Täter (81,8%) durchschnittlich und 2 Täter (18,2%) als überdurchschnittlich intelligent bewertet worden. Der Exakte Fisher Test zeigt bei einer Signifikanz von  $p = .715$  keine

signifikanten Unterschiede bzgl. der Intelligenz zwischen den Tätern der drei Clustertypen.

### 3.2.4.3 Persönlichkeit

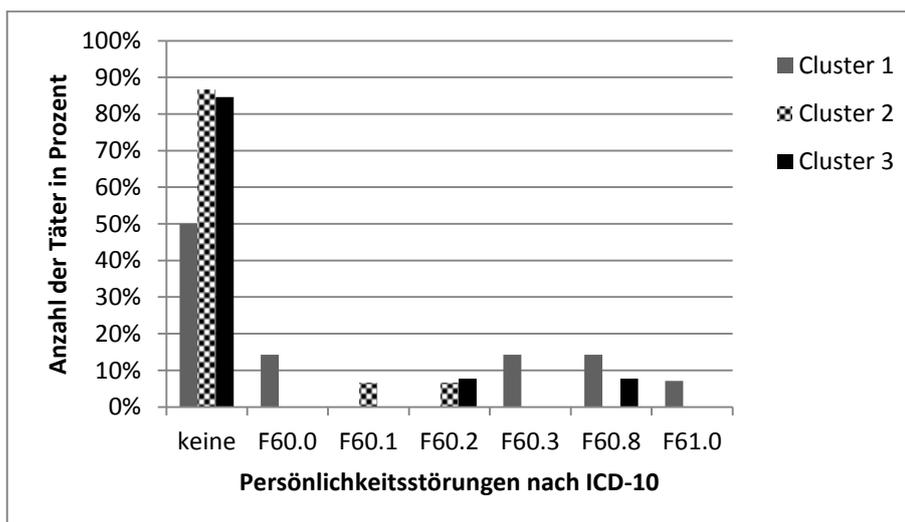
In den Akten finden sich bei 41 Tätern Angaben über auffällige Persönlichkeitsvarianten der Amokläufer. Eine schematische Übersicht der Persönlichkeitsakzentuierungen der Täter ist in Abbildung 21 abgetragen. Hierbei ist auffällig, dass die Persönlichkeit bei nur 5 der 16 Täter (33,3%) aus dem Cluster 2 Bedeutung findet. Im Cluster 1 sind 13 von 14 Tätern (92,9%) und im Cluster 3 sind 10 von 14 Tätern (83,3%) in ihrer Persönlichkeit als auffällig beschrieben. Insgesamt 9 der 41 Amokläufer (22,0%) sind als aggressiv, 7 Täter (17,1%) als narzisstisch, 5 Täter (12,2%) als ängstlich, jeweils 2 Täter (je 4,9%) als paranoid bzw. emotional-instabil und jeweils 1 Täter (je 2,4%) als schizoid bzw. histrionisch eingestuft worden. Im Cluster 1 sind jeweils 4 Täter (28,6%) als narzisstisch bzw. aggressiv, jeweils 2 Täter (je 14,3%) als paranoid bzw. emotional-instabil und 1 Täter (7,1%) als histrionisch beschrieben. Im Cluster 2 sind jeweils 2 Täter (je 13,3%) als aggressiv bzw. ängstlich und 1 Täter (6,7%) als schizoid eingeschätzt worden. Im Cluster 3 sind 4 Täter (33,3%) als aggressiv, 3 Täter (25,0%) als ängstlich und weitere 3 Täter (25,0%) als narzisstisch eingestuft worden.



**Abbildung 21:** Persönlichkeitsakzentuierungen der Amokläufer (N=41)

Der Exakte Test nach Fisher weist ein Signifikanzniveau von  $p = .001$  auf und demnach ein hoch signifikantes Ergebnis.

Im Rahmen der Schuldfähigkeitsbeurteilung nahmen alle Gutachter Stellung über das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (siehe Abbildung 22). 32 Täter (76,2%) leiden zum Tatzeitpunkt *nicht* an einer Persönlichkeitsstörung. 2 Täter (14,3%) leiden unter einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (beides Täter aus dem Cluster 1), 1 Täter (6,7%) aus dem Cluster 2 an einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, bei 2 Tätern wurde eine dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (je ein Täter aus Cluster 2 und 3), jeweils 2 Täter (je 14,3%) leiden an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (beides Täter aus dem Cluster 1). Bei 3 Tätern (7,1%) wurde eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, davon sind 2 Täter aus dem Cluster 1 und einer aus dem Cluster 3. 1 Täter (2,4%) erhielt die Diagnose kombinierte Persönlichkeitsstörung; dieser Täter ist aus dem Cluster 1.



**Abbildung 22:** Diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen im Rahmen der Schuldfähigkeitsbegutachtung (N=44)

Bezüglich der Art der Persönlichkeitsstörungen gibt es zwischen den Clustern laut Fisher's Exakt Test mit einem Signifikanzniveau von  $p = .138$  keine signifikanten Unterschiede.

#### 3.2.4.4 Suchterkrankungen

Bei 43 Tätern gibt es in den Akten eindeutige Angaben zu bestehenden Suchterkrankungen der Täter zum Tatzeitpunkt. Von den 43 Amokläufern leiden insgesamt 11 (25,6%) an einer Suchterkrankung. Zwischen den Tätergruppen gibt es

keine signifikanten Unterschiede: Fisher's Exakt Test hat ein Signifikanzniveau von  $p = .678$ .

Von den 4 suchtkranken Tätern des Clusters 1 leiden 2 Täter (14,3%) an einer Alkohol- und Drogensucht und jeweils 1 Täter (je 7,1%) an einer Alkohol- bzw. Medikamentensucht. Alle suchtkranken Täter des Clusters 2 (5 Täter; 100%) konsumierten Drogen und/ oder Alkohol. Von den beiden Tätern des Clusters 3, bei denen eine Suchterkrankung diagnostiziert wurde, leidet 1 Amokläufer (7,7%) an Alkohol- und Drogensucht und 1 weiterer konsumierte mit suchtäquivalenten Verhaltensauffälligkeiten Horrorfilme (7,7%). In der nachfolgenden Tabelle 6 sind die Angaben in einer Übersicht zusammengefasst.

**Tabelle 6:** Art der Suchterkrankungen im Vergleich zwischen den 3 Clustern

<b>Suchterkrankung</b>		<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>	<b>Cluster 3</b>
<i>Keine</i>	Anzahl	10	11	11
	% innerhalb des Clusters	71,4%	68,8%	84,6%
Abhängigkeit von Alkoholkonsum	Anzahl	1	1	0
	% innerhalb des Clusters	7,1%	6,3%	0,0%
Abhängigkeit von Drogenkonsum	Anzahl	0	2	0
	% innerhalb des Clusters	0,0%	12,5%	0,0%
Abhängigkeit von Alkohol & Drogen	Anzahl	2	2	1
	% innerhalb des Clusters	14,3%	12,5%	7,7%
Abhängigkeit von Medikamenten	Anzahl	1	0	0
	% innerhalb des Clusters	7,1%	0,0%	0,0%
Konsum von Horrorfilmen	Anzahl	0	0	1
	% innerhalb des Clusters	0,0%	0,0%	7,7%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	14	16	13
	% innerhalb Gesamtzahl	32,6%	37,2%	30,2%

### 3.2.4.5 Hirnorganische Auffälligkeiten

Im Rahmen der Sachverständigengutachten zur Beurteilung der Schuldfähigkeit wurden bei 22 Tätern eindeutige Angaben über deren hirnorganischen Befund mittels Elektroenzephalografie (EEG), Cranialer Computertomografie (cCT) bzw. Magnetresonanztomografie (MRT) getätigt.

Bei den Untersuchungen zeigen 15 der 22 Täter (68,2%) keine Auffälligkeiten. Hier gibt es auch zwischen den Tätergruppen keine Unterschiede: Fisher's Exakt Test zeigt ein Signifikanzniveau von  $p = .631$ . In der folgenden Übersicht (Tabelle 7) sind die hirnorganischen Auffälligkeiten der 7 Täter aufgelistet:

**Tabelle 7: Hirnorganische Auffälligkeiten der Täter im Vergleich**

<b>Hirnorganische Befunde</b>		<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>	<b>Cluster 3</b>
<i>Keine</i>	Anzahl % innerhalb des Clusters	5 55,6%	5 71,4%	5 83,3%
Unregelmäßigkeiten im EEG	Anzahl % innerhalb des Clusters	2 22,2%	0 0,0%	1 16,7%
Auffälligkeiten im EEG & MRT	Anzahl % innerhalb des Clusters	0 0,0%	1 14,3%	0 0,0%
Epileptische Anfälle	Anzahl % innerhalb des Clusters	1 11,1%	0 0,0%	0 0,0%
Schädelhirn- traumata	Anzahl % innerhalb des Clusters	0 0,0%	1 14,3%	0 0,0%
Hirnvolumen- minderung	Anzahl % innerhalb des Clusters	1 11,1%	0 0,0%	0 0,0%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	9	7	6

Zur näheren Beschreibung der hirnorganischen Auffälligkeiten im EEG bzw. MRT aus der Tabelle 7 werden die Befunde der Gutachter nachfolgend zitiert. Im Cluster 1 wurde bei einem Täter anhand des EEG's eine „unregelmäßige Mischfolge aus Alpha-, Beta- und Theta-Wellen über alle Ableitpunkte mit Dominanz der raschen Frequenzen“ und bei einem weiteren Täter eine „gesteigerte vaso-vegetative Labilität“ beschrieben. Im Cluster 2 wird bei einem Täter anhand des EEG's ein „Grenzbefund zur leichten allgemeinen cerebralen Funktionsstörung“ und im MRT „bei unauffälligen

Hirnstrukturen eine kleine Zyste im corpus pineale“ diagnostiziert. Beim Täter des Clusters 3 wurde ein „unregelmäßiges und zu langsames Hirnstrombild mit grenzwertigem Befund zur leichten Allgemeinveränderung“ beschrieben. Da nur bei 22 Tätern hirnorganische Befunde vorliegen, wovon nur bei 7 Tätern unspezifische Auffälligkeiten beschrieben werden, können diese Angaben nicht näher ausgewertet werden.

#### *3.2.4.6 Zusammenfassung Psychopathologie der Täter*

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich der Psychopathologie:

Täter aus dem **Cluster 1** sind zu 85,7% an einer psychischen Störung vorerkrankt. 42,9% litten im Vorfeld der Tat bereits an Depressionen/ Ängsten und weitere 42,9% an einer Suchterkrankung. In diesem Cluster ist die höchste Rate an vorbestehenden Suizidgedanken (80% der Täter) zu verzeichnen. Insgesamt 40% der Täter haben in der Vergangenheit bereits mindestens einen Suizidversuch verübt. Bei ausschließlich 1 Täter wurde keine auffällige Persönlichkeitsakzentuierung beschrieben. Die Täter dieses Clusters sind jeweils zu 28,6% wegen narzisstischer bzw. aggressiver Persönlichkeitsanteile auffällig. Eine definitive Persönlichkeitsstörung wurde bei der Hälfte der Täter diagnostiziert. Dabei handelt es sich zu gleichen Teilen (je 2 Täter; je 14,3%) um emotional-instabile, narzisstische und paranoide Persönlichkeitsstörungen.

Täter aus dem **Cluster 2** litten alle an einer psychischen Vorerkrankung: 56,3% an einer Suchterkrankung und weitere 37,5% an einer Schizophrenie. 55,6% der Amokläufer berichten von Suizidgedanken.

Im **Cluster 3** sind bei der Hälfte (50,0%) der Täter im Vorfeld keine psychiatrischen Vorerkrankungen bekannt. 21,4% litten an einer Suchterkrankung und jeweils 14,3% an Depression/ Ängsten bzw. an einer Aufmerksamkeitsdefiziterkrankung im Kindes- und Jugendalter. Die Rate an Suizidgedanken ist in diesem Cluster mit 25,0% am geringsten. Im Cluster 3 wurden 4 Täter (33,3%) als aggressiv und jeweils 3 Täter (je 25,0%) als ängstlich bzw. narzisstisch beschrieben, jeweils 1 Täter (je 2,4%) erhielt die Diagnose dissoziale bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung.

### **Hypothese 5 wird beibehalten.**

Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Psychopathologie voneinander. Täter der Gruppe 1 sind bereits wegen psychiatrischer Diagnosen behandelt worden. Täter der Gruppe 2 sind Schizophrene (aber auch Suchterkrankte). Täter der Gruppe 3 waren bereits zur Hälfte in psychiatrischer Behandlung. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Täter der Gruppe 1 bereits an Suizidgedanken litten und zu 50 Prozent auch die Täter der Gruppe 2.

## **3.2.5 Vortatverhalten**

### *3.2.5.1 Planung der Tat*

Von den 44 Tätern haben 12 Täter (27,3%) angegeben, dass sie den Amoklauf im Vorfeld geplant haben. Im Cluster 1 haben 4 Täter (28,6%), im Cluster 2 insgesamt 2 Täter (12,5%) und im Cluster 3 haben 6 Täter (42,9%) nachweislich ihre Taten gezielt geplant. Der Exakte Fisher Test zeigt ein Signifikanzniveau von  $p = .172$ . Damit unterscheiden sich die Cluster nicht signifikant von einander. Tendenziell zeigt sich, dass im Vergleich zwischen den Tätergruppen vor allem die Täter des Clusters 3 die meisten Amokläufe im Vorfeld planten.

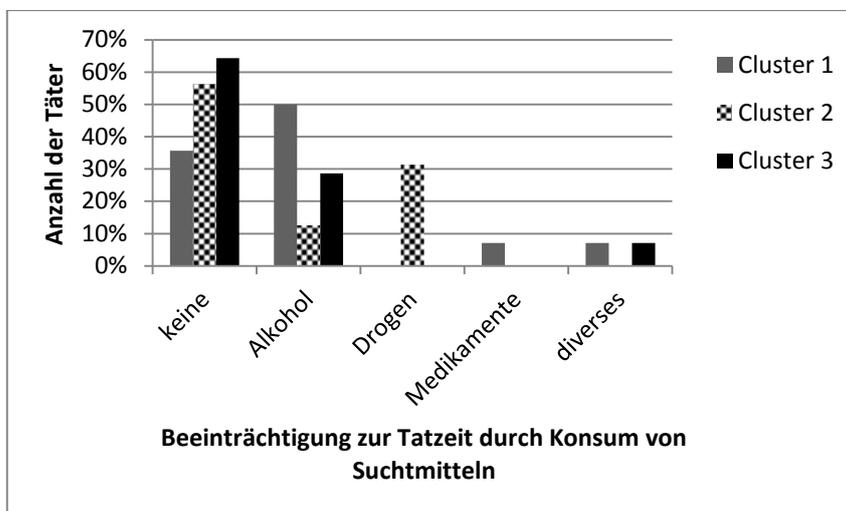
### *3.2.5.2 Informationsweitergabe während der Tatplanung*

Ein Viertel der Täter (25,0%) haben im Vorfeld der Tat ihre Tatvorhaben Mitmenschen mitgeteilt. Das betrifft vor allem die Täter des Clusters 3. Hier haben 6 Täter (42,9%) vor der Tatbegehung Hinweise auf ihr Vorhaben geäußert. 2 Täter (14,3%) des Clusters 1 und 3 Täter des Clusters 2 (18,8%) setzten andere über ihre Planung eines Amoklaufes in Kenntnis. Der Fisher's Exakt Test zeigt eine Signifikanz von  $p = .250$ . Damit gibt es auch hier keine signifikanten Unterschiede.

### *3.2.5.3 Beeinträchtigungen zur Tatzeit*

23 der 44 Täter (52,3%) waren während der Durchführung der Tat *nicht* durch Alkohol, Drogen oder Medikamente beeinträchtigt. Der Großteil der unter einer Beeinträchtigung leidender Täter war alkoholisiert (13 Täter; 29,5%). Weitere 5 Täter (11,4%) standen unter Drogeneinfluss, 1 Täter (2,3%) unter Medikamenteneinfluss und weitere 2 Täter (4,5%) hatten sowohl Alkohol als auch Drogen konsumiert. Dabei zeigt Fisher's Exakt Test ein Signifikanzniveau von  $p = .018$ . Damit unterscheiden sich die

drei Tätertypen bezüglich der Beeinträchtigung während der Tatzeit signifikant voneinander. Eine Übersicht der zum Tatzeitpunkt durch Suchtmittel beeinträchtigter Täter inklusive der Art des Suchtmittels befindet sich in Abbildung 23.



**Abbildung 23:** Beeinträchtigung der Täter zum Tatzeitpunkt durch Suchtmittel (N=44)

Im Cluster 1 waren insgesamt 9 Täter (64,3%) von Suchtmitteln beeinträchtigt. Von den 14 Tätern des Clusters 1 waren 7 Täter (50,0%) alkoholisiert, jeweils 1 Täter (je 7,1%) war durch Medikamente und 1 Amokläufer durch Alkohol- und Drogenkonsum beeinträchtigt. Im Cluster 2 waren 9 Täter (56,3%) unbeeinträchtigt von Suchtmitteln, 5 Täter (31,3%) standen unter Drogen- und 2 Täter (12,5%) unter Alkoholeinfluss. Aus dem Cluster 3 waren 9 Täter (64,3%) nicht von Suchtmitteln beeinträchtigt, 4 Täter (28,6%) alkoholisiert und 1 Täter (7,1%) durch Konsum von Alkohol und Drogen im Vorfeld der Tat beeinflusst.

#### 3.2.5.4 Zusammenfassung Vortatverhalten

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich des Täterverhaltens vor der Tatdurchführung:

Im **Cluster 1** haben 28,6% der Amokläufer ihre Taten im Vorfeld geplant. Zum Tatzeitpunkt war die Hälfte der Täter (50%) alkoholisiert.

Im **Cluster 2** haben nur 2 Täter (12,5%) ihre Taten geplant, womit dies im Vergleich zu den beiden anderen Clustern die wenigsten Täter sind. Der Großteil dieser Amokläufer (56,3%) war zur Tatzeit nicht durch Suchtmittel beeinträchtigt, 31,3% standen unter Drogeneinfluss, weitere 12,5% konsumierten exzessiv Alkohol vor der Tatbegehung.

Den größten Anteil an geplanten Handlungen haben die Täter des **Clusters 3** mit

insgesamt 42,9%. Auch finden sich in diesem Cluster die meisten Amokläufer, die andere im Vorfeld ihrer Tat über ihr Vorhaben in Kenntnis setzten (42,9%). Die meisten Täter (64,3%) waren zum Tatzeit nicht von Substanzen beeinträchtigt, weitere 28,6% standen unter Alkoholeinfluss.

**Hypothese 6 wird verworfen.**

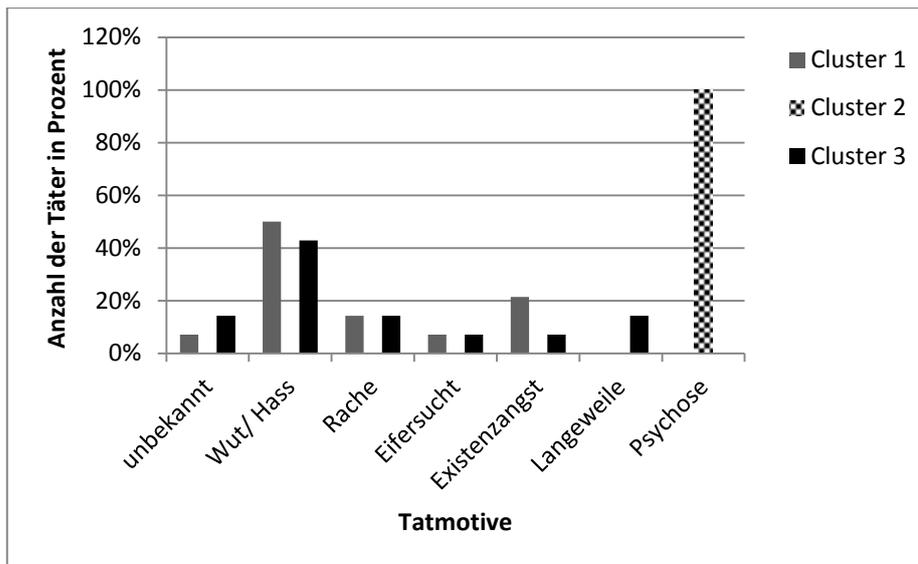
Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Planung der Taten nicht voneinander. 72 Prozent aller Täter begehen ihren Amoklauf spontan.

Täter der Gruppe 1 trinken vor der Tatbegehung Alkohol, und Täter der Gruppe 3 konsumieren zum größten Teil keine Suchtmittel. In der Gruppe 2 stehen 50 Prozent der Täter unter Drogeneinfluss.

### 3.2.6 Tatauslösende Bedingungen

#### 3.2.6.1 Motive

Die Motive von 3 der 44 Täter sind in den Akten nicht vermerkt. Die Motivarten, die zur Tatausübung geführt haben, sind: Wut/ Hass, Rache, Eifersucht, Existenzangst, psychotische Erkrankung und „Langeweile“. Dabei haben 16 Amokläufer (36,4%) infolge einer psychotischen Erkrankung gehandelt, 13 Täter (29,5%) aus Wut/ Hass, jeweils 4 Täter (je 9,1%) aus Rache bzw. Existenzangst und jeweils 2 Täter (je 4,5%) haben als Tatmotiv Eifersucht bzw. „Langeweile“ angegeben. Hier zeigt sich ein hoch signifikantes Ergebnis. Die drei Clustertypen unterscheiden sich bzgl. der Tatmotive voneinander: Fisher's Exakt Test errechnet ein Signifikanzniveau von  $p = .000$ . Dabei zeigt die Verteilung der Motive innerhalb der Cluster folgendes Muster (siehe Abbildung 24): Alle 16 Täter (100%) des Clusters 2 handelten aufgrund einer Psychose. 7 Täter (50,0%) des Clusters 1 benannten Wut/ Hass als Tatmotiv, weitere 3 Täter (21,4%) Existenzängste, 2 Täter (14,3%) Rache und 1 Täter (7,1%) Eifersucht. Im Cluster 3 berichten 6 Täter (42,9%) von einem Amoklauf aus Wut/ Hass, jeweils weitere 2 Täter (je 14,3%) berichten von Rache bzw. „Langeweile“ als Motiv. Jeweils 1 Täter (je 7,1%) des Clusters 3 hat wegen Eifersucht bzw. Existenzangst die Tat begangen.

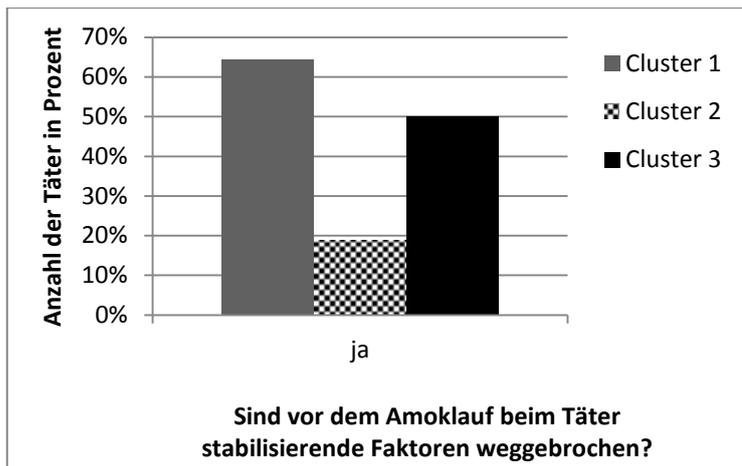


**Abbildung 24:** Angaben zum Tatmotiv der Täter im Vergleich zwischen den Clustern (N=44)

Bei 12 der 16 Täter des Clusters 2, die infolge einer wahnhaften Störung ihren Amoklauf begingen, wurden die Inhalte des Wahns im Gutachten benannt: 5 Täter (41,7%) verübten ihre Taten im Rahmen eines religiösen Wahns (meist „Töten im Auftrage Gottes“), weitere 4 Täter (33,3%) litten unter Verfolgungswahn, 1 Täter (8,3%) litt im Rahmen der Schizophrenie unter Mordgedanken durch imperative Stimmen. 1 Täter (8,3%) war besessen von der Vorstellung, dass aktuell Krieg herrscht und er sich verteidigen muss, und 1 weiterer Täter (8,3%) litt unter der Verkenning der eigenen Person.

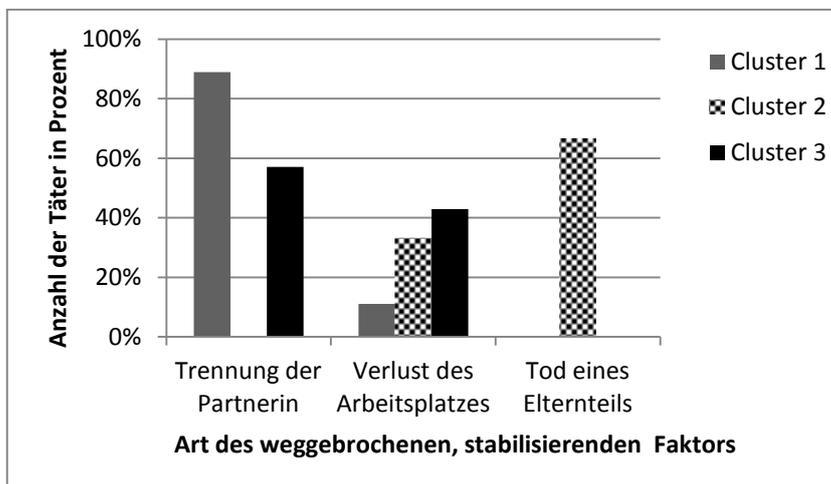
### 3.2.6.2 Wegbrechen stabilisierender Faktoren

Bei 19 Tätern (43,2%) sind vor der Tat stabilisierende Faktoren weggebrochen. Im Cluster 1 betrifft dies 9 Täter (64,3%), im Cluster 2 sind es 3 Täter (18,8%) und 7 Täter (50,0%) aus dem Cluster 3. Die Unterschiedstestung zeigt einen  $\chi^2$  Wert (2, N=44) von 6.699 bei einer Signifikanz von  $p = .035$ . Damit unterscheiden sich die Täter zwischen den Clustertypen, wie die Abbildung 25 deutlich zeigt, bezüglich des Wegfalls stabilisierender Faktoren im Vorfeld der Tat, signifikant voneinander.



**Abbildung 25:** Wegfall stabilisierender Faktoren (N=44)

Die Analyse der Art des Wegfalls stabilisierender Faktoren bei den 19 Tätern zeigt drei Ursachen: Verlust der Partnerschaft, Verlust des Arbeitsplatzes und Tod eines Elternteils. Im Cluster 1 zeigen sich bei 8 von 9 Amokläufern (88,9%) Partnerschaftskonflikte und bei 1 Täter (11,1%) der Verlust des Arbeitsplatzes. Im Cluster 2 haben 2 von 3 Tätern (66,7%) ein Elternteil und 1 Täter (33,3%) seinen Arbeitsplatz verloren. 4 von 7 Tätern (57,1%) des Clusters 3 haben Partnerschaftskonflikte angegeben und 3 Täter (42,9%) wurden vom Arbeitgeber gekündigt. Ein Überblick dazu bietet Abbildung 26.



**Abbildung 26:** Art des weggebrochenen, stabilisierenden Faktors (N=19)

Der Exakte Fisher Test zeigt hier ein hoch signifikantes Ergebnis mit einem Signifikanzniveau von  $p = .013$ .

### 3.2.6.3 Weitere Auslöser

In 13 Straftaten wurden weitere tatauflösende Merkmale benannt. Dabei handelt es sich bei 4 Tätern (30,8%) um Streitigkeiten, die den Amoklauf auslösen sollen, in 3 Fällen (23,1%) um Nachahmungswünsche infolge exzessiven Computerspielens, jeweils 2 Täter (je 15,4%) benannten „finanzielle Sorgen“ bzw. „Ausweglosigkeit infolge des Vorwurfs einer Straftat“ als Auslöser für ihre Tat. Jeweils 1 Täter (je 7,7%) machte die Zurückweisung von einer Frau bzw. langanhaltenden Suizidwunsch als tatauflösenden Faktor verantwortlich. 3 Täter des Clusters 1 und 1 Täter des Clusters 2 gaben als tatauflösenden Faktor „Streitigkeiten“ an. Jeweils 1 Amokläufer des Clusters 1 und des Clusters 2 berichten von einer „finanziellen Notlage“. Täter des Clusters 3 berichten in 2 Fällen von „Vorwürfen einer anderen Straftat“, in einem Fall von „Zurückweisung durch eine Frau“, 3 Täter machen exzessiven Konsum von Computerspielen („Ego-Shootern“) als Auslöser verantwortlich und 1 weiterer Amokläufer berichtet von „Suizidideen“, die die Tatbegehung ausgelöst haben. Dabei unterscheiden sich die Tätergruppen nach Fisher's Exakt Test mit einem  $p= 0.044$  signifikant voneinander.

### 3.2.6.4 Zusammenfassung tatauflösende Bedingungen

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich der tatauflösenden Bedingungen:

Bei 64,3% der Täter des **Clusters 1** sind vor der Durchführung des Amoklaufes sozial-stabilisierende Faktoren weggebrochen. Hierbei handelt es sich in 88,9% der Fälle um Konflikte infolge einer Trennung der Ehefrau/ Partnerin vom Täter. Als Motive der Tat geben 50% der Täter Wut/ Hass an, weitere 21,4% Existenzangst und 14,3% Rache. Bei 1 Täter bleibt das Tatmotiv ungeklärt.

Bei lediglich 18,8% der Täter des **Clusters 2** sind vor der Durchführung des Amoklaufes sozial-stabilisierende Faktoren weggebrochen. Hierbei handelt es sich in zwei Fällen um den Tod eines Elternteils bzw. in einem Fall um den Verlust des Arbeitsplatzes. Alle 16 Täter dieses Clusters handelten im Rahmen einer Psychose.

Bei 50% der Täter des **Clusters 3** sind vor der Durchführung des Amoklaufes sozial-stabilisierende Faktoren weggebrochen. Hierbei handelt es sich in 57,1% der Fälle um Konflikte infolge einer Trennung der Partnerin vom Täter sowie in 42,9% um den Verlust des Arbeitsplatzes (Schulverweis). Als Tatmotiv wurde von 42,9% der Täter Wut/ Hass angegeben, jeweils 14,3% berichten von Rache und „Langeweile“. Jeweils 1 Täter sei wegen Eifersucht bzw. Existenzangst zum Amokläufer geworden. Zwei Täter verweigerten die Aussage über das Motiv.

### Hypothese 7 wird beibehalten.

Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die tatalösenden Bedingungen voneinander. Täter der Gruppe 1 handeln infolge von Partnerschaftskonflikten, als Motive geben sie zu 50 Prozent Wut und zu 20 Prozent Hass an. Täter der Gruppe 2 handeln im Rahmen einer Psychose. Täter der Gruppe 3 handeln zu 30 Prozent aus Rache infolge von Verlusten der Partnerschaft oder Arbeitsstelle.

## 3.2.7 Tatort

### 3.2.7.1 Entfernung des Tatortes vom Wohnort des Täters

In 65,9% der Fälle (bei 29 der 44 Täter) ist der Tatort im eigenen Wohnort. Das trifft vor allem auf einen Großteil der Täter des Clusters 1 zu. Hier haben insgesamt 12 Täter (85,7%) ihren Amoklauf innerhalb ihres Wohnortes vollzogen. Im Cluster 2 sind es 9 Täter (56,3%) und im Cluster 3 sind es 8 Täter (57,1%), die ihre Taten im eigenen Wohnort begangen haben. Im Cluster 2 haben weitere 5 Amokläufer (31,3%) außerhalb des Wohnortes ihre Tat begangen; 2 Täter (12,5%) liefen im eigenen Wohnort Amok, wobei die Tat sich dann auf andere Orte ausweitete. Eine Ausweitung der Tatorte außerhalb des eigenen Wohnortes trifft nur auf die 2 Täter des Clusters 2 zu. Die Überprüfung der Unterschiede zwischen den Tätergruppen ergibt beim Fisher's Exakt Test eine Signifikanz von  $p = .190$ . Dabei unterscheiden sich die Tätergruppen nicht signifikant voneinander.

### 3.2.7.2 Anzahl der Tatorte

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den drei Tätertypen in der Anzahl der Orte, an denen sie Amok laufen (siehe Tabelle 8).

**Tabelle 8:** Anzahl der Tatorte je Cluster und Gesamtstichprobe

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Cluster 1	14	1.00	0.000	1	1
Cluster 2	16	1.69	0.793	1	3
Cluster 3	14	1.07	0.267	1	2
Gesamt	44	1.27	0.585	1	3

Alle Täter des Clusters 1 begingen ihren Amoklauf an nur einem Ort (Mittelwert: 1.0; Standardabweichung: 0.0), Täter des Clusters 2 nutzten bis zu drei Orte (Mittelwert 1.69; Standardabweichung 0.793) und Täter des Clusters 3 ein bis zwei Orte (Mittelwert: 1.07; Standardabweichung: 0.267). Dabei zeigt die Unterschiedstestung ANOVA einen Wert von  $F(2, N=43) = 8.625$  bei einer Signifikanz von  $p = .001$  (siehe Tabelle 9). Damit ein hoch signifikantes Ergebnis.

**Tabelle 9:** Einfaktorielle ANOVA anhand der Variable „Anzahl der Tatorte“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	4.361	2	2.181	8.625	.001
Innerhalb der Gruppen	10.366	41	0.253		
Gesamt	14.727	43			

Die Bonferroni-Korrektur zeigt, dass sich die Cluster 1 und 2 ( $p = .002$ ) sowie Cluster 2 und 3 ( $p = .005$ ) signifikant unterscheiden. Zwischen den Clustern 1 und 3 besteht kein Unterschied ( $p = 1.000$ ).

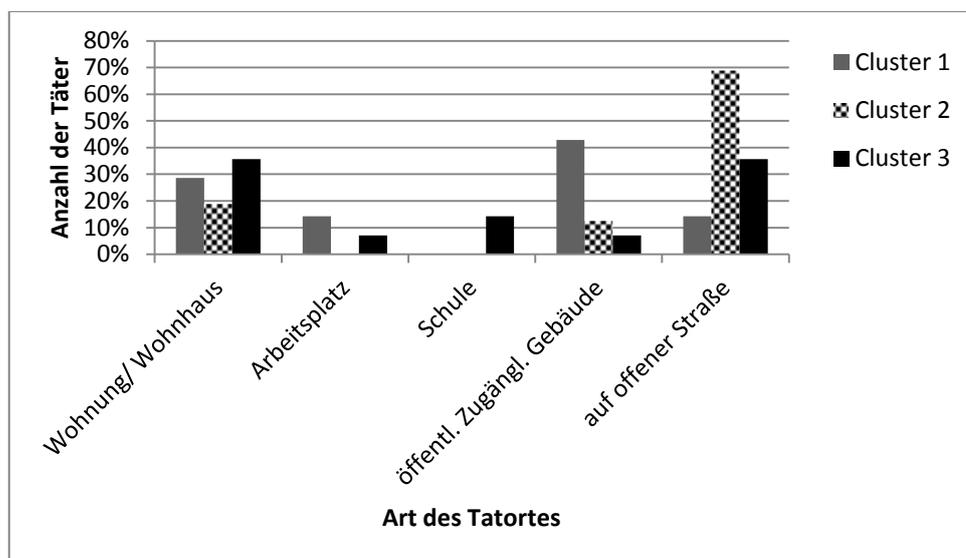
### 3.2.7.3 Beschreibung des Tatortes

Die meisten Amokläufe (63,6%) wurden in Städten begangen, dabei sind dies bevorzugte Tatorte der Täter der Cluster 1 (11 Täter; 78,6%) und Cluster 2 (11 Täter; 68,8%). Täter der Cluster 3 begehen ihren Amoklauf zu 57,1% (8 Täter) eher in ländlichen Regionen. Hierbei zeigt  $\chi^2(2, N=44)$  einen Wert von 4.132 bei einer Signifikanz von  $p = .126$ .

Insgesamt waren 41 Täter (93,2%) der 44 Amokläufer mit dem Tatort vertraut. Alle Täter der Cluster 1 und Cluster 3 waren zu 100% mit dem Tatort vertraut. Lediglich 3 Täter (18,8%) aus dem Cluster 2 begingen ihren Amok an ihnen vollkommen fremden Orten. Hierbei ergibt der Exakte Fisher Test ein Signifikanzniveau von  $p = .097$ , was als Tendenz gewertet werden kann.

Am häufigsten fanden Amokläufe auf offener Straße (18 Täter; 40,9%) gefolgt von Amokläufen in Wohnhäusern (12 Täter; 27,3%) und öffentlich zugänglichen Gebäuden (9 Täter; 20,5%) statt. Bei den öffentlich zugänglichen Gebäuden handelt es sich in 5 Fällen um Restaurants/ Diskotheken (hier wurden 4 Täter des Clusters 1 und 1 Täter des Clusters 3 straffällig). In 2 Fällen ereigneten sich die Amokläufe in einem Gerichtsgebäude (in beiden Fällen Täter des Clusters 1), jeweils 1 Amoklauf ereignete sich an einer Tankstelle bzw. einem Supermarkt (beides Täter aus dem Cluster 2). 2 Täter (4,5%) liefen an einer Schule Amok, und von 3 Tätern (6,8%) wurden die Amokläufe am Arbeitsplatz verübt. Beide Schulamokläufe wurden von Tätern des Clusters 3 begangen sowie 1 Amoklauf am Arbeitsplatz. Die beiden anderen Taten am Arbeitsplatz wurden von Tätern des Clusters 1 verrichtet. Im Cluster 1 wurden die Amokläufe von 6 Tätern (42,9%) in einem öffentlich zugänglichen Gebäude, von 4 Tätern (28,6%) in einem Wohnhaus und jeweils 2 Tätern (je 14,3%) auf offener Straße bzw. am Arbeitsplatz begangen. 11 Täter (68,8%) des Clusters 2 haben ihre Amokhandlungen auf offener Straße, 3 Täter (18,8%) in einer Wohnung/ Haus und weitere 2 Täter (12,5%) in einer Einkaufsmöglichkeit verrichtet. 5 Täter (35,7%) des Clusters 3 haben ihre Taten auf offener Straße bzw. in einem Wohnhaus vollbracht. Weitere 2 Amokläufer (14,3%) verübten Schulamokläufe und jeweils 1 Täter (7,1%) lief am Arbeitsplatz bzw. in einer Diskothek Amok. Die vorgenannten Angaben je Tätergruppe sind in Abbildung 27 noch mal visualisiert dargestellt.

Die Unterschiedstestung  $\chi^2$  weist auf signifikante Unterschiede zwischen den Tätergruppen hin. Fisher's Exakt Test zeigt ein Signifikanzniveau von  $p = .018$ .



**Abbildung 27:** Übersicht der Art der Tatorte (N=44)

### 3.2.7.4 Zusammenfassung Tatort

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich des Tatortes:

Täter des **Clusters 1** führten ihre Amokläufe bevorzugt im eigenen Wohnort aus (85,7%). Sie haben ihre Amokläufe zu 42,9% in einem Restaurant/ Diskothek bzw. Gerichtsgebäude verübt, weitere 28,6% in Wohnungen. Täter des Clusters 1 haben alle (100%) ihre Taten an nur einem Tatort vollzogen, der dem Täter als Örtlichkeit vertraut war.

Die Örtlichkeit der offenen Straße nutzten 68,8% der Täter des **Clusters 2**. Diese Täter weiten ihre Amoktaten auch auf mehrere (maximal bis zu 3 verschiedene) Tatorte aus, wobei diese den Tätern nicht immer im Vorfeld vertraut sind.

Täter des **Clusters 3** begingen ihre Taten zu 35,7% in Wohnungen/ Wohnhäusern bzw. ebenfalls zu 35,7% auf offener Straße, wobei sie maximal 2 unterschiedliche Tatorte benutzten. Alle Täter sind mit den von ihnen gewählten Tatorten zu 100% vertraut. Während die Täter der Cluster 1 und 2 vornehmlich in Städten Amok laufen, haben Täter des Clusters 3 zu 57,1% ihre Straftaten in ländlichen Regionen verübt.

Amokläufe an Schulen waren mit 4,5% der Fälle in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert. Die Schulamokläufe wurden in dieser Studie ausschließlich von Tätern des **Clusters 3** begangen.

#### **Hypothese 8 wird verworfen.**

Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Art des Tatortes voneinander. Täter der Gruppe 1 begehen ihren Amoklauf größtenteils in öffentlichen Gebäuden. Täter der Gruppe 2 laufen auf der Straße Amok und Täter der Gruppe 3 laufen sowohl auf der Straße als auch in Wohnungen/ Wohnhäusern Amok.

### 3.2.8 Ablauf der Amoktaten

#### 3.2.8.1 Dauer zwischen Entscheidung zur Tat und Ausführung

Bei 42 der 44 Täter sind aus den Akten Angaben über die zeitliche Dauer zwischen dem Entschluss und der Ausübung der Tathandlung bekannt. Dabei zeigen die Täter des Clusters 1 (siehe Tabelle 10) eine Zeitspanne von unter 1 Stunde bis maximal 24 Stunden, im Cluster 2 von unter einer Stunde bis 48 Stunden und im Cluster 3 von

unter einer Stunde bis 720 Stunden. Dabei ist die Dauer von 720 Stunden hier ein sogenannter Ausreißer. Bei der Entnahme des Falles von 720 Stunden, zeigt auch Cluster 3 eine Zeitspanne unter 1 Stunde bis 48 Stunden wie Cluster 2. Der Unterschiedstest ANOVA zeigt bei einem Wert von  $F(2, 41) = 1.395$  bei einem Signifikanzniveau von  $p = .260$  keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Eine tabellarische Übersicht zur Varianzanalyse zeigt die Tabelle 10.

**Tabelle 10:** Dauer zwischen der Entscheidung zur Tat und der Tatdurchführung (Angabe in Stunden)

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Cluster 1	14	4.29	8.939	0	24
Cluster 2	16	6.00	16.395	0	48
Cluster 3	12	67.92	205.907	0	720
Gesamt	42	23.12	111.002	0	720

### 3.2.8.2 Zeitpunkt der Tathandlungen

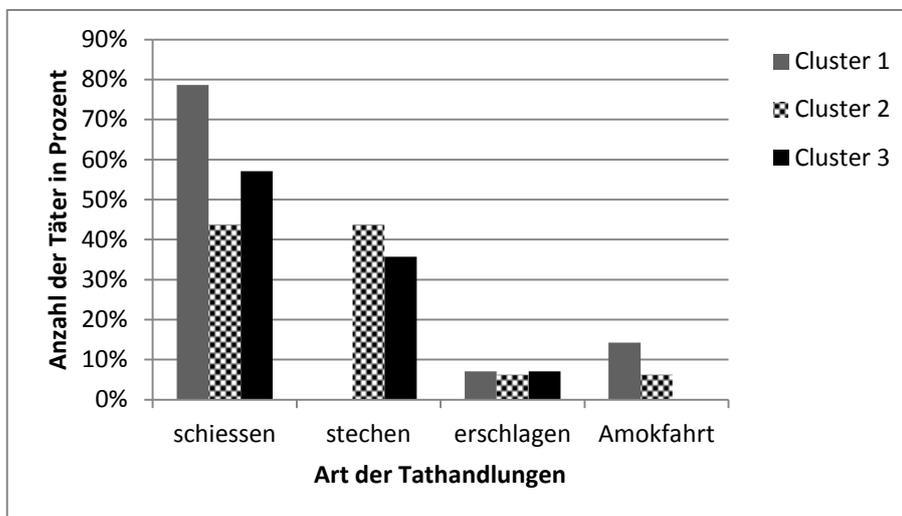
Von den 44 Amokläufern haben 24 (54,5%) ihre Amokläufe tagsüber, das heißt bei Tageslicht durchgeführt. Die übrigen 20 Täter (45,5%) verübten ihre Taten bei Dunkelheit. Eine Unterschiedstestung mit  $\chi^2(2, N=44)$  von 2.190 mit einem Signifikanzniveau von  $p = .335$  gibt keine Hinweise auf Unterschiede zwischen den drei Tätergruppen.

### 3.2.8.3 Tathandlungen und Waffengebrauch

Insgesamt nutzten 26 Täter (59,1%) eine Schusswaffe. Diese kommt am häufigsten von Tätern der Cluster 1 (11 Täter; 78,6%) und Cluster 3 (8 Täter; 57,1%) zum Einsatz. Aus dem Cluster 2 benutzten 7 Täter (43,8%) eine Schusswaffe. Ein Stechwerkzeug (in 11 Fällen Messer) wurde von 7 Tätern (43,8%) des Clusters 2 und von 5 Tätern (35,7%) des Clusters 3 benutzt. 1 Täter (7,1%) des Clusters 1 nutzte eine Axt, 2 Täter (14,3%) des Clusters 1 begingen eine Amokfahrt. Eine Axt wurde auch von 1 Täter (6,3%) des Clusters 2 benutzt. 1 Täter des Clusters 2 (6,3%) beging eine Amokfahrt. Eine visualisierte Übersicht über die Tathandlungen zeigt die Abbildung 28.

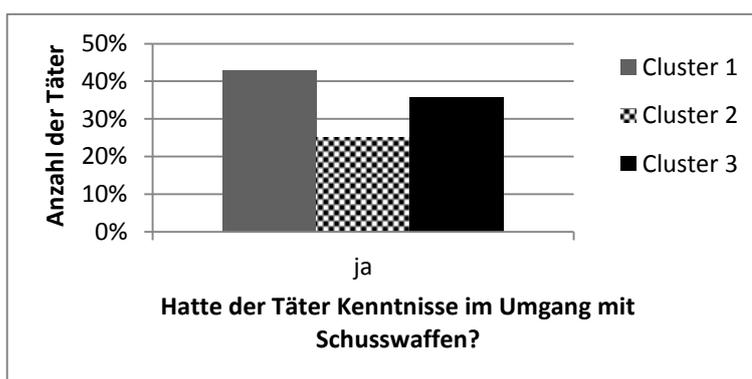
Fisher's Exakt Test zeigt mit  $p = .017$  ein signifikantes Ergebnis, welches auf

Unterschiede bezüglich der Nutzung von Schusswaffen zwischen den drei Tätergruppen hinweist.



**Abbildung 28:** Übersicht über die Art der Handlungen während des Amoklaufs (N=44)

Dabei haben die wenigsten Täter (15 Täter; 34,1%) besondere Vorkenntnisse im Umgang mit Schusswaffen. Die meisten Vorkenntnisse besitzen, wie die Abbildung 29 zeigt, die Täter aus Cluster 1 (6 Täter; 42,9%), gefolgt von den Tätern aus Cluster 3 (5 Täter; 35,7%) und die wenigsten Täter (4 Täter; 25%) mit Kenntnissen des Schusswaffengebrauchs sind in Cluster 2.

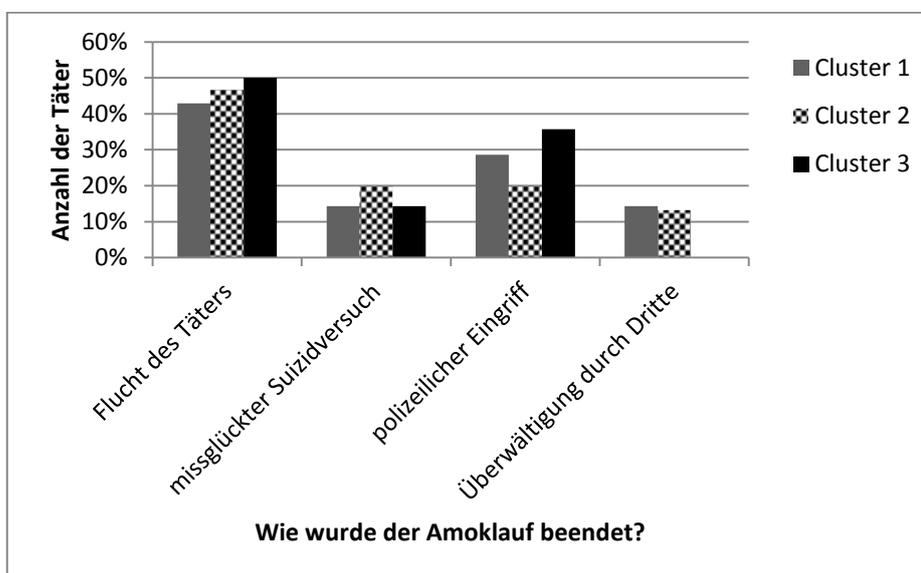


**Abbildung 29:** Schusswaffenkenntnisse der Täter der 3 Cluster im Vergleich (N=44)

Dabei zeigt der Exakte Fisher Test eine Signifikanz von  $p = .620$  und somit keine Unterschiede zwischen den Tätergruppen.

### 3.2.8.4 Beendigung des Amoklaufes

Analysiert wurde auch, wie der Amoklauf beendet wurde. Dazu ergeben sich 4 Möglichkeiten der Beendigung: „polizeilicher Eingriff“, „Flucht des Täters“, „missglückter Suizidversuch“ und „Überwältigung des Täters durch Dritte“. Hierbei sind nur 43 der 44 Täter in die Berechnung eingegangen, da bei einem Täter das Ende nicht eindeutig aus den Gerichtsakten hervorgeht. Bei der Beendigung des Amoklaufes gibt es keine Unterschiede zwischen den Clustern: Fisher's Exakt Test zeigt eine Signifikanz von  $p = .862$ . Bei 20 der 43 Täter (46,5%) endete der Amoklauf mit der Flucht des Täters, 12 Amokläufer (27,9%) wurden durch polizeiliche Eingriffe gestoppt, bei 7 Tätern (16,3%) endete die Tat mit einem missglückten Suizid, und 4 Täter (9,3%) wurden von Dritten überwältigt. Die Verteilung der Art der Beendigung des Amoklaufes auf die drei Cluster ist in Abbildung 30 dargestellt.



**Abbildung 30:** Ende der Amokläufe (N=43)

### 3.2.8.5 Zusammenfassung Ablauf der Amoktaten

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich der Art des Amoklaufes:

Im **Cluster 1** handelt es sich vornehmlich um Spontantaten. Der Großteil der Täter (78,6%) dieses Clusters benutzte für die Tat eine Schusswaffe, wobei 42,9% der Täter Vorkenntnisse im Umgang mit Waffen besitzen. 14,3% der Taten waren Amokfahrten.

Im **Cluster 2** entscheiden sich die Täter maximal 48 Stunden vor der Tat, diese zu begehen. Dabei nutzten Täter dieses Clusters zu jeweils 43,8% eine Stechwaffe (Messer) bzw. Schusswaffe. Von den Tätern haben insgesamt 25,0%

Waffenkenntnisse.

Mehr als die Hälfte der Täter des **Clusters 3** (57,1%) benutzten für ihren Amoklauf Schusswaffen, weitere 35,7% nutzten Messer bzw. messerähnliche Gegenstände.

**Hypothese 9 wird verworfen.**

Die Tätergruppen unterscheiden sich bei der Wahl der Tatwaffe. Täter der Gruppe 1 nutzen überwiegend Schusswaffen. Die Täter der Gruppen 2 und 3 benutzen sowohl Schusswaffen als auch messerähnliche Gegenstände.

### 3.2.9 Angaben über die Opfer und deren Beziehung zum Täter

#### 3.2.9.1 Anzahl der Opfer

Für die Errechnung der Opferzahlen können die Daten von allen vorliegenden Gerichtsakten genutzt werden. Die 47 analysierten Amokläufe verzeichnen insgesamt 54 Todesopfer und 165 Verletzte. Insgesamt 17 Amokläufer (36,2%) verzeichnen keine Todesopfer sondern ausschließlich Verletzte. In der zugrunde liegenden Stichprobe sind 6 Tote die am höchsten zu beklagende Anzahl an Todesopfern, 1 Täter hat mit seiner Tat insgesamt 40 Menschen verletzt.

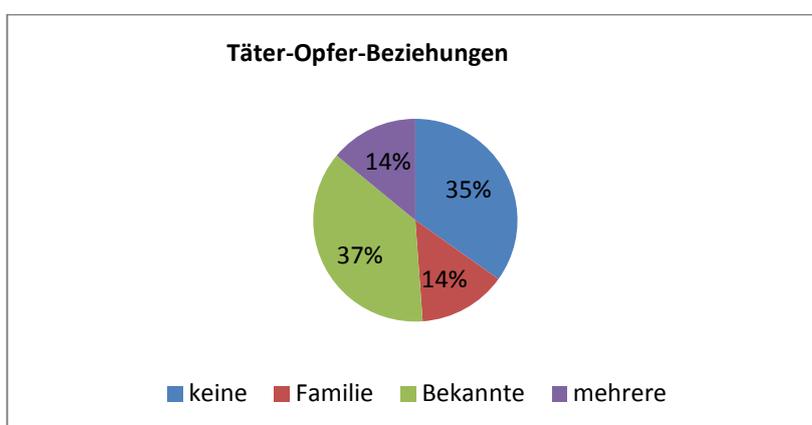
Die Tabelle 11 zeigt die Anzahl an Todesopfern und Verletzten je Tätergruppe, basierend auf den 44 Amokläufern, die in die Clusteranalyse eingegangen sind.

**Tabelle 11:** Anzahl der toten und verletzten Opfer je Cluster und Gesamtstichprobe

		N	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Anzahl Todes- opfer	Cluster 1	14	1.14	1.406	0	5
	Cluster 2	16	0.80	1.310	0	5
	Cluster 3	14	1.14	0.864	0	3
	Gesamt	44	1.05	1.200	0	5
Anzahl Verletzte	Cluster 1	14	2.43	2.174	0	6
	Cluster 2	16	3.50	2.530	0	7
	Cluster 3	14	4.50	10.279	0	40
	Gesamt	44	3.48	6.025	0	40

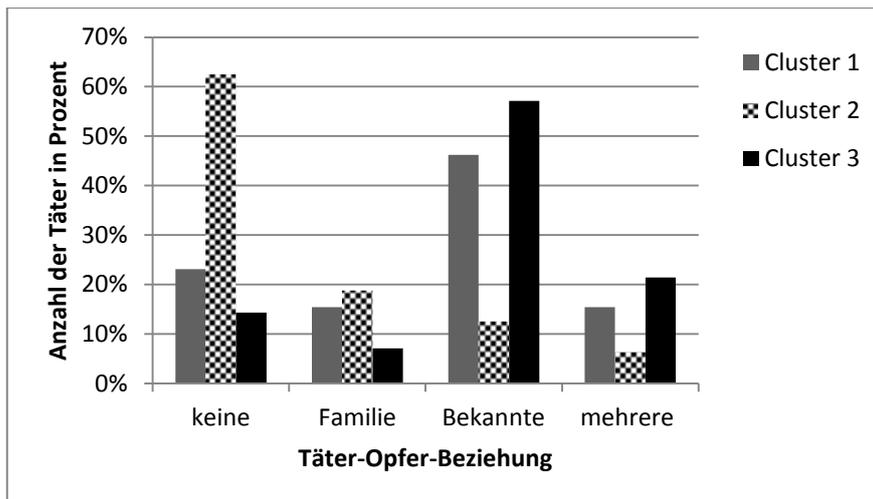
### 3.2.9.2 Täter-Opfer-Beziehung

In die Analyse der Täter-Opfer-Beziehung sind nur 43 der 44 Täter aufgrund fehlender Angaben in den Gerichtsunterlagen eingegangen. 16 (37,2%) Täter haben ihre Tat an Bekannten und Freunden verübt, weitere 15 Amokläufer (34,9%) haben keinerlei Beziehung zu ihren Opfern, sie sind ihnen fremd. Jeweils 6 Täter (14%) verübten Straftaten an Familienmitgliedern bzw. an sowohl ihnen bekannten als auch fremden Personen. Hier weitete sich der Amoklauf von nahestehenden Personen auf fremde, zufällig anwesende Personen aus. Abbildung 31 zeigt die prozentuale Verteilung der Täter-Opfer-Beziehung der Gesamtstichprobe anhand eines Kreisdiagramms.



**Abbildung 31:** Täter-Opfer-Beziehung der Gesamtstichprobe (N=43)

Die Abbildung 32 zeigt die Beziehung zwischen Täter und Opfer im Vergleich zwischen den drei Clustertypen: 6 Täter (46,2%) des Clusters 1 haben Personen aus dem Bekanntenkreis, 3 Täter (23,1%) Fremde und jeweils 2 Täter (je 15,4%) Familienmitglieder bzw. Familie/ Bekannte und Fremde als Opfer. 10 Tätern (62,5%) des Clusters 2 fielen fremde Personen zum Opfer. Weitere 3 Täter (18,8%) verübten Amokläufe an Familienmitgliedern, 2 Täter (12,5%) an Bekannten und 1 Täter (6,3%) verletzte sowohl Familienmitglieder, Bekannte als auch Fremde. Im Cluster 3 haben 8 Täter (57,1%) ihre Taten gegen bekannte Personen gerichtet, weitere 3 Täter (21,4%) weiteten ihre Opfer von ihnen bekannten Personen auf fremde aus und 2 Täter (14,3%) hatten keine Beziehung zu ihren Opfern. Im Cluster 3 wurde nur von 1 Täter (7,1%) eine Amoktat an Familienmitgliedern verübt.

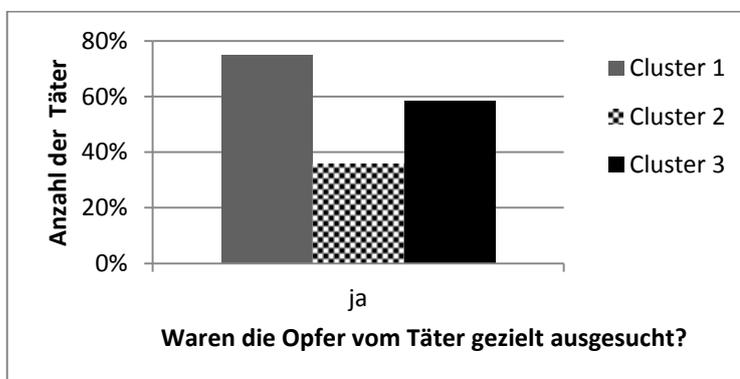


**Abbildung 32:** Täter-Opfer-Beziehung je Cluster im Vergleich (N=43)

Der Fisher's Exakt Test weist mit einer Signifikanz von  $p = .043$  auf signifikante Unterschiede zwischen den Tätergruppen hin.

### 3.2.9.3 gezielte Auswahl der Opfer

In den Akten sind bei allen 44 Tätern Angaben hinterlegt, ob der Täter seine Opfer gezielt ausgesucht hat. Die Auswertung der Daten zeigt, dass insgesamt 21 Amokläufer (47,7%) ihre Opfer gezielt ausgesucht haben, bei 17 Tätern (38,6%) sind zufällige Personen Opfer geworden, und weitere 6 Täter (13,6%) haben sowohl vorher festgelegte Personen als auch wahllose Opfer attackiert. In der folgenden Abbildung (Abbildung 33) ist die Verteilung der gezielt ausgesuchten Opfer zwischen den Tätergruppen grafisch dargestellt:



**Abbildung 33:** Anzahl der Täter, die ihre Opfer gezielt ausgewählt haben (N=44)

Von den 14 Tätern des Clusters 1 haben 9 Täter (64,3%) vorher ausgewählte Opfer angegriffen, 3 Täter (21,4%) verletzten wahllos Menschen und 2 Täter (14,3%) weiteten ihre Opferauswahl von den ausgesuchten auf spontane aus. Im Cluster 2 sind es 9 Täter (56,3%), die wahllos Amok liefen und 5 Täter (31,3%), die gezielte Personen verletzten. 2 der Täter aus dem Cluster 2 (12,5%) verletzten sowohl vorher ausgesuchte Personen als auch wahllose Opfer. Im Cluster 3 sind es genau die Hälfte (7 Täter; 50%), die gezielt Personen attackierten, weitere 5 Täter (35,7%) verletzten wahllos Menschen und 2 Tätern (14,3%) sind sowohl ausgesuchte als nicht ausgesuchte Personen zum Opfer gefallen. Der Exakte Fisher Test errechnet ein Signifikanzniveau von  $p = .400$ , und weist damit keine signifikanten Unterschiede auf.

#### *3.2.9.4 Zusammenfassung Angaben über die Opfer und deren Beziehung zum Täter*

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich der Täter-Opfer-Beziehung:

Insgesamt 64,3% der Täter des **Clusters 1** haben ihre Opfer gezielt ausgesucht. Dabei fielen 46,2% der Täter Bekannte und 30,8% der Täter Familienmitglieder zum Opfer. 23,1% der Täter des Clusters 1 verletzten Personen, die ihnen fremd waren.

Über die Hälfte der Täter des **Clusters 2** (56,3%) verletzten wahllos Personen. Insgesamt 62,5% der Täter des Clusters 2 verletzten/ töteten Menschen, die ihnen vollkommen unbekannt waren. 18,8% der Täter hatten Familienmitglieder als Opfer.

Im **Cluster 3** hat die Hälfte der Täter (50,0%) ihre Opfer im Vorfeld gezielt ausgesucht. Das betrifft in 57,1% der Fälle Bekannte und in 1 Fall (7,1%) ein Familienmitglied. Weitere 21,4% weiteten ihre Opfer von ihnen bekannten Personen auf fremde aus und 14,3% hatten keine Beziehung zu ihren Opfern. Insgesamt 35,7% der Täter dieses Clusters verletzten wahllos Menschen.

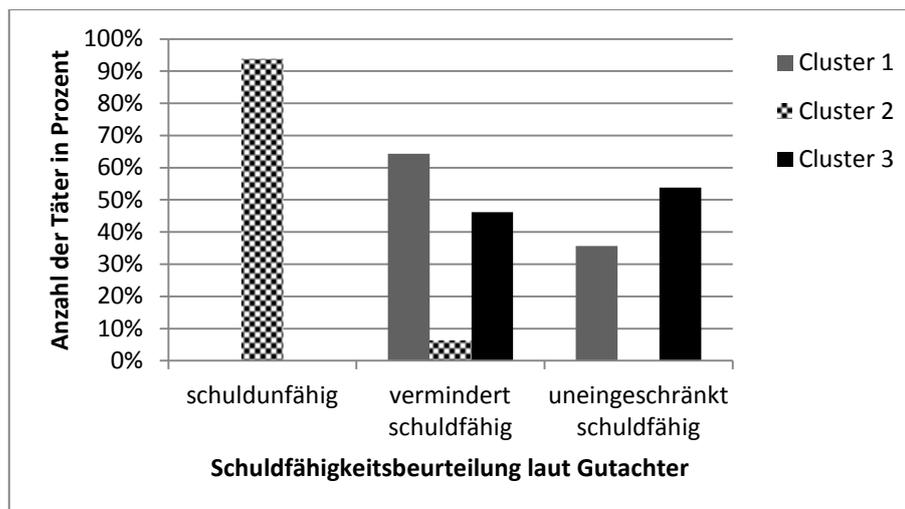
#### **Hypothese 10 wird beibehalten.**

Die Tätergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Täter-Opfer-Beziehung. Täter der Gruppe 1 verletzen/ töten zu knapp 50 Prozent Personen aus dem Bekanntenkreis, wie auch die Täter der Gruppe 3 (64 Prozent). Täter der Gruppe 2 verletzen/ töten größtenteils ihnen fremde Personen.

### 3.2.10 Rechtskräftige Verurteilung

#### 3.2.10.1 Schuldfähigkeitsbeurteilung

In die Berechnung der Schuldfähigkeit und auch des Strafmaßes gehen 43 der 44 Täter ein, da ein Täter durch seinen Suizidversuch (Kopfschuss am Ende des Amoklaufes) verhandlungsunfähig ist. Im Rahmen der Schuldfähigkeitsbeurteilung sind 16 Täter (37,2%) als vermindert schuldfähig, 15 Täter (34,9%) als schuldunfähig und 12 Täter (27,9%) als schuldfähig vom Gutachter eingestuft worden.

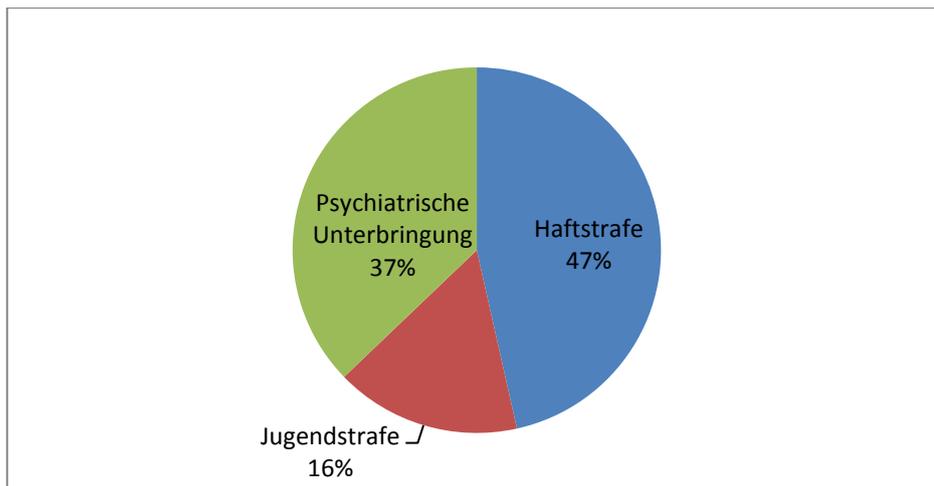


**Abbildung 34:** Schuldfähigkeit der Täter im Vergleich zwischen den Clustern (N=43)

Hierbei gibt es hoch signifikante Unterscheidung zwischen den Tätergruppen. Der Exakte Fisher Test zeigt ein Signifikanzniveau von  $p = .000$ . Die Grafik der Abbildung 34 zeigt die Verteilung innerhalb der Cluster: Im Cluster 1 sind 9 Täter (64,3%) als vermindert schuldfähig und 5 Täter (35,7%) als schuldfähig eingestuft worden. Im Cluster 2 sind 15 der 16 Täter (93,8%) als schuldunfähig und 1 Täter (6,3%) als vermindert schuldfähig beurteilt worden. Im Cluster 3 gab es für 7 Täter (53,8%) die Empfehlung der uneingeschränkten Schuldfähigkeit und für 6 Täter (46,2%) eine verminderte Schuldfähigkeit.

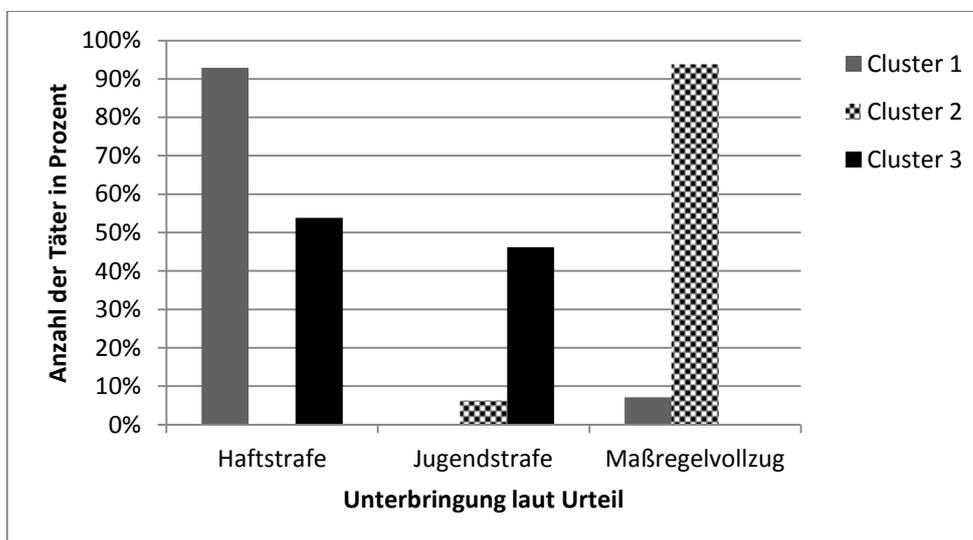
#### 3.2.10.2 Urteile

Aufgrund der hoch signifikanten Unterschiede in der Beurteilung der Schuldfähigkeit, welche das Strafmaß wesentlich beeinflusst, zeigen sich bei den Tätern der drei Cluster auch im Strafmaß und der Unterbringung hoch signifikante Unterschiede. Fisher's Exakt Test weist ein Signifikanzniveau von  $p = .000$  auf.



**Abbildung 35:** Anzahl der Täter, die eine Haftstrafe, Jugendstrafe bzw. Einweisung in den Maßregelvollzug erhalten haben. Basierend auf der Gesamtstichprobe (N=43).

Abbildung 35 zeigt, dass die größte Anzahl der Täter (47%) nach dem Erwachsenenstrafrecht zu einer Haftstrafe verurteilt wurde, weitere 16% der 43 Täter sind nach dem Jugendstrafrecht verurteilt worden. Eine Einweisung in eine Forensisch-psychiatrische Klinik erhielten 37% der Täter.



**Abbildung 36:** Verteilung der Art der Strafe zwischen den Clustertypen (N=43)

In der schematischen Darstellung der Abbildung 36 ist folgende Täterverteilung abgebildet: 13 Täter (92,9%) des Clusters 1 wurden zu einer Haftstrafe (JVA) verurteilt und 1 Täter (7,1%) in den Maßregelvollzug eingewiesen. Bei 15 Tätern (93,8%) des Clusters 2 kam es zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug, 1 Täter (6,3%) wurde

zu einer Jugendstrafe verurteilt. 7 Täter (53,8%) des Clusters 3 erhielten eine Haftstrafe und 6 Täter (46,2%) eine Jugendstrafe. Unter den Haftstrafen wurden 3 Täter (21,4%) des Clusters 1 und 4 Täter (30,8%) des Clusters 3 zu lebenslangen Freiheitsstrafen verurteilt. Bei allen 3 Tätern des Clusters 1 wurde die besondere Schwere der Schuld ausgesprochen, wie auch bei 1 Täter (7,7%) des Clusters 3. Bei keinem der 43 Täter wurde bei der Urteilsverkündung die Sicherungsverwahrung angewiesen.

### *3.2.10.3 Zusammenfassung rechtskräftige Verurteilung*

Basierend auf den drei Clustertypen der Tabelle 4 ergeben sich folgende Unterscheidungsmerkmale hinsichtlich der Verurteilung:

Im **Cluster 1** ist der Großteil der Täter (64,3%) vom Gutachter als vermindert schuldfähig eingestuft worden, bei keinem der Täter wurde die Schuldfähigkeit vollkommen aufgehoben. Bis auf einen Täter sind die Täter dieses Clusters (92,9%) zu einer Haftstrafe verurteilt worden, wovon 21,4% der Urteile eine lebenslange Freiheitsstrafe mit der Feststellung der besonderen Schwere der Schuld vorsieht.

Im **Cluster 2** ist kein Täter als uneingeschränkt schuldfähig eingestuft worden: Fast alle Täter (93,8%) wurden als schuldunfähig eingestuft, die verbleibenden 6,3% als vermindert schuldfähig. 93,8% der Täter erhielten in der Urteilsverkündung eine Einweisung in den Maßregelvollzug.

Im **Cluster 3** gibt es wie auch im Cluster 1 keine Empfehlung der Schuldunfähigkeit. Im Cluster 3 sind über die Hälfte der Täter (53,8%) als schuldfähig, die weiteren 46,2% als vermindert schuldfähig eingestuft worden. 30,8% der Täter dieses Clusters erhielten eine lebenslange Freiheitsstrafe und 46,2% eine Jugendstrafe.

#### **Hypothese 11 wird beibehalten.**

Die Täter der Gruppe 2 sind größtenteils schuldunfähig, und erhalten eine Einweisung in den Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Täter der Gruppe 1 sind in über der Hälfte der Fälle vermindert schuldfähig. Täter der Gruppe 1 und 3 erhalten eine Haftstrafe, wobei ein Großteil der Täter der Gruppe 3 nach dem Jugendstrafgesetz verurteilt wird.

## 4 Diskussion

### 4.1 Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland von 1990-2010

Über den Zeitraum von 1990 bis 2010 gibt es in Deutschland keine Veränderung in der Häufigkeit von Amokläufen. Der Dekaden-Vergleich zeigt, dass sich in den Jahren 1990-1999 insgesamt 50 und in den Jahren 2000-2009 insgesamt 45 Amokläufe ereigneten. Adler konnte beim Dekadenvergleich zwischen den Jahrgängen 1980-1989 und 1991-2000 ebenfalls keine Zunahme an Amokläufen aufzeigen [3]. Er zeigt für den Zeitraum 1980-1989 ein Vorkommen von 50 Taten. Zusammengefasst lässt sich daraus schließen, dass das Vorkommen von Amokläufen in Deutschland über 3 Jahrzehnte (1980-2010) gleichbleibend bei durchschnittlich ca. 5,0 Taten im Jahr ist.

Innerhalb Deutschlands ereigneten sich im Zeitraum von 1990 bis 2010 die meisten Amokläufe in den Bundesländern Bayern und Nordrhein-Westfalen. Korrigiert durch die Einwohnerzahlen zeigt sich, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Amoklaufes nicht in Bayern oder Nordrhein-Westfalen am häufigsten ist, sondern in den Ballungsräumen Hamburg und Berlin, aber auch im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Ein Nord-Süd- oder Ost-West-Gefälle lässt sich nicht erschließen.

Damit ist das Amoklaufen in Deutschland ein sehr seltenes, in der Häufigkeit stabiles Phänomen. Die in den Medien verbreitete Meinung, dass es eine bedrohliche Zunahme dieser Straftaten gäbe, ist wissenschaftlich nicht belegbar. Besorgniserregend ist demgegenüber die steigende Anzahl an „School Shootings“. In Deutschland hat sich erstmals 1999 ein Schulamoklauf ereignet, wobei die Studie von Bondü [17] von einer Wahrscheinlichkeit von 1,0 Schulamokläufen pro Jahr in Deutschland ausgeht. Die meisten „School Shootings“ fanden bisher in den USA statt (Bondü [17] berichtet von 60 Prozent aller Schulamokläufe), wobei außerhalb der USA ein enormer Anstieg der Schulamokläufe zu verzeichnen ist [17]. Nach der vorliegenden Studie, aus der keine Zunahme von Amokläufen in Deutschland hervorgeht, wird angenommen, dass sich in den letzten 15 Jahren nicht die Häufigkeit der Amokläufe selbst, sondern der Tatort (vermehrt Schulen als Tatorte) verändert hat, womit sich eine Abnahme des Altersdurchschnittes von Amokläufern in den nächsten Jahren abzeichnen müsste.

## 4.2 Tat- und Tätermerkmale von Amokläufern

Die vorliegende Studie kann bestätigen, dass es sich bei Amokläufen um eine Maximalform einer Gewalttat handelt, die zumeist von männlichen Personen begangen wird. Unter der Gesamtstichprobe von 97 Amokläufen handelt es sich in nur 4 Fällen um Täterinnen. Der Anteil an weiblichen Tatverdächtigen laut Polizeilicher Kriminalstatistik [20] beträgt in Deutschland jährlich um die 20 Prozent, bei den „Straftaten gegen das Leben“ sinkt dieser Anteil nochmals auf circa 15 Prozent. Thematisiert wird in diesem Zusammenhang häufig die biologische Hypothese des Fehlens von Aggressivität bei Frauen aufgrund des geringeren Testosteronspiegels. Während im Tierreich diese Theorie bestätigt werden konnte, sind Untersuchungsergebnisse beim Menschen nicht eindeutig [15]. Zudem praktizieren Frauen häufiger indirekte Formen von Aggressionen, oder sind bei anderen Straftaten wie beispielsweise dem erweiterten Suizid im engeren Sinne (Töten des Partners/ der eigenen Kinder mit zumindest geplantem, finalem Suizid) zu finden. Wobei ein Amoklauf eine Sonderform des erweiterten Suizids darstellt, sofern der Täter den Amoklauf mit einer suizidalen Handlung abschließt beziehungsweise plant.

Obwohl Amok oft als wahlloses Töten beschrieben wird, zeigen die vorliegenden Daten, dass knapp die Hälfte (47 Prozent) der Täter ihre Opfer gezielt aussuchen. Dem Täter zum Opfer fallen auch nicht vorrangig ihm unbekannte Personen, sondern Personen aus dem Bekanntenkreis (37 Prozent) oder Personen, die in einem Verwandtschaftsverhältnis (14 Prozent) zu ihm stehen. Weitere 14 Prozent der Täter entsprechen der Phase 2 des Modells von Schünemann [44]: Der Amoklauf beginnt beim Angriff von Personen aus der Familie beziehungsweise aus dem Bekanntenkreis und weitet sich dann auf Fremde aus. Das heißt die Wahrscheinlichkeit von einem Amokläufer, der einem vollkommen fremd ist, angegriffen zu werden, liegt in dieser Studie bei 35 Prozent. Diese Täter handeln in der Mehrzahl der Fälle im Rahmen einer psychotischen Erkrankung, meist infolge eines religiösen Wahns oder Drogenintoxikation, und verüben ihren Amoklauf planlos, spontan auf offener Straße. Dieser Art von Amokläufern entspricht 36 Prozent der hier analysierten Gesamtstichprobe. In der Literatur finden sich viele Autoren, die bei Amokläufern das Handeln im Rahmen einer Psychose beschreiben [1, 2, 9, 53]. Auch wird vom Handeln unter „religiösem Wahn“ berichtet. Dabei entspricht dieses Motiv des Amoklaufens auch einigen Tatmotiven von historischen, malaiischen Einzeltätern [2]. Bereits 1985 hat Arboleda-Florez eine Typbeschreibung veröffentlicht, die dem beschriebenen Tätertyp gleicht: „junger, schizoid-paranoider Mann“ [9]. Dieser Typus wurde sowohl für die malaiische als auch für die amerikanische Stichprobe beschrieben. Es kann daher

davon ausgegangen werden, dass dieser Typus von Amokläufern kulturübergreifend zu finden ist.

Bei den Tötungsmethoden handelt es sich in der Mehrzahl um den Gebrauch von Schusswaffen (59 Prozent). Dabei haben nur 34 Prozent der Täter besondere Kenntnisse im Umgang mit Schusswaffen. Die in der Literatur beschriebene Waffenaffinität von Amokläufern kann mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Adler [1] spricht von einer zunehmenden Waffenaffinität in den USA, Bannenberg [11] berichtet davon, dass nahezu alle Täter Waffennarren sind, sich mit Schusswaffen auskennen und diese im Haushalt auch zugänglich sind. In der vorliegenden Studie haben nur ein Drittel Vorkenntnisse im Umgang mit Schusswaffen, wobei dies zu 43 Prozent auf erwachsene, nicht-psychotische und zu 36 Prozent auf jugendliche, nicht-psychotische Täter zutrifft. Hintergrund der Diskrepanz zu den Ergebnissen zu Bannenberg wird in der zugrunde liegenden Stichprobe vermutet. Bannenberg hat vorzugsweise Schulamokläufe mit finalem Suizid des Täters untersucht, welche in der vorliegenden Stichprobe nicht enthalten sind.

Knapp die Hälfte der Amokläufer (46,5 Prozent) beenden ihren Amoklauf mit Fluchtverhalten, 28 Prozent werden von der Polizei gestoppt und 16 Prozent der Täter versuchen sich zu suizidieren. Aus der Gesamtstichprobe von 97 Amokläufern liegt dieser Studie eine Suizidrate von 30 Prozent vor. Diese deckt sich mit den Angaben in der Literatur von 27 Prozent [2]. Darüber hinaus wird von einem Anteil von 8 Prozent berichtet, die ihre Tat mit einem versuchten Suizid beenden [1]. Somit liegt der Anteil in dieser Studie doppelt so hoch. Dies könnte mit der veränderten Zeitkomponente zusammenhängen. Die Daten von Adler liegen zeitlich weiter zurück. In der Literatur wird von zunehmenden Amokläufen junger Menschen („School Shootern“) berichtet, die oft einen finalen Suizid als „krönenden Abschluss“ ihrer Tat planen [11, 38]. Hier werden nicht selten sensationsheischende Berichterstattungen von Medien für Jugendliche als Vorbild genommen. Demnach könnte es im weiteren Verlauf von Amokläufen, aufgrund von Nachahmungstaten, vermehrt zu suizidalen Handlungen der Täter als Abschluss ihrer Taten kommen, und damit einhergehend auch zu missglückten Suizidversuchen.

Nach dem vorgenannten Fluchtverhalten des Täters ist die Überwältigung des Täters im Verlauf seines Tötungsrausches durch Sicherheitskräfte mit 28 Prozent die zweithäufigste Beendigungsart des Amoklaufes. Dabei kam es in dieser Studie nur bei einem Täter zu einer lebensgefährlichen Verletzung. Wie auch schon Adler berichtet, gehen polizeiliche Eingriffe fast nur im Ausland tödlich aus [1].

Zum sozialen Status der Täter ist zusammenzufassen, dass Amokläufer in der Mehrzahl (59 Prozent) ledig und partnerlos sind. Knapp die Hälfte der Täter (48 Prozent) verfügen nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung, insgesamt 34 Prozent der Täter sind arbeitssuchend. Der Großteil der Amokläufer (56 Prozent) hat in der Kindheit unter Gewalteinflüssen (vornehmlich von den Eltern) gelitten. Die Hälfte der Täter ist bereits vorbestraft. In dieser Studie liegt der Anteil ausländischer Täter bei 27 Prozent, das entspricht dem statistischen Anteil von Ausländern an Straftaten, die laut Polizeilicher Kriminalstatistik [20] von Verurteilten bei 22 Prozent liegt.

Es ist naheliegend anzunehmen, dass Amokläufe vor dem Hintergrund psychiatrischer Erkrankungen entstehen. Diese Studie zeigt, dass 80 Prozent der Täter in ihrer Vergangenheit unter psychischen Problemen litten, wobei die Hälfte (52 Prozent) bereits Suizidgedanken in der Vergangenheit angegeben und ein Viertel der Täter (26 Prozent) bereits Suizidversuche durchführt haben. Hinzu kommt der oben bereits aufgeführte erhebliche Anteil an Tätern, die an einer schizophrenen Erkrankung leiden. Bei Amokläufern, bei denen vorher keine psychische Störung diagnostiziert wurde, muss jedoch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass es sich um eine depressive Episode, eine bislang nicht diagnostizierte Prodromalphase oder Erstmanifestation einer Psychose gehandelt haben könnte. Dies betrifft vor allem die jugendlichen Täter.

Es ist bekannt, dass Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns das Risiko für gewalttätiges Verhalten erhöhen. Diskutiert werden müssen daher auch neurobiologische Ursachen tausalösender Bedingungen bei Amokläufern. Die in der Einführung angeführten Beispiellamokläufe Whiteman und Wagner weisen beide eine Hirnveränderung auf. Bei Whiteman wurde ein Hirntumor neben dem rechten Mandelkern [13] und bei Wagner eine räumlich umschriebene kortikale Entwicklungsstörung (linker Gyrus parahippocampalis) [27] beschrieben. In der Literatur wurden vergleichbare Befunde auch bei schizophrenen Patienten beschrieben [13, 16]. In den letzten Jahren häufen sich Studien mit bildgebenden Verfahren, die Gehirne von Gewalttätern untersuchen. Die Befunde zeigen Defizite in den Hirnregionen, die einen hemmenden Einfluss auf das Zustandekommen von aggressivem Verhalten haben [15]. In der vorliegenden Studie wurden die hirnorganischen Erkrankungen in der Anamnese ausgewertet, sofern diese bekannt waren: 11 Prozent der Täter wurden infolge einer Hirnverletzung bereits medizinisch behandelt, weitere 7 Prozent erlitten schwere Verletzungen infolge eines Auto- bzw. Motorradunfalls. 2 Täter (5 Prozent) litten bereits vor/ während der Geburt an einem Sauerstoffmangel und jeweils ein Täter (je 2 Prozent) litt seit der Kindheit an

epileptischen Anfällen bzw. unter Narkolepsie. Somit liegt bei mindestens einem Viertel der Täter der Verdacht auf eine hirnorganische Vorschädigung vor. Hirnorganische Befunde der Forensischen Sachverständigen über die Amokläufer brachten keine weiteren Erkenntnisse, da zum einen nur in der Hälfte der Fälle Untersuchungen vorgenommen und zum anderen die Befunde nicht weiter erörtert wurden. Von den 22 Tätern, bei denen eine Untersuchung mittels EEG und cCT bzw. MRT stattgefunden hat, haben 68 Prozent der Täter keine Auffälligkeiten gezeigt. Neben dem bereits erwähnten Epileptiker sind bei weiteren 4 Tätern unspezifische hirnorganische Befunde, wie beispielsweise „Grenzbefund zur leichten allgemeinen cerebralen Funktionsstörung“ oder „gesteigerte vaso-vegetative Labilität“ beschrieben worden. Jeweils ein Täter leidet unter einem Schädelhirntraumata bzw. unter einer Hirnvolumenminderung. Alle Angaben der forensischen Gutachten zu hirnorganischen Befunden sind zu unspezifisch und in Bezug auf die große Anzahl fehlender Angaben nicht aussagekräftig. Hier stößt das Datenmaterial der Studie aufgrund des Auswertens von Aktenmaterial und dem fehlenden Einfluss auf die Untersuchungen bzw. datierten Angaben an seine Grenzen. Hierauf sollte in Folgestudien ein Hauptaugenmerk gelegt werden. Mit Hilfe bildgebender Verfahren sollten die Gehirne der Amokläufer auf Hirnveränderungen untersucht werden. Auch histologische Untersuchungen von Hirnen verstorbener Amokläufer könnten Aufschluss über mögliche Hirnpathologien geben, sofern das Gehirn beim Ableben nicht verletzt worden ist.

In der Literatur finden sich auch Beschreibungen von narzisstischen Amokläufern, die unter Selbstwert- als auch Bindungsproblemen leiden [11, 12]. In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass dies vor allem auf nicht-psychotische Täter zutrifft. Es konnte gezeigt werden, dass 68 Prozent der Amokläufer eine Persönlichkeitsakzentuierung aufweisen. Erwachsene, nicht-psychotische Täter sind zu jeweils 29 Prozent als narzisstisch bzw. aggressiv und 14 Prozent als emotional-instabil beschrieben worden. Bei den Jugendlichen wurden 33 Prozent als aggressiv und jeweils ein Viertel (25 Prozent) als ängstlich bzw. narzisstisch eingestuft. Personen mit narzisstischen und/oder emotional-instabilen Anteilen sind in der Regel leicht kränkbar, wodurch davon auszugehen ist, dass, insbesondere bei zusätzlicher Sucht-/ Missbrauchserkrankung, soziale situative Faktoren die Tat ausgelöst haben.

Im Vorfeld der Tat sind bei 43 Prozent der Amokläufer stabilisierende soziale Faktoren weggebrochen. Dies betrifft bei den nicht-psychotischen Tätern die Trennung der Partnerin vom Täter sowie den Verlust des Arbeitsplatzes. Beide Auslöser können als existenzielle Bedrohung bei instabilem Persönlichkeitsgefüge gewertet werden, und die Taten bedingen.

Von allen Amokläufern dieser Studie liegt das im Rahmen der Gerichtsverhandlung erstellte psychiatrische Sachverständigen-Gutachten vor. In der Mehrzahl der Fälle wurde eine verminderte Schuldfähigkeit (37 Prozent) oder Schuldunfähigkeit (35 Prozent) angenommen. Dies betrifft alle im Rahmen einer Psychose handelnden Täter, die demzufolge vom Gericht zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB verurteilt worden. Nicht-psychotische, erwachsene Täter erhielten zu 94 Prozent eine Haftstrafe wie auch 54 Prozent der jugendlichen Täter. Weitere 46 Prozent der nicht-psychotischen Jugendlichen erhielten eine Haftstrafe nach dem Jugendstrafrecht.

### 4.3 Täterprofile

Basierend auf der vorliegenden Studie, lassen sich Amokläufer in drei Tätergruppen unterteilen:

1. Erwachsene Täter, die infolge von Partnerschaftskonflikten oder auch finanziellen Sorgen, alkoholisiert mit einer Schusswaffe in einem öffentlich zugänglichen Gebäude Amok laufen. Diese Täter sind in ihrer Lebensgeschichte bereits durch Depressionen/ Ängsten oder Suchterkrankungen behandelt worden, und litten in der Vergangenheit bereits an Suizidgedanken.

Beispiel (Tätertyp 1) [36]: Der 40-jährige C. lebte zum Tatzeitpunkt mit seiner Lebensgefährtin und deren Kind in einer gemeinsamen Wohnung. Seit seinem 12. Lebensjahr konsumierte C. regelmäßig Alkohol, seit seinem 20. Lebensjahr Drogen (Heroin). Die langjährige Suchterkrankung führte zu unzähligen Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken und Haftstrafen. Vor drei Jahren wurde zusätzlich eine Krebserkrankung diagnostiziert. Bemühungen seitens C. wieder Fuß im Arbeitsleben zu fassen, blieben erfolglos. Während eines wiederholten Entzugs wird ihm neben der aussichtslosen Lage zu seiner Arbeitsfähigkeit bewusst, dass sich seine Partnerin vom ihm distanziert. Es kommt in der Tatnacht zu einem Streit der beiden, worin sie ihm gesteht, dass sie einen neuen Bekannten gefunden hat. Dies führte bei C. zu massiven Verlustängsten. C. nimmt sich einige Revolver aus seiner Waffensammlung, betritt die nahe gelegene Kneipe, und schießt wahllos auf anwesende männliche Gäste. Insgesamt wurden fünf Personen durch Streifschüsse verletzt.

2. Psychotische Personen, die aufgrund einer manifesten wahnhaften Störung andere verletzen und/ oder töten wollen. Häufig steht dies im Zusammenhang mit religiösem Wahn oder Drogenkonsum. Diese Personen sind ledig, leben allein und sind arbeitssuchend. Sie begehen ihre Taten spontan mit einem griffbereit liegenden Gegenstand (Waffe oder Messer) und verletzen/ töten auf offener Straße ihnen fremde Personen. Dabei handeln sie im Rahmen einer psychotischen Erkrankung, am ehesten aus dem schizophrenen Formenkreis, und sind demnach schuldunfähig.

Beispiel (Tätertyp 2) [36]: Der zum Tatzeitpunkt 25-jährige B. litt seit zwei Jahren unter einer paranoiden Schizophrenie (F 20.0, ICD-10) mit akustischen Halluzinationen und religiösen Wahnideen. Im Zentrum seines Wahnerlebens stand die Überzeugung, von Gott auserwählt und mit missionarischen Aufgaben betraut zu sein. Infolge der Erkrankung wurden massive Verhaltensänderungen mit aggressiven Anteilen beobachtet, die zu mehreren stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken führten. Am Tattag hörte er die Stimme Gottes, dass er seine Kirchengemeinde bekehren solle. Die Mission umsetzen zu wollen, bewaffnete er sich mit einem Samurai-Schwert, und betrat die Kirche, wobei er sein Schwert aus den Händen verlor. B. geriet daraufhin in einen akuten psychotischen Angstzustand, der sein Denken völlig einengte und ihm den Impuls gab, mit dem Schwert zu schlagen, um wahllos die Menschen, die vor ihm waren, zu töten. In kurzer zeitlicher Abfolge schlug B. auf mehrere Personen ein, bis er von Gemeindemitgliedern abgedrängt werden konnte. Hierbei wurden vier Personen verletzt, eine davon tödlich.

3. Jugendliche Täter, die sich noch in der Schulausbildung oder beruflichen Ausbildung befinden, laufen aufgrund von subjektiv empfundener Ausgrenzung und nach dem Wegfall von stabilisierenden Faktoren (beispielsweise Partnerschaftsverlust, Schulverweis) auf offener Straße oder in einem Wohnhaus Amok.

Beispiel (Tätertyp 3) [36]: Seit seinem 4. Lebensjahr litt der zum Tatzeitpunkt 15-jährige A. an einer Sprachstörung. Aufgrund dieser wurde er von seinen Mitmenschen gehänselt und ausgegrenzt. In der Familie fühlte er sich lediglich von der Mutter geliebt. Nähe zum Vater erlebte er ausschließlich durch das gemeinsame Betrachten von Gewaltvideofilmen. Infolge des Todesfalls eines engen Familienmitglieds litt A. unter Ängsten und depressiven Episoden. Dies

führte zu einem Leistungsabfall in der Schule. Unmittelbar vor der Tat plagten A. Versagensängste, die Schule nicht zu schaffen, gekoppelt mit vermehrten Suizidgedanken. Als das Nichterreichen des Klassenziels bevorstand, sah A. keinen anderen Ausweg mehr. Am Morgen des Tattages entschloss er sich nunmehr endgültig zur Tatdurchführung. Er betrat kurz nach Schulbeginn maskiert den Klassenraum, und stach gezielt mit Messern auf den Lehrer und Mitschüler ein. Anschließend flüchtete A. ins Stadtzentrum, wo er von zivilen Einsatzkräften überwältigt wurde. Ein Opfer überlebte die Tat nicht.

Die Studie zeigt, dass das Wegbrechen stabilisierender Faktoren bei narzisstischen, ängstlichen oder emotional-instabilen Personen, als auch das Vorliegen eines Wahns im Rahmen einer Psychose gepaart mit Drogenkonsum, zu einem erhöhten Risiko Amok zu laufen einhergeht. Dennoch bleibt festzuhalten, dass diese Risikofaktoren insbesondere bei psychiatrischen Patienten häufig anzutreffen sind, ohne dass diese zu Amokläufern werden. Daher sollten Folgestudien neben der Erforschung pathophysiologischer und neuropathologischer Prozesse in den Hirnsystemen dieser Täter auch Nachexplorationen der Täter enthalten, um die neurobiologischen Grundlagen, die Motivationslage und auslösende soziale Bedingungen ergründen zu können. Zudem sollte die zu untersuchende Stichprobe auf internationale Fälle ausgeweitet werden, um kulturabhängige Unterschiede und kulturunabhängige Faktoren herauszufiltern.

Abschließend soll im Hinblick auf die Methodenlimitierung dieser Untersuchung daraufhin gewiesen werden, dass es sich bei der Charakterisierung der Tätertypen um Amokläufer handelt, die ihre Taten überlebt haben. Demnach sind in der Studie Schulamokläufe, die in der Regel mit einem finalen Suizid der Täter ausgehen, nicht in die Studie eingegangen. Es wird davon ausgegangen, dass sich diese Unterform von Amokläufern in das Cluster 3 dieser Studie einfügt. Dafür sprechen die in der Literatur beschriebenen Eigenschaften von „School Shootern“ [12, 17, 38] und das Vorliegen von 2 Schulamokläufen in dieser Arbeit, die beide im Cluster 3 zu finden sind.

#### 4.4 Einbettung des Falls Breivik in die Tätertypologie

Unter der Voraussetzung, dass die Tätercharakterisierungen der deutschen Stichprobe auch auf europäische Täter übertragbar ist, soll zum Abschluss der Dissertation ein Versuch unternommen werden, die in der Einführung gestellte Frage: *Was ist das [Breivik] für ein Mensch, der so einen unvorstellbaren Massenmord verübt?* zu beantworten.

Anders Behring Breivik führte seinen über lange Zeit geplanten Amoklauf im Alter von 32 Jahren aus. Zum Tatzeitpunkt war er ledig, hatte keine Partnerin und war seit dem Scheitern auf dem Gymnasium mit dubiosen Firmen selbständig. In seiner Kindheit war er bereits in psychiatrischer Behandlung, vermutlich wegen eines Asperger-Syndroms. Stabilisierende Faktoren, deren Wegbrechen als Tatauslöser hätten dienen können, habe es nicht gegeben. Breivik beschäftigte sich über viele Jahre ausführlich mit rechtsradikalen Inhalten; als Motiv äußerte er „Ich will Norwegen gegen den Islam und andere Kulturen verteidigen.“. Am 22.07.2011 zündete er erst eine Bombe in der Osloer Innenstadt, und erschoss dann mit mehreren Schusswaffen 69 ihm fremde Menschen auf der Insel Utöya. Über die Schuldfähigkeit von Breivik gab es erhebliche Kontroversen. Das erste Gutachten bescheinigte ihm eine paranoide Schizophrenie, das zweite Gutachten hob die Unzurechnungsfähigkeit auf. Das zweite Gutachten diagnostiziert stattdessen eine narzisstische und antisoziale Persönlichkeitsstörung. Jegliche körperliche Untersuchung lehnte Breivik ab. Auch die Begutachtung des dritten Gutachters muss, aufgrund der Verweigerung Breiviks mit ihm zu sprechen, nach Aktenlage erstellt werden. Das dritte Gutachten stellt die Verdachtsdiagnose Asperger-Syndrom mit Tourette-Syndrom (Tic-Störung) und eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Das Vorliegen einer Psychose kann nach Aktenlage nicht beantwortet werden und bleibt somit fraglich. Das Gericht folgt dem zweiten Gutachten, beurteilt Breivik als zurechnungsfähig, und verurteilt ihn zu 21 Jahren Haft mit anschließender Sicherungsverwahrung.

Anders Behring Breivik ist nach dem in dieser Studie erarbeiteten Täterprofil am ehesten in das Cluster 2 einzuordnen (tabellarische Übersicht siehe Anhang, Tabelle 15). Er ist um die 30 Jahre alt, ledig ohne Partnerin, zumindest in keinem Arbeitsverhältnis, war bereits in der Kindheit wegen psychischer Probleme in Behandlung, die Tat wurde nicht durch den Wegfall stabilisierender Faktoren ausgelöst, sein skurriles Motivationskonstrukt trug deutliche realitätsgestörte und paranoide Züge, und der Amoklauf wurde mit einer Schusswaffe auf öffentlich zugänglichem Gebiet ausgeübt, wobei die Tat nicht an einer Stelle verübt wurde, und ihr fremde Personen

zum Opfer fielen. Wenn man von einer gedanklichen Einengung auf „das Verteidigen Norwegens gegen andere Kulturen“ im Rahmen einer Schizophrenie ausgeht, also dem ersten forensischen Gutachten Glauben schenkt, handelt es sich bei Anders Behring Breivik um einen typischen psychotischen Amokläufer, wie er in der Literatur bereits mehrfach in verschiedenen Kulturen beschrieben wurde.

## 5 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, über die Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 2010 aufzuklären, und Tätertypen von Amokläufern zu identifizieren und zu charakterisieren.

Hierzu wurden mittels Internetsuchmaschinen und Zeitungen pressewirksame Amokläufe eruiert. In den Fällen, in denen die Amokläufer ihre Tat überlebt haben, wurden staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten (insbesondere Urteile und forensisch-psychiatrische Gutachten) angefordert. Für die Studie liegen Akten von 47 Amokläufern aus ganz Deutschland vor, die die Datengrundlage für die Untersuchung der Tätertypologie bilden. Mittels eines eigens für diese Täterschaft erstellten Erhebungsbogens wurden die Charakteristika der Amokläufer und Tatmerkmale erhoben, in eine SPSS Datenmatrix eingegeben und deskriptiv als auch mit Hilfe der Two-Step-Clusteranalyse ausgewertet.

Im Zeitraum von 1990 bis 2010 gibt es keine Zunahme von Amokläufen in Deutschland, allerdings zeigt sich eine Ungleichverteilung der Anzahl an Amokläufen zwischen den einzelnen Bundesländern als auch ein größeres Aufkommen dieser Taten in Großstädten wie Hamburg und Berlin.

Es konnten drei Prägnanztypen von Amokläufern extrahiert werden:

(1) Erwachsene, verheiratete bzw. getrennt lebende Täter mit einem Altersdurchschnitt von 45,71 Jahren, die in ihrer Vergangenheit bereits wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung waren und unter Suizidgedanken litten. Diese Täter handeln infolge von Partnerschaftskonflikten aus Wut/ Hass bzw. finanzieller Sorgen. Sie stürmen öffentlich zugängliche Gebäude, und schießen alkoholisiert auf Menschen.

(2) Arbeitslose Täter mit einem Altersdurchschnitt von 30,13 Jahren, die im Rahmen einer paranoiden Psychose handeln. Die Hälfte der Täter stand zum Tatzeitpunkt unter Drogeneinfluss. Die Analyse zeigt hier vorbestehenden Dispositionen in Form einer Schizophrenie oder Sucht-/ Missbrauchserkrankung. Opfer dieser Täter sind in der Regel ihnen fremde Personen, die sie auf offener Straße mit Tötungsabsichten attackieren.

(3) Jugendliche Täter (im Durchschnitt 21,07 Jahre alt), die sich noch in der Schul- oder Berufsausbildung befinden und sich von ihren Mitmenschen ausgegrenzt fühlen. Hier sind vor der Tatbegehung stabilisierende soziale Faktoren weggebrochen, wie beispielsweise das Bestehen eines Schulverweises oder eine Trennung der Partnerin. Diese Amokläufer attackieren ihnen bekannte Personen, an welchen sie sich zum Teil rächen wollen.

## Literaturverzeichnis

- [1] Adler, L, Lehmann, K, Räder, K, Schünemann, KF: Amokläufer – kontentanalytische Untersuchung an 196 Pressemitteilungen aus industrialisierten Ländern. Fortschr Neurol Psychiat 61. 424-433 (1993)
- [2] Adler, L: Amok – eine Studie. belleville. München. 2000
- [3] Adler, L, Marx, D, Apel, H, Wolfersdorf, M, Hajak, G: Zur Stabilität des „Amokläufer“-Syndroms. Fortschr Neurol Psychiat 74. 582-590 (2006)
- [4] Adler, L: Amok im Spektrum homizidal-suizidaler Handlungen. Suizidprophylaxe. 37(1). 8-14 (2010)
- [5] Adler, L: Zur Stabilität des “Amokläufer”-Syndroms. Symposiumsvortrag beim DGPPN-Kongreß Berlin. 27.11.2013
- [6] Aitken, L, Oosthuizen, P, Emsley, R, Seedat, S: Mass Murders: Implications for Mental Health Professionals. Int J Psychiatry Med 38 (3). 261-269 (2008)
- [7] Anderson CA: An update on the effects of playing violent video games. J Adolesc. 27(1). 113-122 (2004)
- [8] Anstey, M, Zartman, IV, Meerts, P: The Slippery Slope to Genocide: Reducing Identity Conflicts and Preventing Mass Murder. Oxford University Press. New York. 2012
- [9] Arboleda-Florez, J: Amok. In: The culture-bound syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest. Simons, RC, Hughes, CC (eds.). Dodrecht. Reidel. 251-262 (1985)
- [10] Arcus, D: School shooting fatalities and school corporal punishment: A look at the states. Aggressive Behavior. 28. 173-183 (2002)
- [11] Bannenberg, B: Amok. Ursachen erkennen – Warnsignale verstehen – Katastrophen verhindern. Gütersloher Verlagshaus. Gütersloh. 2010
- [12] Bannenberg, B: Junge und erwachsene Amoktäter aus kriminologischer Sicht. Symposiumsvortrag beim DGPPN-Kongreß Berlin. 27.11.2013
- [13] Bogerts, B: The temporolimbic system theory of positive schizophrenic symptoms. Schizophr Bull 23: 423-435 (1997)
- [14] Bogerts, B: Gehirn und Verbrechen: Neurobiologie von Gewalttaten. In: Schneider, F. (Hrsg.) Entwicklungen in der Psychiatrie. Springer. Heidelberg. 335-347 (2006)
- [15] Bogerts, B, Peter, E, Schiltz, K: Aggression, Gewalt, Amok, Stalking. In: Möller, H.J., Laux, G., Kapfhammer, H.P. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie. Springer. Berlin. 1503-1527 (2011)
- [16] Bogerts, B, Möller-Leimkühler, AM: Neurobiologische Ursachen und psychosoziale Bedingungen individueller Gewalt. Nervenarzt. 84 (11). 1329-1344 (2013)

- [17] Bondü, R: School shootings in Deutschland. Internationaler Vergleich, Warnsignale, Riskofaktoren, Entwicklungsverläufe. Dissertation FU Berlin 2012
- [18] Bortz, J: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer. Heidelberg 2005
- [19] Bundeskriminalamt (Hrsg.): ViCLAS – Violent Linkage Analysis System. BKA. Wiesbaden. 2012  
[https://www.bka.de/nn\\_196810/sid\\_A26C56F1A076259E2E71C1F75EF0DC70/DE/ThemenABisZ/OperativeFallanalyse/Viclas/viclas.html](https://www.bka.de/nn_196810/sid_A26C56F1A076259E2E71C1F75EF0DC70/DE/ThemenABisZ/OperativeFallanalyse/Viclas/viclas.html) [Stand: 03.01.2014]
- [20] Bundeskriminalamt (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik. BKA. Wiesbaden. 2013  
[http://www.bka.de/nn\\_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/AeltereAusgaben/aeltereAusgaben\\_node.html](http://www.bka.de/nn_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/AeltereAusgaben/aeltereAusgaben_node.html) [Stand: 03.01.2014]
- [21] Bühl, A, Zöfel, P: SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 8. Aufl. Pearson Education Deutschland GmbH. München 2002
- [22] Carr, JE, Tan EK: In Search of the true Amok: Amok as viewed within the malay culture. *Am J Psychiat* 133. 1295-1299 (1976)
- [23] Der Westen (Hrsg.): Aufruf eines "Tempelritters". online 25.07.2011  
<http://www.derwesten.de/politik/aufruf-eines-tempelritters-id4907368.html> [Stand: 03.01.2014]
- [24] Douglas, JE, Burgess, AW, Burgess, AG, Ressler, RK (eds.) Crime classification Manual. A standard system for investigating and classifying violent crime. Jossey-Bass. San Fransico 2006
- [25] Ferguson, C.J.: The school shooting/violent video game link: Causal relationship or moral panic? *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*. 5. 25-37 (2008)
- [26] Füllgrabe, U: Amok. *Report psychologie* 27. 694-703 (2002)
- [27] Gaupp, R: Krankheit und Tod des paranoischen Massenmörders Hauptlehrer Wagner. Eine Epikrise. *Z Gesamte Neurol Psychiatr*. 163(1). 48-82 (1938)
- [28] Hoffmann, J: Amok – Ein neuer Blick auf ein altes Phänomen. In: Lorei, C (Hrsg.): *Polizei & Psychologie*. Verlag für Polizeiwissenschaften. Frankfurt. 397-414 (2003)
- [29] Hoffmann, J, Roshdi, K, Robertz, F: Zielgerichtete schwere Gewalt und Amok an Schulen. Eine empirische Studie zur Prävention schwerer Gewalttaten. *Kriminalistik* 4. 196-204 (2009)
- [30] Kon, Y: Amok. *Br J Psychiatry*. 165(5). 685-689 (1994)
- [31] Lehmann, G: Statistik. Eine Einführung. Spektrum. Heidelberg 2002
- [32] Lindquist, O, Lidberg, L: Violent Mass Shootings in Sweden from 1960 to 1995: Profiles, Patterns and Motives. *Am J Forensic Med Pathol* 19(1). 34-45 (1998)
- [33] Marzuk, PM, Tardiff, K, Hirsch, CS: The Epidemiology of Murder-Suicide. *JAMA* 267(23). 3179-3183 (1992)

- [34] Metzger, E: Einiges über Amok und Mataglap. Globus Braunschweig 52. 107-110 (1887)
- [35] Muschert, GW: Research in school shootings. Sociology Compass. 1. 60-80 (2007)
- [36] Peter, E, Bogerts, B: Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufes. Erste Ergebnisse einer Analyse der Strafakten von 27 Amokläufern. Nervenarzt. 83(1). 57-63 (2012)
- [37] Preti, A: School Shooting as a Culturally Enforced Way of Expressing Suicidal Hostile Intentions. J Am Acad Psychiatry Law 36: 544–50 (2008)
- [38] Robertz, R: School shootings. Über die Relevanz der Phantasie für die Begehung von Mehrfachtötungen durch Jugendliche. Verlag für Polizeiwissenschaften. Frankfurt (2004)
- [39] Saß, H, Wittchen, HU, Zaudig, M: Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Hogrefe. Göttingen 2003
- [40] Scheithauer, H, Bondü, R: Amoklauf. Wissen was stimmt. Herder. Freiburg 2008
- [41] Scheithauer, H, Bondü, R, Meixner, S, Bull, HD, Dölitzsch, C: 6 Jahre nach Erfurt – Leaking als Ansatzpunkt für die Prävention von School Shootings und Amokläufen an Schulen und zur Prävention von Traumatisierungen – das Berliner Leaking-Projekt. Trauma & Gewalt. 2(1). 2-13 (2008)
- [42] Schmidt, K, Hill, L, Guthrie, G: Running Amok. Int J Soc Psychiat 23. 264-274 (1977)
- [43] Schmidtke, A, Schaller, S, Müller, I, Lester, D, Stack, S: Imitation von Amok und Amok Suizid. Suizidprophylaxe 29. 97–106 (2002)
- [44] Schünemann, KF: Über nicht kulturgebundene Amokläufe – Eine inhaltsanalytische Untersuchung von 196 Fällen. Dissertation Universität Göttingen 1992
- [45] Simon, A: The berserker-blind rage syndrome as a potentially new diagnostic category for the dsm 3. Psychol Rep 60. 131-135 (1987)
- [46] Spores, JC: Runnig amok: an historical inquiry. Athens. Ohio. 1988
- [47] Teoh, JI: The Changing Psychopathology of Amok. Psychiatry 35. 345-351 (1972)
- [48] Welt online (Hrsg.): Breivik behauptet, aus Notwehr gemordet zu haben. online 16.04.2012  
<http://www.welt.de/vermischtes/weltgeschehen/article106187849/Breivik-behauptet-aus-Notwehr-gemordet-zu-haben.html> [Stand: 03.01.2014]
- [49] Wertham, F: The Catathymic Crisis. Arch neurol Psychiat 37. 974-978 (1937)
- [50] Wertham, F: The Catathymic Crisis. In: Violence. Jossey-Bass Publisher (eds.) San francisco. 165-170 (1978)

- [51] Westermeyer, J: Grenade amok in Laos – a psychosocial perspective. J Soc Psychiatry 19. 251-260 (1973)
- [52] Westermeyer, J: On the epidemicity of amok violence. Arch gen Psychiat 28. 873-876 (1973)
- [53] Wetzel, A: Über Massenmörder. In: Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Kriminalpsychologie, Heft 3. Lilienthal, S., Schott, C., Willmann, S (Hrsg.). Springer. Berlin. 1-109 (1920)
- [54] WHO Global Consultation on Violence and Health (eds.): Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization 1996
- [55] WHO – World Health Organization: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Huber. Bern 2011
- [56] Yin, RK: Case study research. Design and methods. 3. Edition. Sage. London 2003

## **Danksagung**

Allen voran möchte ich Professor Dr. Bernhard Bogerts für die Möglichkeit des wissenschaftlichen Arbeitens in seiner Klinik danken. Ohne ihn wäre diese Studie niemals möglich gewesen. Darüber hinaus bedanke ich mich für seine Unterstützung bei meiner Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.

Ich danke den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Staatsanwaltschaften, die in unzähligen Stunden die Akten kopiert und extra für diese Studie anonymisiert haben. Ohne ihre Unterstützung wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Ein besonderer Dank geht nach Mühlhausen an Professor Dr. Lothar Adler für seine wertvolle Kooperation und freundlichen Telefonate.

Ein riesiges Dankeschön geht an meine Eltern, ohne die weder diese Arbeit noch mein Studium möglich gewesen wäre. Für ihr grenzenloses Vertrauen in mich und die Unterstützungen jeglicher Art danke ich ihnen von Herzen.

Darüber hinaus danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des histologischen Labors der Uniklinik für Psychiatrie & Psychotherapie für die aufmunternden Worte und die stets angenehme Forschungsatmosphäre.

Ich danke meinem Partner Jens, der mir immer unterstützend zur Seite stand, und all meinen Freunden, vor allem Nadine und Marcel, die immer an mich geglaubt und zu mir gehalten haben! Danke dafür.

Ein letzter Gruß geht an meinen lieben Opa, der während der Anfertigung dieser Dissertationsschrift leider von uns gegangen ist.

## **Anhang**

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Erhebungsbogen

Übersicht der statistischen Prüfverfahren bei der Hypothesentestung

Übersicht der Variablen signifikanter Unterschiede zwischen den Tätertypen

Vergleich des Amoklaufs von A. Breivik mit den 3 Cluster-Typen

Selbständigkeitserklärung

Lebenslauf

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Beziehung zwischen Gewaltdelikten, Mord, Mehrfachmorden und Amok	11
<b>Abbildung 2:</b> Häufigkeiten von pressewirksamen Amokläufen im Zeitraum von 2002-2012 je Kontinent.	18
<b>Abbildung 3:</b> Häufigkeit von School Shootings in Deutschland von 1999 bis 2010.	20
<b>Abbildung 4:</b> Häufigkeitsverteilung von Amokläufen aus den Jahren 1990-2010 im Vergleich zur Anzahl von school shootings in den Jahren 1999-2010.	31
<b>Abbildung 5:</b> prozentuale Verteilung der 97 pressewirksamen Amokläufe, die sich in den Jahren 1990-2010 in Deutschland ereigneten, auf das jeweilige Bundesland.	33
<b>Abbildung 6:</b> Auftretenswahrscheinlichkeit von Amokläufen je Bundesland	35
<b>Abbildung 7:</b> Zusammenfassung der Clusteranalyse inkl. Cluster-Qualität (N=44)	37
<b>Abbildung 8:</b> Verteilung der Gesamtstichprobe auf die 3 Cluster (N=44).	37
<b>Abbildung 9:</b> Zellverteilung des Clusters 3 bzgl. des Alters innerhalb der Gesamtstichprobe.	39
<b>Abbildung 10:</b> Zellverteilung des Clusters 1 bzgl. des Alters innerhalb der Gesamtstichprobe.	40
<b>Abbildung 11:</b> Zellverteilung des Clusters 2 bzgl. des Alters innerhalb der Gesamtstichprobe	41
<b>Abbildung 12:</b> Familienstand der Täter (N=44)	42
<b>Abbildung 13:</b> Schulabschlüsse der Täter zwischen den 3 Clustern (N=44)	43
<b>Abbildung 14:</b> Beruf der Täter zur Tatzeit im Vergleich zwischen den Clustern	44
<b>Abbildung 15:</b> Gewalterfahrungen in der Kindheit (N=25)	45
<b>Abbildung 16:</b> Vergleich der Tätergruppen anhand der Anzahl Vorbestrafter (N=44)	46
<b>Abbildung 17:</b> Art der Vorstrafen je Tätergruppe im Vergleich (N=22)	47
<b>Abbildung 18:</b> Nationalität der Amokläufer (N=44)	48
<b>Abbildung 19:</b> Arten der psychischen Vorerkrankungen der Täter (N=44).	50
<b>Abbildung 20:</b> Anzahl von Tätern die in ihrer Lebensgeschichte an Suizidgedanken bzw. Suizidhandlungen gelitten haben (N=31)	51
<b>Abbildung 21:</b> Persönlichkeitsakzentuierungen der Amokläufer (N=44)	52
<b>Abbildung 22:</b> Diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen im Rahmen der Schuldfähigkeitsbegutachtung (N=44).	53
<b>Abbildung 23:</b> Beeinträchtigung der Täter zum Tatzeitpunkt durch Suchtmittel	58
<b>Abbildung 24:</b> Angaben zum Tatmotiv der Täter im Vergleich zwischen den Clustern	60
<b>Abbildung 25:</b> Wegfall stabilisierender Faktoren (N=44)	61
<b>Abbildung 26:</b> Art des weggebrochenen, stabilisierenden Faktors (N=19)	61
<b>Abbildung 27:</b> Übersicht der Art der Tatorte (N=44).	65
<b>Abbildung 28:</b> Übersicht über die Art der Handlungen während des Amoklaufs	68
<b>Abbildung 29:</b> Schusswaffenkenntnisse der Täter der 3 Cluster im Vergleich (N=44)	68
<b>Abbildung 30:</b> Ende der Amokläufe (N=43)	69
<b>Abbildung 31:</b> Täter-Opfer-Beziehung der Gesamtstichprobe (N=43)	71
<b>Abbildung 32:</b> Täter-Opfer-Beziehung je Cluster im Vergleich (N=43)	72
<b>Abbildung 33:</b> Anzahl der Täter, die ihre Opfer gezielt ausgewählt haben (N=44)	72
<b>Abbildung 34:</b> Schuldfähigkeit der Täter im Vergleich zwischen den Clustern (N=43)	74
<b>Abbildung 35:</b> Anzahl der Täter, die eine Haftstrafe, Jugendstrafe bzw. Einweisung in den Maßregelvollzug erhalten haben. Basierend auf der Gesamtstichprobe (N=43).	75
<b>Abbildung 36:</b> Verteilung der Art der Strafe zwischen den Clustertypen (N=43)	75

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Häufigkeiten von School-Shootings nach Preti .....	19
<b>Tabelle 2:</b> Häufigkeit von Amokläufen in Deutschland in den letzten 2 Dekaden (nach Adler) .....	19
<b>Tabelle 3:</b> Häufigkeiten von Amokläufen in Deutschland je Bundesland pro Einwohnerzahl.....	34
<b>Tabelle 4:</b> Clusterbeschreibung und –unterscheidung infolge des Inputs der Variablen „Alter“ und „Psychose“ .....	38
<b>Tabelle 5:</b> Übersicht Alter der Täter in Jahren innerhalb der Cluster und der Gesamtstichprobe .....	39
<b>Tabelle 6:</b> Art der Suchterkrankungen im Vergleich zwischen den 3 Clustern .....	54
<b>Tabelle 7:</b> Hirnorganische Auffälligkeiten der Täter im Vergleich .....	55
<b>Tabelle 8:</b> Anzahl der Tatorte je Cluster und Gesamtstichprobe .....	63
<b>Tabelle 9:</b> Einfaktorielle ANOVA anhand der Variable „Anzahl der Tatorte“ .....	64
<b>Tabelle 10:</b> Dauer zwischen der Entscheidung zur Tat und der Tatdurchführung.....	67
<b>Tabelle 11:</b> Anzahl der toten und verletzten Opfer je Cluster und Gesamtstichprobe ..	70
<b>Tabelle 12:</b> Hypothesentestung.....	104
<b>Tabelle 13:</b> Übersicht der Variablen signifikanter Unterschiede zwischen den Tätertypen.....	105
<b>Tabelle 14:</b> Übersicht der Variablen signifikanter Unterschiede zwischen den Tätertypen.....	106
<b>Tabelle 15:</b> Vergleich der 3 Cluster mit dem Fall Breivik.....	107

## Erhebungsbogen Amokläufer

von Dipl. Psych. Eileen Peter

**Code:**           □□□□

### Informationen über den Täter

**01. Alter des Täters zum Zeitpunkt der Tat**

Alter: ..... Jahre

**02. Geschlecht des Täters**

männlich            weiblich

**03. Zum Zeitpunkt der Tat wohnt der Täter in**

**Ort:** .....

Bundesland: .....

**04. Nationalität**

Deutsch            .....

**Kindheit des Täters**

**05. Ist der Täter bei den Eltern aufgewachsen?**

ja                            nein            unbekannt

bei den Großeltern    soziale Einrichtung

anderes: .....

**06. Geschwister:** .....

.....

**07. sozialer Status der Familie:**

.....

**08. Gewalterfahrungen in der Kindheit:**

ja                            nein

Von wem?:.....

**09. Näheres zur Familienkonstellation:**

.....

.....

**10. Angaben zum Schulabschluss:**

- keinen                       Behindertenschule                       Hauptschule  
 Realschule                       Gymnasium                       unbekannt

**11. Angaben zum erlernten Beruf:**

**Tätigkeit / Berufsbezeichnung:** .....

unbekannt

**12. Welche berufliche Tätigkeit übte der Täter zur Tatzeit aus?**

**Tätigkeit / Berufsbezeichnung:** .....

arbeitslos                       unbekannt

**13. Familienstand zum Zeitpunkt der Tat**

- ledig: ohne Partner                       ledig: in Partnerschaft lebend  
 verheiratet/ eheähnliche Gemeinschaft  
 getrennt lebend                       geschieden  
 verwitwet                       gleichgeschlechtliche Beziehung
- leibliche Kinder:** .....

**14. Zum Zeitpunkt der Tat lebt der Täter mit:**

- Eltern / Stiefeltern                       Pflegeeltern  
 Freund / Freundin                       Zimmerkollege  
 Ehegatte / Lebensgefährtin  
 Kind                       Niemandem  
 Verwandte / Verwandtem:.....  
 soziale Einrichtung für .....

**15. Welchen sozialen Status hat der Täter?**

- sozial integriert                       lebt zurückgezogen (keine Freunde, etc.)  
 in der Öffentlichkeit:     verhaltensunauffällig                       aggressiv

**16. Zeigte der Täter jemals Symptome oder wurde er behandelt wegen**

- Alkoholproblemen                       Drogenproblemen  
 psychischen Problemen                       sexuellen Problemen
- .....

**17. Sind im Vorfeld der Tat stabilisierende Faktoren beim Täter weggebrochen?**

- ja                       nein  
 welche? .....

**18. Gab es im Vorfeld der Tat auftauchende Suizidgedanken?**

- ja                       nein

**19. Gab es im Vorfeld der Tat versuchte Suizidhandlungen?**

- ja                       nein

**20. Zum Zeitpunkt der Tat war der Täter**

- nicht vorbestraft                       vorbestraft

*vorbestraft wegen:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sexualdelikten   | <input type="checkbox"/> Körperverletzung       |
| <input type="checkbox"/> Diebstahl        | <input type="checkbox"/> Verkehrsdelikte        |
| <input type="checkbox"/> Sachbeschädigung | <input type="checkbox"/> Hausfriedensbruch      |
| <input type="checkbox"/> BTM              | <input type="checkbox"/> illegaler Waffenbesitz |

**Hat der Täter im Vorfeld spezielle Kenntnisse von Schusswaffen erhalten?**

.....  
 .....

**21. Beeinträchtigung des Täters zum Zeitpunkt der Tat durch:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum                 | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum |
| <input type="checkbox"/> Schnüffeln von Lösungsmitteln |                                       |
| <input type="checkbox"/> keine                         | <input type="checkbox"/> unbekannt    |

**22. Motiv(e) der Tat:**

- Wut/ Hass     Rache     Eifersucht    .....

**Informationen über die Straftat(en)****23. Tatzeit**

Datum ..... Uhrzeit .....

- bei:  Tageslicht                       Dunkelheit                       Tag und Nacht

**24. War der Amoklauf über längeren Zeitraum geplant?**

- ja: Dauer bis Amoklauf:.....     nein

**25. Wusste andere von den Amokgedanken des Täters?**

- ja                       nein

Wer wusste davon?.....



**Tatrelevante(r) Ort(e)**

Dieser Ort ist Ort Nr. .... von ..... Orten in diesem Fall.

- Bei mehreren Orten in einem Verfahren muss dieser Abschnitt für jeden Ort extra ausgefüllt werden! -

**33. Adresse des tatrelevanten Ortes**

**Ort:**.....

Entfernung Tatort vom Wohnort: .....km

**34. Sprechen Anzeichen dafür, dass der Täter mit dieser tatrelevanten Örtlichkeit vertraut war?**

ja  nein

**35. War dieser Ort innerhalb / außerhalb eines geschlossenen Gebäudes?**

innerhalb  außerhalb

**36. Nähere Beschreibung des tatrelevanten Ortes**

.....

**37. Falls der Ort innerhalb eines Gebäudes war: Wie hat sich der Täter Zutritt verschafft?**

- Täter lebt / arbeitet da
- vom Opfer eingelassen
- öffentlich zugänglich
- gewaltsames Eindringen
- durch eine dritte Person eingelassen

### Informationen über das/die Opfer

38. Anzahl getöteter Opfer:.....

39. Anzahl verletzter Opfer:.....

40. Wurde(n) genau diese(s) Opfer gezielt ausgesucht?

ja                       nein                       unbekannt

41. Alter der Opfer

Anzahl Opfer unter 18 Jahren: .....

42. Geschlecht der Opfer

weiblich                       männlich

#### Täter-Opfer-Beziehung

43. Wie war die Beziehung des Täters zum Opfer?

- Täter und Opfer waren einander völlig fremd
- flüchtige Bekanntschaft
- guter Bekannter des Täters (Freunde)
- entfernte Verwandtschaft
- enger Verwandter/ Herkunftsfamilie (Bsp. Vater, Bruder)

### Informationen über den Täter infolge der Amoktat

#### polizeiliche Vernehmung

44. Hat der Täter die Tat gestanden?

ja                       später                       nein

#### psychiatrisches Gutachten

Fragestellung:                       Schuldfähigkeit

.....

45. körperlicher Befund:

neurologische Untersuchung:  keine                       unauffällig                       .....

EEG: .....

EKG: .....

MRT: .....

anderes: .....

Anzeichen einer Suchterkrankung:  nein                       ja: .....

**46. Psychischer Befund:**

Das Reden über ihre eigene Person fällt ihr schwer  ja  nein

Das Reden über ihre Tat(en) fällt ihr schwer  ja  nein

gute verbale Ausdrucksweise  kooperativ

**47. Affektivität**

weinte nicht  weinte gelegentlich  weinte fast durchgehend

keine Auffälligkeiten  gelegentlich traurig  depressiv

Täter wirkt:  zeitweilig abwesend  fast durchgängig abwesend

**48. Wahrnehmungsstörungen**

keine  Illusionen  Halluzinationen  Körperföhlstörung

**49. Formale Denkstörungen**

keine  Gedankenabreißen  Wortneubildung

Inkohärenz der Themenwahl

**50. inhaltliche Denkstörungen**

keine  Wahn: .....

**51. Phobien:**  keine  ja, .....

**52. Ich-Störung:**  keine  ja, .....

**53. Vegetative Funktionen** (während der Begutachtungszeit, U-Haft, etc):

Schlafstörungen  Appetit, Verdauungsprobleme  Alpträume

**54. Suizidalität:**

nein  ja; wann: .....

**55. Ist ein Verständnis für das Fehlverhalten (die Tat) vorhanden:**

ja  nein  unbekannt

**56. Testpsychologische Untersuchung**

**Intelligenz:** verwendeter Test: ..... Ergebnis:.....

unterdurchschnittlich  durchschnittlich  überdurchschnittlich

85 ≤ IQ ≤ 115

**Persönlichkeit** .....

.....

**57. Persönlichkeitsstörung:**

- keine       paranoid (F60.0)       schizoid (F60.1)       dissozial (F60.2)  
 emot.-instabil (F60.3)       histrionisch (F60.4)       anankastisch (F60.5)  
 ängstlich (vermeidend) F60.6       abhängig (F60.7)  
 andere spezif. (F60.8) (narzisstisch F60.80; passiv-aggressiv (F60.81)  
 kombinierte und andere (F61)

**58. Folgendes wurde diagnostiziert:**

- krankhafte seelische Störung: .....  
 tiefgreifende Bewusstseinsstörung: .....  
 Schwachsinn: .....  
 schwere andere seelische Abartigkeit:.....  
 laut Gutachter  § 20 StGB       §21 StGB empfohlen  
                           § 63 StGB       §64 StGB empfohlen  
 Entscheidung des Gutachters wurde vom Gericht angenommen

**Urteil**

**59. Wann war das Urteil rechtskräftig?** .....

Unterbringungsort: .....

**60. Welches Strafmaß?**

- Haft;      Dauer: .....  
 Bewährung;      Dauer: .....  
 Unterbringung Maßregelvollzug  
 Geldstrafe  
 Aufnahme einer ambulanten psychologischen Behandlung  
 Jugendarrest  
 gemeinnützige Arbeit  
 Ermahnung

**61. besondere Schwere der Schuld festgestellt:**

- ja       nein

**62. Sicherungsverwahrung angeordnet:**

- ja       nein

**sonstige Hinweise:**

## Übersicht der statistischen Prüfverfahren bei der Hypothesentestung

Die Tabelle 12 zeigt das zu den jeweilig aufgestellten Hypothesen dieser Arbeit angewandte statistische Prüfverfahren.

Tabelle 12: Hypothesentestung

Hypothesen	Prüf-Verfahren
Häufigkeiten von Amokläufen	
Hypothese 1: keine Zunahme der Tathäufigkeit in Deutschland	U-Test
Hypothese 2: keine Unterschiede zw. den Bundesländern	t-Test
Typologisierung von Tätergruppen	
Hypothese 3: Tätergruppierung nach Alter und Psychose	Two-Step-Clusteranalyse ANOVA
Täter- & Tatmerkmale zwischen den Tätergruppen (explorative Fragestellungen)	
Hypothese 4: Unterschiede im sozialen Status	Fisher's Exact-Test $\chi^2$
Hypothese 5: Unterschiede in der Psychopathologie	Fisher's Exact-Test
Hypothese 6: Unterschiede in der Tatplanung und beim Suchtmittelkonsum vor der Tat	Fisher's Exact-Test
Hypothese 7: Unterschiede zwischen den tatauflösenden Bedingungen	Fisher's Exact-Test $\chi^2$
Hypothese 8: keine Unterschiede bei der Art des Tatortes	Fisher's Exact-Test ANOVA $\chi^2$
Hypothese 9: Unterschiede bei der Art der Tatwaffe	Fisher's Exact-Test
Hypothese 10: Unterschiede in der Täter-Opfer-Beziehung	Fisher's Exact-Test
Hypothese 11: Unterschiede bei der Verurteilung	Fisher's Exact-Test

## Übersicht der Variablen signifikanter Unterschiede zwischen den Tätertypen

In diesem Anhang sollen in einer tabellarischen Übersicht (Tabellen 13 & 14) die signifikanten Unterschiede bei einem zugrunde liegenden Signifikanzniveau von  $p < .050$  dargestellt werden.

Table 13: Übersicht der Variablen signifikanter Unterschiede zwischen den Tätertypen

Merkmale	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Signifikanz
Alter	Altersspanne: 36 - 63 Jahre Durchschnitt: 45,71 Jahre	Altersspanne: 18 - 40 Jahre Durchschnitt: 30,13 Jahre	Altersspanne: 14 - 32 Jahre Durchschnitt: 21,07 Jahre	p= .000
Familienstand	verheiratet, geschieden/ getrennt leb.	ledig ohne Partnerin	ledig ohne Partnerin	p= .014
Berufliche Tätigkeit zum Tatzeitpunkt	in Arbeit	arbeitslos	in Ausbildung (v.a. Schule)	p= .015
Psychische Vorerkrankung	ja  Depressionen/ Ängste und Sucht	ja  Sucht und Schizophrenie	ca. 50%	p= .002  p= .000
Suizidgedanken	ja	ca. 50%	nein	p= .045
Persönlichkeitsakzentuierung	narzisstisch, aggressiv	keine	narzisstisch, ängstlich	p= .001
Beeinträchtigung zur Tatzeit	ja  Alkohol	ca. 50%  Drogen	nein	p= .018

Tabelle 14: Übersicht der Variablen signifikanter Unterschiede zwischen den Tätertypen

<b>Merkmale</b>	<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>	<b>Cluster 3</b>	<b>Signifikanz</b>
Motive	ca. 50% Wut/ Hass, ca. 20% Existenzangst	Psychose	< 50% Wut/ Hass, ca. 30% Rache/ "Langeweile"	p= .000
Weg- brechen stabilisie- render Faktoren	> 50%  Partnerschafts konflikte	nein	50%  Partnerschafts konflikte & Verlust Arbeitsplatz	p= .035  p= .013
andere Auslöser	finanzielle Sorgen	finanzielle Sorgen		p= .044
Anzahl der Tatorte	1 Tatort	1 bis 3 Tatorte	1 bis 2 Tatorte	p= .001
Art des Tatortes	öffentliche Gebäude	auf offener Straße	Wohnung/ Wohnhaus bzw. auf offener Straße	p= .018
Waffen- gebrauch	Schusswaffe	Schusswaffe oder Messer	Schusswaffe oder Messer	p= .017
Täter- Opfer- Beziehung	< 50% Bekannte	Fremde	> 50% Bekannte	p= .043
Schuldfähig keit	> 50% vermindert schuldfähig	schuldunfähig	50% voll schuldfähig	p= .000
Urteil/ Strafe	Haftstrafe (JVA)	Maßregel- vollzug	Haftstrafe bzw. Jugend- strafe	p= .000

## Vergleich des Amoklaufs von A. Breivik mit den 3 Cluster-Typen

Tabelle 15: Vergleich der 3 Cluster mit dem Fall Breivik

<b>Merkmale</b>	<b>Breivik</b>	<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>	<b>Cluster 3</b>
<b>Alter</b>	32 Jahre	45,71 Jahre	30,13 Jahre	21,07 Jahre
<b>Familienstand</b>	ledig ohne Partnerin	verheiratet, geschieden	ledig ohne Partnerin	ledig ohne Partnerin
<b>Berufliche Tätigkeit</b>	keine Anstellung; selbständig mit dubiosen Firmen	in Arbeit	arbeitslos	in Ausbildung (v.a. Schule)
<b>Psych. Vorerkrankung</b>	ja; V.a. Asperger-Syndrom	ja; Depression/ Ängste und Sucht	ja; Sucht und Schizophrenie	ca. 50%
<b>Motive</b>	„Norwegen gegen den Islam und andere Kulturen verteidigen“	ca. 50% Wut/ Hass, ca. 20% Existenzangst	Psychose	< 50% Wut/ Hass, ca. 30% Rache/ „Langeweile“
<b>Wegbrechen stabil. Faktoren</b>	keine	> 50% Partnerschaft	nein	50% Partnerschaft & Arbeitsplatz
<b>Anz. Tatorte</b>	mehrere	1 Tatort	1 bis 3 Tatorte	1 bis 2 Tatorte
<b>Art des Tatortes</b>	auf offener Straße	öffentliche Gebäude	auf offener Straße	Wohnung/ Wohnhaus bzw. auf offener Straße
<b>Waffengebrauch</b>	Schusswaffen	Schusswaffe	Schusswaffe oder Messer	Schusswaffe oder Messer
<b>Täter-Opfer-Beziehung</b>	keine Beziehung	< 50% Bek	Fremde	> 50% Bekannte

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

**„Amokläufe in Deutschland:  
Epidemiologie und Charakterisierung von Täterprofilen“**

in der Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie des Universitätsklinikums Magdeburg mit Unterstützung durch Prof. Dr. med. Bernhard Bogerts ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den 10.02.2014

**Curriculum vitae**  
**EILEEN PETER**

PERSÖNLICHE ANGABEN

- Familienstand: ledig
- Kinder: keine
- Nationalität: deutsch
- Geburtsdatum: 29.01.1981

SCHULBILDUNG

Juli 1999 Abitur (Note: 2,0)

AUSBILDUNG

1999 - 2001 Laufbahn des mittleren allgemeinen  
Verwaltungsdienstes  
Regierungspräsidium Magdeburg

STUDIUM

2001 - 2008 Studium **Diplom Psychologie**  
an der O.-v.-G.-Universität Magdeburg

BERUFLICHE WEITERBILDUNG

seit April 2010 Ausbildung zur **Psychologischen  
Psychotherapeutin** (Verhaltenstherapie für Erwachsene) am  
Magdeburger Ausbildungsinstitut für Psychoth. Psychologie

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

seit 01.05.2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der  
Aggressions- & Gewaltforschung an der Universität Magdeburg,  
Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie  
01.01.2010 – 31.03.2011 Psychologin i.P. auf der Station 4 der  
Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Magdeburg  
01.04.2011 – 31.12.2011 Psychologin i.P. in der Tagesklinik der  
Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Magdeburg  
seit 01.01.2012 Psychologin in der ambulanten psychotherapeut.  
Versorgung in der Praxis von Dipl. Psych. K. Riedl in Wolmirstedt  
seit 01.01.2013 Stationspsychologin der Tagesklinik der  
Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Magdeburg