

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Aspekte des Hamburger Suizidgeschehens

**Eine forensisch-epidemiologische Analyse unter besonderer
Berücksichtigung der Alterssuizide, der Suizide durch Sprung von
der Köhlbrandbrücke sowie der Hinterlassenschaft von
Abschiedsbriefen**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Kim Benjamin Behrens
aus Oberding

Hamburg 2009

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am : 27.10.2009

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. K. Püschel
Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: Prof. Dr. H.-P. Beck-Bornholdt
Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: PD Dr. R. Lindner

Gewidmet
Nora
und
Tantchen

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Material und Methode	6
Ergebnisse	9
Suizidzahlen	9
Suizidraten	12
Suizidmethoden	17
Suizid und Alter	23
Suizide von Kindern und Jugendlichen	23
Suizide von Heranwachsenden.....	26
Alterssuizid.....	28
Suizide durch Sprung von der Köhlbrandbrücke	37
Doppelsuizid, Suizid nach Tötung auf Verlangen und erweiterter Suizid	41
Abschiedsbriefe und letzte Notizen	47
Suizid und Vorerkrankung	54
Suizid und Vorankündigung	57
Chronologie der Suizide	58
Rechtsmediziner am Geschehensort	61
Anteil der Suizide an den Sektionen	63
Differenzen	64
Diskussion	66
Zusammenfassung	97
Anhang	99
Literaturverzeichnis	101
Danksagung	107

Einleitung

In der Vergangenheit haben sich unzählig viele Menschen mit dem Thema Suizid beschäftigt. Sie taten und tun es aus betroffener, psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychologischer, somato-medizinischer, forensischer, kriminologischer, juristischer, soziologischer, philosophischer, theologischer, ethnologischer, anthropologischer und politischer Sicht. Sie haben den Suizid gefeiert, verteufelt, verboten, bestraft, verflucht, gefürchtet, geduldet, bekämpft, behandelt und immer wieder bedauert. Noch immer ist der Suizid ein Dorn im Fleisch jeder Gesellschaft. Er mahnt und konfrontiert nicht nur mit Hilflosigkeit, Wut und Trauer, sondern auch mit einer Perspektive, die den Tod nicht nur als Verdränger des Lebens, sondern auch als rettenden Freund bei leidvoller Verzweiflung betrachten lässt.

In der Untersuchung sollen die Suizide in der Hansestadt Hamburg in der Zeit von 2003 bis 2005 untersucht werden. Seit den achtziger Jahren wird ein kontinuierlicher Rückgang der Hamburger Suizidrate beobachtet, wobei diese anhaltend die Suizidrate der gesamten Bundesrepublik überschreitet. Die Untersuchung soll den vermuteten und gewünschten zwischenzeitlichen Verlust der Spitzenposition in der Suizidstatistik des Bundes belegen.

Unter dem Eindruck des fortschreitenden demografischen Wandels mit einer immer älter werdenden Gesellschaft, die einen Anstieg der Zahl der Alterssuizide mit sich gebracht hat, soll ferner die Hypothese eines Rückganges auch der Alterssuizide in der Hansestadt überprüft werden.

Im Hinblick auf die Diskussionen im Rahmen der Planung der sogenannten „Hafenspange“, die auch die Entlastung oder den Ersatz der Köhlbrandbrücke durch den Bau einer weiteren Hochbrücke im Bereich des Hamburger Hafens beinhaltet, sollen die Suizide durch Sprung von dieser Brücke seit ihrem Bestehen gesondert betrachtet werden. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit die vorhandenen Daten Aussagen zur Suizidprävention im Einsatz der aktuellen Sicherheitsmaßnahmen im Bereich der Köhlbrandbrücke gestatten.

Im Rahmen der Erforschung der Veränderung der Denk- und Handlungsweisen im Verlauf einzelner Phasen der Entwicklung individueller Suizidalität sollen vorhandene Abschiedsbriefe aus dem Untersuchungszeitraum 2003 bis 2005 gesichtet werden. Hierbei ist besonders die Frage von Bedeutung, in welchem Umfang Abschiedsbriefe in diesem Zeitraum überhaupt vorhanden sind, um die Hypothese einer zu geringen Briefzahl für eine weitergehende, umfangreiche psycholinguistische Untersuchung dieser Dokumente, der überwiegend finalen Phase der Suizidalität, außer Kraft zu setzen. Bei ausreichender Anzahl von Briefen soll ferner versucht werden, diese verschiedenen inhaltlichen Untersuchungskriterien zuzuordnen. Darüber hinaus sollen einzelne Briefe beispielhaft zitiert werden.

Material und Methode

Mit Genehmigung der Hamburger Staatsanwaltschaft wurden 15.085 Handakten des Landeskriminalamtes (LKA) 4-17, Vermisstenstelle und Todesermittlung, der Jahre 2003 - 2005 im Hinblick auf dokumentierte und in Hamburg verübte Suizide gesichtet. Nicht einbezogen wurden Suizide, die außerhalb des Stadtgebietes von der Hansestadt begangen wurden und deren Suizidenten im Stadtgebiet von Hamburg, zumeist in einem Krankenhaus, verstorben sind. Die Daten der Suizidenten wurden anonymisiert und mit einer fortlaufenden Identitätsnummer (ID) sowie mit dem polizeilichen Aktenzeichen (AZ) der Handakte in eine neu angelegte Datenbank eingegeben. Diese Datenbank wurde mittels Macintosh-Computer und dem Datenbankprogramm Filemaker Pro 9 Advanced erstellt und später statistisch ausgewertet.

Zugleich wurden die nach Handakten des LKA 4-17 dokumentierten Suizidfälle verglichen mit einer Auflistung der Suizide im sogenannten Tagebuch des LKA 4-17. Gefundene Abweichungen wurden separat erfasst.

Darüber hinaus wurden die Daten des Statistikamtes Nord der Hansestadt Hamburg sowie des Statistischen Bundesamtes als Quellen herangezogen.

Es wurden beispielhaft Kasuistiken zu Suiziden mit unterschiedlichen und zum Teil besonderen Begehungsweisen, von bestimmten Altersgruppen sowie auch zu einigen Suiziden, die in der Ermittlung besondere Umstände aufzeigten, verfasst.

Zur Verdeutlichung der individuell unterschiedlichen psychischen Verfassung und der Denkweisen der Betroffenen, nach Abschluss ihrer Entschlussfassung zum Suizid, wurden Auszüge aus verschiedenen Abschiedsbriefen beispielhaft wiedergegeben.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den in Hamburg vollendeten Suiziden in der Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2005. Entsprechend den statistischen Landesämtern bzw. dem Statistischen Bundesamt wurden die erfassten Suizidzahlen auf 100.000 der Hamburger Bevölkerung pro Jahr umgerechnet um die Suizidraten zu erhalten. Zur Beurteilung der weiteren Entwicklung der Suizidraten wurden über

den zugrunde liegenden Zeitraum hinaus ergänzend die aktuell bereits bekannten Suizidzahlen der Jahre 2006 und 2007 mit einbezogen und ebenfalls die Suizidrate berechnet.

Zur Analyse der Sprünge und Sprungversuche von der Hamburger Köhlbrandbrücke wurden die Daten seit Eröffnung der Brücke bis 2009 bei der Wasserschutzpolizei Kommissariat 2 erhoben. Zur Komplettierung nicht mehr oder nicht vollständig vorhandener Daten wurden die Daten einer voraus gegangenen Arbeit über die Suizide der Köhlbrandbrücke (Blohm und Püschel 1998) mit in die Erhebung einbezogen. Der Sprung von der Köhlbrandbrücke wurde jeweils unter dem Item Methode als Kombination (Sturz/Sprung aus der Höhe und Ertrinken) dokumentiert.

Die Altersberechnung erfolgte durch eine hinterlegte Funktion in der Datenbank nach Eingabe des Geburts- und des Sterbedatums. Sofern das Sterbedatum nicht bekannt war, aber zumindest der Sterbemonat (und dieser nicht mit dem Geburtsmonat identisch war), wurde das Alter separat berechnet.

Bei der Untersuchung der Chronologie der Suizide wurde zur Einordnung in die jeweilige Jahreszeit auf die astronomischen Jahreszeitenanfänge des jeweiligen Jahres Bezug genommen (Anhang: Tabelle 9).

In die Datenbank wurden folgende Kategorien und Items eingegeben:

Basisdaten:

ID, AZ, Geschlecht, Geburtsdatum, Sterbedatum, Sterbewochentag und -monat, Sterbezeit und -ort, Alter zum Zeitpunkt des Todes und Altersgruppe, Geburtsort, und Wohnverhältnis.

Todesanamnese:

Vorhandensein eines Abschiedsbriefes, Suizidmethode, Art der Leichenschau.

Abschiedsbrief:

Vorhandensein eines Adressaten, Erklärung des Suizides, Vorhandensein persönlicher Worte, Angaben zu Erbregelungen bzw. Hinterlassenschaften, Äußerung eines Bestattungswunsches und Sonstiges (Freitext).

Anamnese:

Psychische Vorerkrankung, Suizidversuch in der Vorgeschichte, Suizidankündigung, psychiatrische oder nervenärztliche Vorbehandlung, ernste somatische Erkrankung, gesetzliche Betreuung, nächste Angehörige, erlernter Beruf, Religion und Familienstand.

Tatmerkmale:

Tatwerkzeug, Klartext zum Tatwerkzeug und dessen Verwendung, Melde- oder Rezeptpflicht des Tatwerkzeugs, legaler Besitz des Tatwerkzeugs, Markierung Sprung von der Köhlbrandbrücke, Doppelsuizid oder erweiterter Suizid.

Ergebnisse

Suizidzahlen

In den Jahren 2003 bis 2005 haben sich in Hamburg nach Aktenlage des LKA 4-17 insgesamt 791 Menschen das Leben genommen, darunter 529 Männer und 262 Frauen. Somit kommen auf einen Frauensuizid etwa 2 Suizide von Männern im genannten Zeitraum.

Im Jahre 2003 kam es zu 5072 Todesfallermittlungen durch das LKA 4-17, 2004 waren es 5153 und 2005 4860. Somit haben die Ermittlungen in Suizidfällen einen Anteil von 5,2% an den gesamten Todesfallermittlungen im Berichtszeitraum und im Mittel wurden 264 Suizide pro Jahr verübt. Von 2003 bis 2004 zeigt sich ein Anstieg von 268 Suiziden auf 285 Suizide, was einer Zunahme der Suizide um 6,3 Prozent entspricht. Im Zeitraum von 2004 bis 2005 findet sich ein Nachlassen der Suizide von 285 auf 238 was einem Rückgang der Suizide um 16,5 Prozent entspricht.

Nach aktuellen Angaben des Statistikamtes Nord findet sich bis Ende 2006 erneut ein Rückgang der Suizidzahlen auf 217, was einer weiteren Abnahme der Suizide um 8,8 Prozent entspricht. Nachfolgend kommt es in Hamburg zu einer erneuten Zunahme der Suizide um 12,4 Prozent auf 244 im Jahr 2007. Somit haben sich in der Zeit von 2003 bis 2007 insgesamt 1252 Menschen in der Hansestadt selbst das Leben genommen, im Mittel rund 250 Menschen pro Jahr.

Abbildung 1 zeigt eine durchgehend höhere Zahl von Suiziden bei den Männern gegenüber den Frauen. Die Entwicklung der Suizidzahlen beider Geschlechter von 2003 bis 2005 zeigt zunächst einen nahezu parallelen Verlauf. Ferner zeigt sich bei Rückgang der Gesamtzahl der Suizide von 2005 bis 2006 eine gleichzeitige Zunahme der Frauensuizide um 10,5 Prozent von 76 auf 84 Suizide. Darüber hinaus ist zu sehen, dass der erneute Anstieg der Suizidzahl von 2006 bis 2007 durch eine Zunahme der Suizide der Männer um 23,3 % von 133 auf 164 begründet ist, während die Suizide der Frauen von 84 auf 80 um 4,8 % zurückgegangen sind.

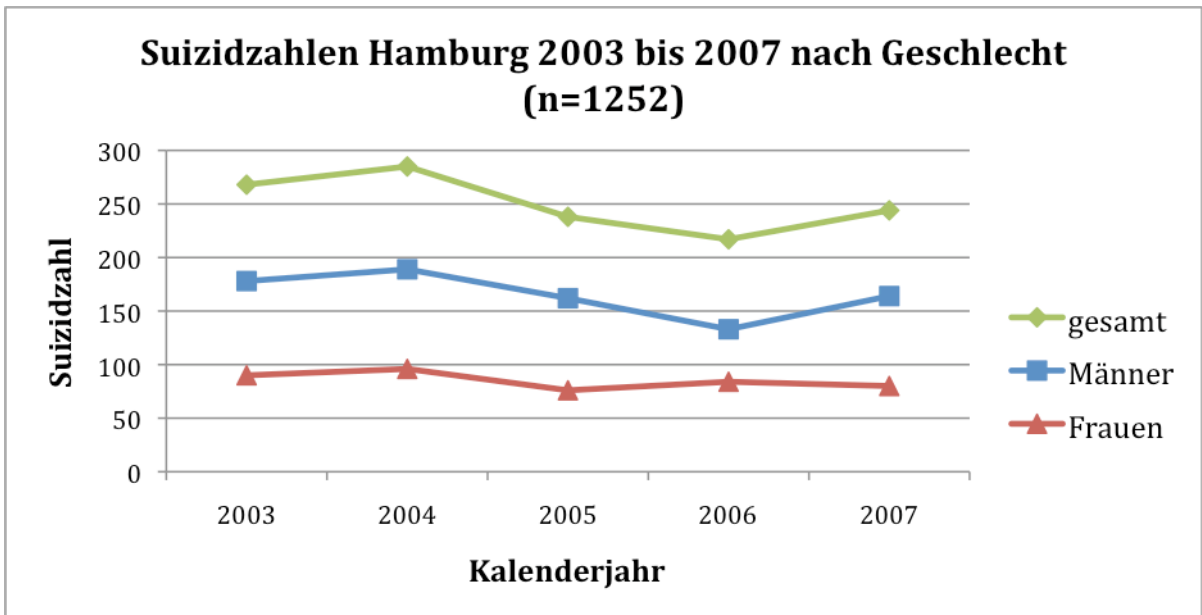


Abbildung 1

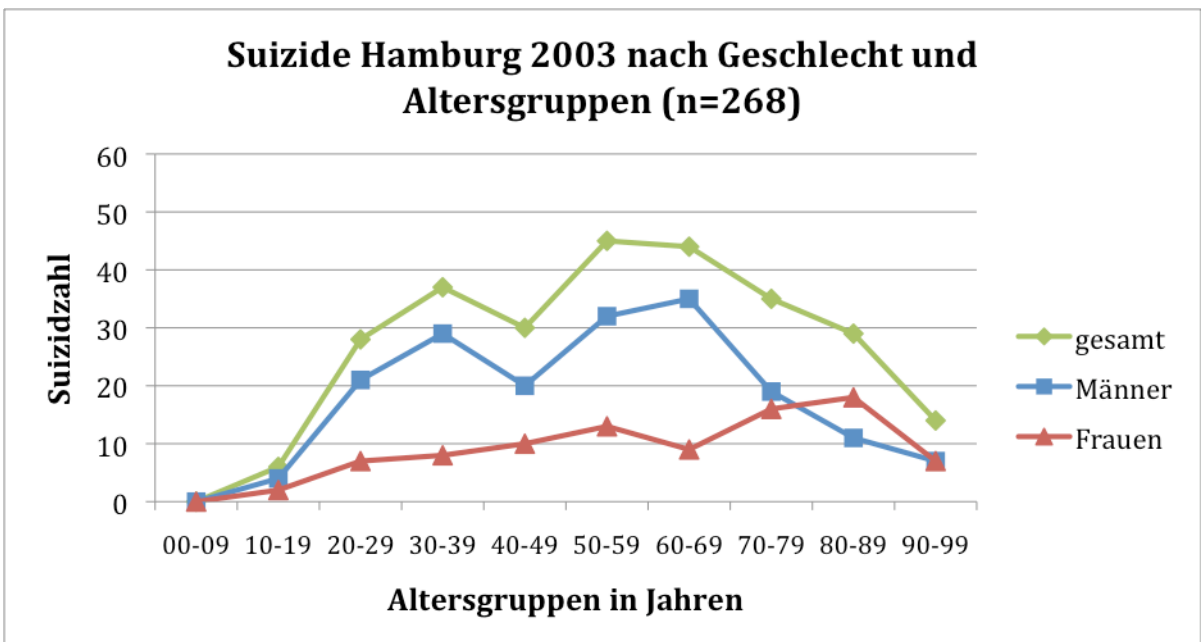


Abbildung 2

Die Abbildungen 2 bis 4 zeigen, dass der zunächst 2-gipfelige Verlauf der Kurven für Männer, für die Altersgruppen 30-39 und 60-69 Jahre und für Frauen, für die Altersgruppen 50-59 und 80-89 Jahre in 2003, sich bereits 2004 mit nur noch einem Häufigkeitsgipfel bei den Frauen in der Altersgruppe 80-89 Jahre zeigt, während bei den Männern zwei Gipfel in den gleichen Altersgruppen verbleiben, jedoch jeweils einen Anstieg verzeichnen (30-39 Jahre: + 6,9% und 60-69 Jahre: + 11,4%) und ein

dritter Gipfel in der Altersgruppe 80-89 Jahre durch Verdopplung der Suizidzahlen in dieser Altersgruppe hinzukommt.

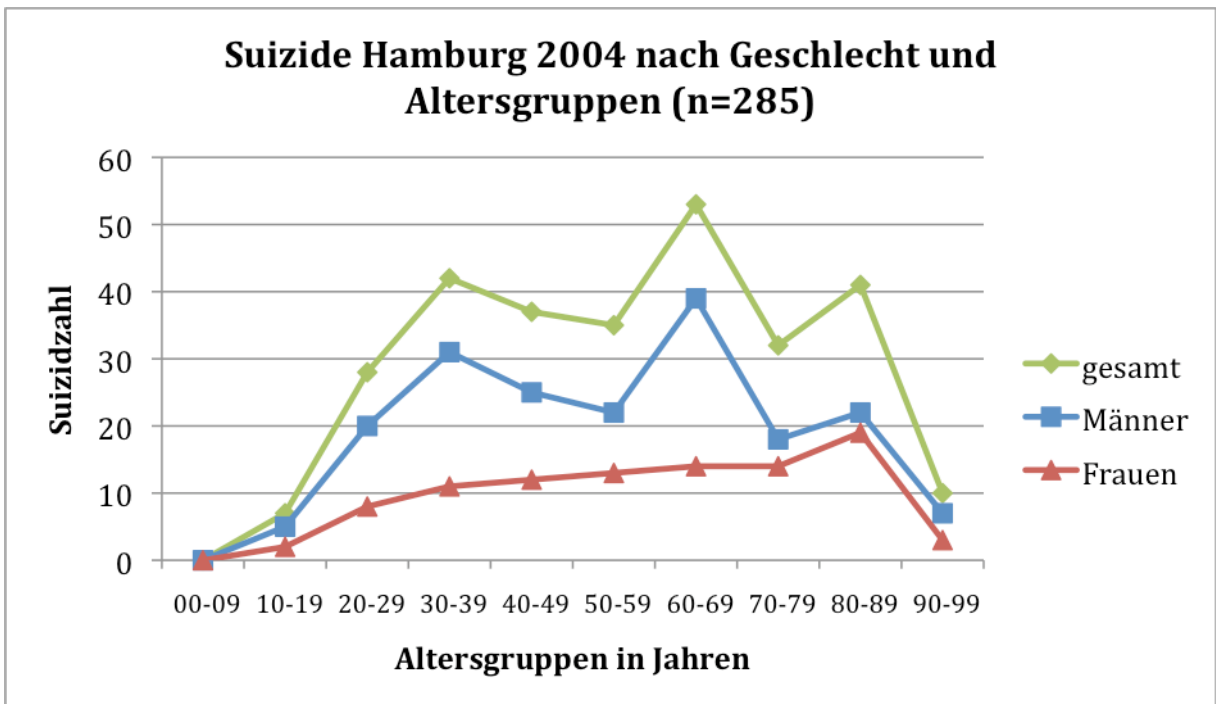


Abbildung 3

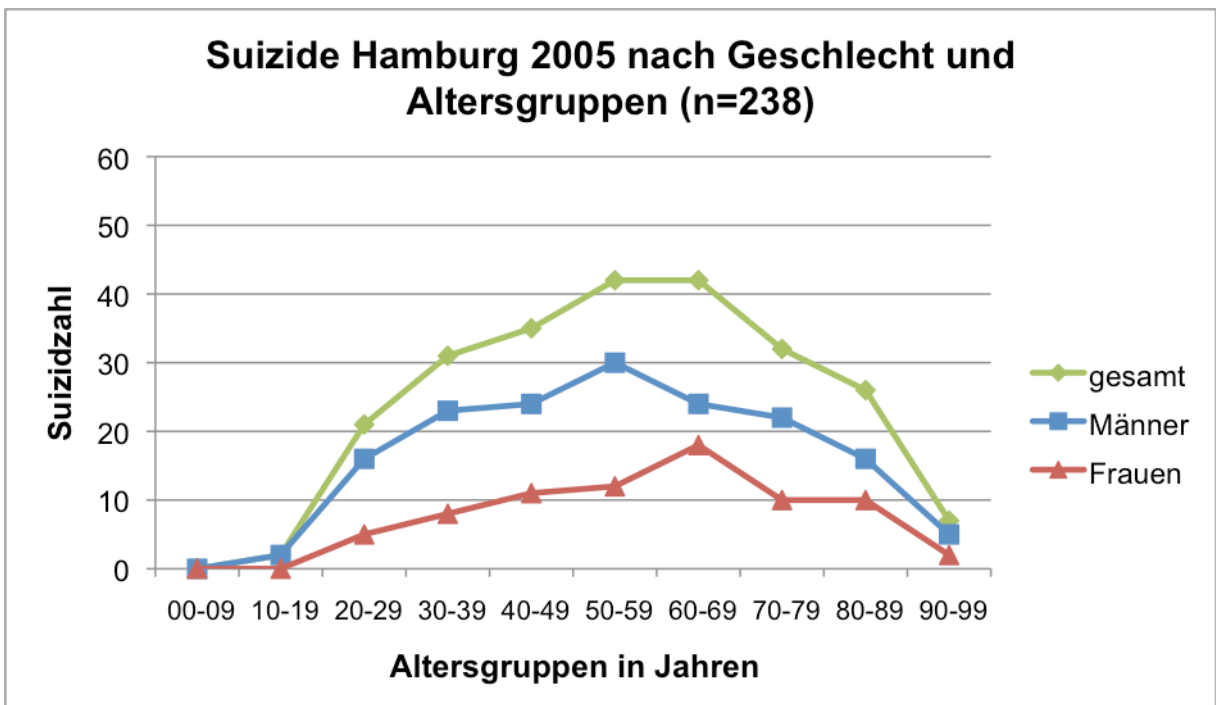


Abbildung 4

2005 findet sich schließlich ein 1-gipfeliger Kurvenverlauf bei beiden Geschlechtern mit Maximum bei den Männern in der Altersgruppe 50-59 Jahre und bei den Frauen

in der Gruppe 60-69 Jahre. In der Detailbetrachtung ergibt sich bei den Männern in der Gruppe 50-59 Jahre eine Zunahme der Taten um 36,4%, während sie in der Gruppe 60-69 Jahre um 38,5% zurückgegangen sind. Bei den Frauen zeigt sich, neben einem Zuwachs der Suizidzahlen im Alter von 60-69 Jahren um 28,6%, ein Rückgang der Zahlen im Alter von 70-79 Jahren um 28,6% und im Alter von 80-89 Jahren um 21,1%.

In der Altersgruppe 90-99 Jahre zeigt sich über den Berichtszeitraum ein Rückgang der Suizidzahlen. Bei den Männern fällt dieser mit 28,6% geringer als bei den Frauen mit 71,4% aus.

Nur einmal, in der Altersgruppe 80-89 Jahre, im Jahre 2003 übersteigt die Zahl der von Frauen vollendeten Selbsttötungen die der Männer. Ansonsten zeigt sich die bereits erwähnte durchgehend höhere Zahl der Suizide der Männer im gesamten Berichtszeitraum.

Suizidraten

Im Zeitraum von 2003 bis 2007 zeigt sich, unter ergänzender Verwendung der vom Statistikamt Nord zu Grunde gelegten Daten für 2006 und 2007, ein Rückgang der Hamburger Suizidrate um 9 Prozent von 15,2 im Jahr 2003 auf 13,8 im Jahr 2007. Im Detail zeigt sich in Abbildung 5, entsprechend den Suizidzahlen, ein Anstieg der Suizidrate von 2003 auf 2004 von 15,2 auf 16,4 Suizide pro 100.000 Einwohner um 7,9 Prozent sowie ein erneuter Anstieg der Suizidrate von 2006 bis 2007 um 11,3 Prozent von 12,4 auf 13,8 Suizide pro 100.000 Einwohner. Es findet sich ein nahezu identischer Kurvenverlauf wie in Abbildung 1.

Die Suizidrate in Hamburg beträgt im Zeitraum 2003 bis 2007 im Mittel $14,3 \pm 0,7$ Suizide pro 100.000 Einwohner und Jahr. Bei den Männern ergibt sich für den gleichen Zeitraum im Mittel eine Suizidrate von $19,4 \pm 1,2$ und für die Frauen $9,5 \pm 0,4$.

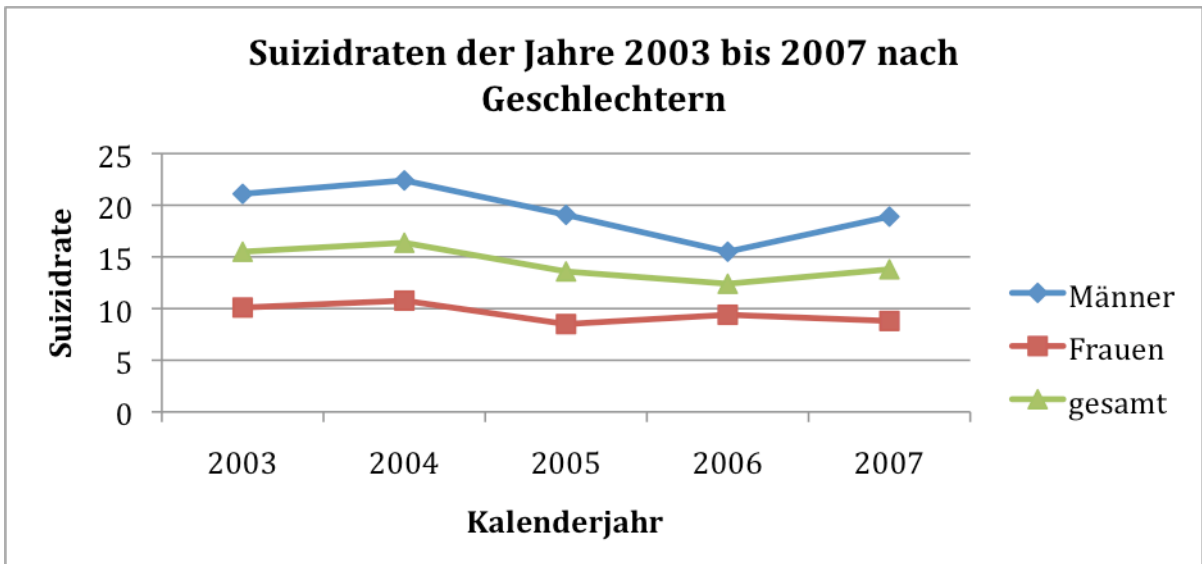


Abbildung 5

Bei Betrachtung der prozentualen Veränderung der Suizidraten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr (Abbildung 6), wird der größte Rückgang der Suizidrate im Jahre 2005 bei den Frauen um 21,3 Prozent und der größte Anstieg der Suizidrate im Jahre 2007 bei den Männern um 21,9 Prozent deutlich. Ferner bilden sich die gegenläufigen prozentualen Veränderungen der Suizidrate von Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2006 und 2007 deutlich ab. Die hier größten Differenzen von 2006 und 2007 zeigen das zunächst von 2005 fortgesetzte und zunehmende Sinken der Suizidrate der Männer bis ins Jahr 2006 hinein im Gegensatz zum Wiederanstieg der Rate bei den Frauen 2006 sowie den erneuten Rückgang der Suizidrate der Frauen im Jahre 2007. Die Werte der prozentualen Veränderung 2003 wurden nach den Daten für die Bevölkerung und die Suizide in Hamburg 2002 des Statistikamtes Nord in Hamburg errechnet.

Für das Jahr 2007 errechnet sich eine Abweichung der vorliegenden Daten für Hamburg von denen vom Bundesamt für Statistik veröffentlichten Daten für den Bund von + 21,1% für die Suizidrate für beide Geschlechter, von + 8,6% für die Männer und von + 76% für die Frauen.

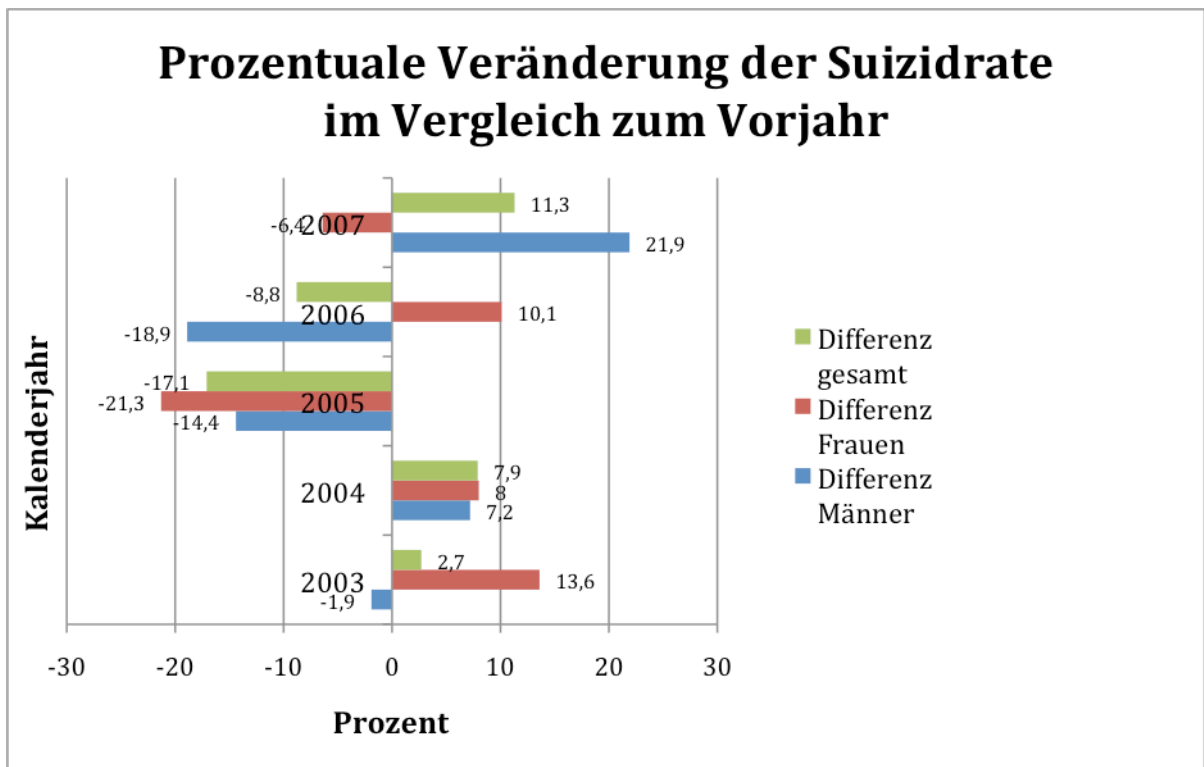


Abbildung 6

Der Verlauf der Suizidraten in den Jahren 2003 bis 2005 nach Geschlecht in den verschiedenen Altersgruppen (Abbildung 7) zeigt eine auch im Alter höhere Suizidrate der Männer gegenüber den Frauen, die in der Altersgruppe der über 90-jährigen Männer steil auf einen maximalen Wert von 207,8 im Jahre 2003 ansteigt.

Es fällt ein Abfall der Suizidrate der Frauen ab einem Alter von 90 Jahren ab dem Jahre 2004 auf. Zuvor ergab sich bei den Frauen noch 2003, ebenso wie bei den Männern, ein weiterer Anstieg der Suizidrate ab einem Alter von 90 Jahren.

Bei den Frauen zeigt sich 2003 noch ein nahezu linearer Anstieg der Suizidrate ab der Altersgruppe der 60-69-Jährigen bis zu einem Häufigkeitsgipfel der Frauensuizide, welcher 2003 in der Gruppe der über 90jährigen bei einer Suizidrate von 58,7 liegt.

In der Altersgruppe 60-69 Jahre hat sich die Suizidrate der Frauen über den gesamten Berichtszeitraum von 8 auf 17 Suizide pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe mehr als verdoppelt. Bei den Männern ist die Suizidrate dieser

Altersgruppe über einen Anstieg 2004 schließlich insgesamt um 29,4 % von 34 auf 24 Suizide pro 100.000 Einwohner zurückgegangen.

In der Altersgruppe 70-79 Jahre ist die Suizidrate der Männer im gesamten Berichtszeitraum von 38 auf 41 Suizide pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe um 7,9% leicht angestiegen, während sie bei den Frauen von 21 auf 13 Suizide pro 100.000 Einwohner um 38,1% zurückgegangen ist.

In der Altersgruppe 80-89 Jahre ist die Suizidrate der Männer im gesamten Zeitraum von 2003 bis 2005 von 58 auf 80 (2004:115!) um 37,9% angestiegen, während die Suizidrate der Frauen dieser Altersgruppe von 39 auf 21 Suizide pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe um 46,1% gesunken ist.

In der Altersgruppe ab 90 Jahren zeigt sich bei der Suizidrate insgesamt von 2003 mit 92 Suiziden pro 100.000 Einwohnern dieser Altersgruppe, ein Rückgang auf 63 Suizide 2004 und nachfolgend 2005 eine weitere Verminderung auf 45 Suizide jeweils pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe. In der detaillierten Betrachtung zeigt sich somit zunächst bis 2004 ein Rückgang der Suizidrate in der Altersgruppe ab 90 Jahren von 31,5 Prozent und weiter bis 2005 eine erneute Abnahme dieser Suizidrate um weitere 28,6 Prozent. Insgesamt ergibt sich folglich von 2003 bis 2005 ein Rückgang der Suizide jeweils pro 100.000 Einwohner der betrachteten Altersgruppe ab 90 Jahren von 51,1 Prozent.

Die Einwohnerzahlen der verschiedenen Altersgruppen blieben im Berichtszeitraum nahezu unverändert.

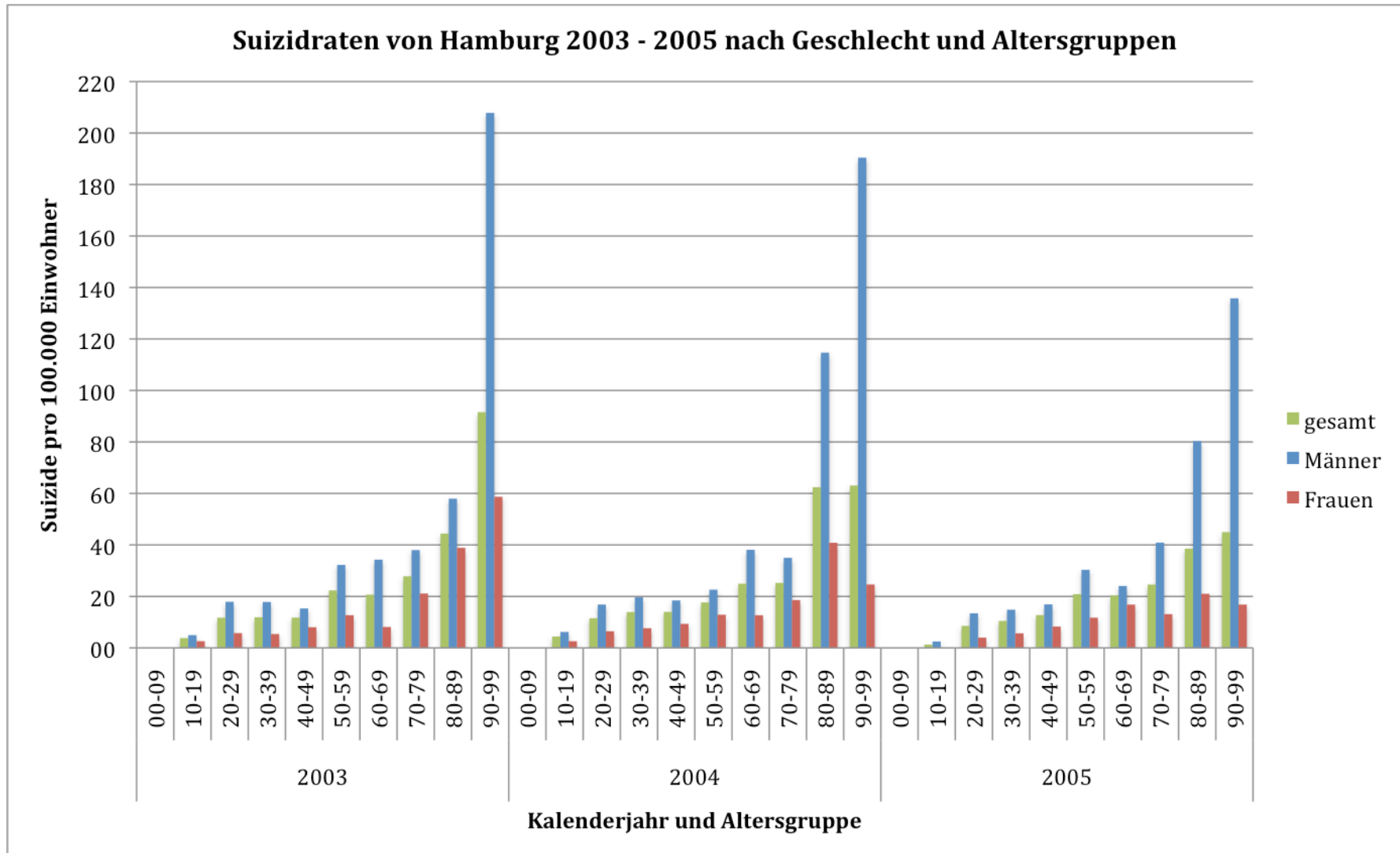


Abbildung 7

Suizidmethoden

Bei Untersuchung der 6 häufigsten von Männern und Frauen insgesamt angewandten Suizidmethoden in den Jahren 2003 bis 2005 zeigt sich durchgehend das Erhängen als häufigste Suizidmethode, gefolgt von der Vergiftung und Sturz bzw. Sprung aus großer Höhe (Abbildung 8). Bei der Vergiftung handelt es sich in 146 Fällen (96,1%) um Medikamentenvergiftungen. In 4 Fällen liegt eine Vergiftung durch das Einatmen von Kohlenmonoxyd, in 1 Fall durch das Einatmen von Popangas und in 1 weiteren Fall durch die Einnahme eines unbekanntes Giftes vor.

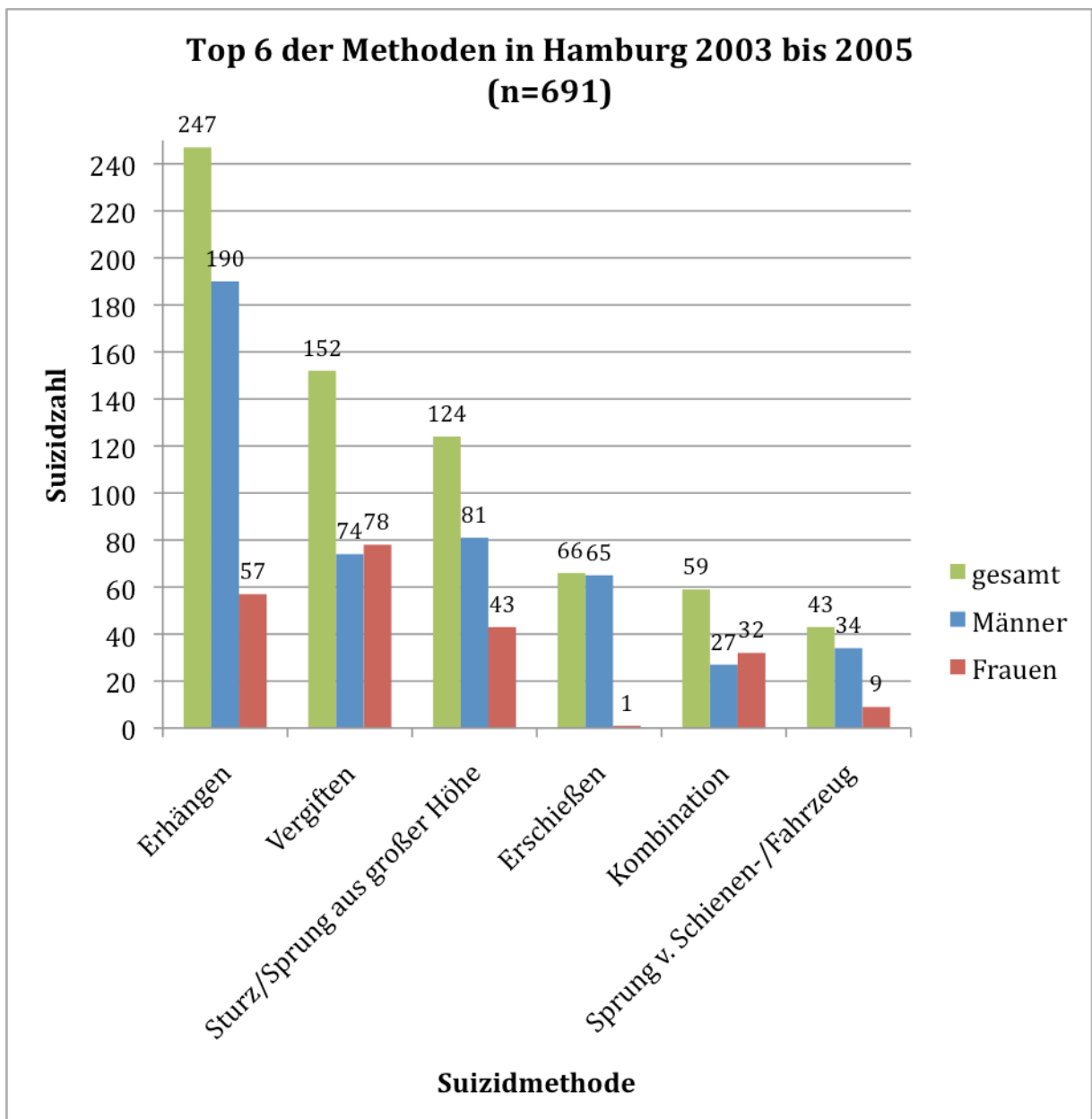


Abbildung 8

Zu den Kombinationssuiziden werden auch die Sprünge von der Köhlbrandbrücke (Sprung aus großer Höhe + Ertrinken) gezählt, die später noch gesondert betrachtet werden.

Auffallend ist die nahezu gleichmäßige Verteilung der Methoden Vergiftung und Kombination auf beide Geschlechter mit einer leicht vermehrten Anwendung der jeweiligen Methode durch die Frauen. Ansonsten finden sich im Hinblick auf die Anwendung der 6 häufigsten Methoden insgesamt deutliche Unterschiede bei den beiden Geschlechtern mit einer klar vermehrten Anwendung der jeweiligen Methode durch die Männer.

Bei Betrachtung der 6 am häufigsten angewendeten Methoden getrennt nach Geschlechtern in den einzelnen Jahren des Untersuchungszeitraumes (Abbildungen 9-14) finden sich auch andere Suizidmethoden als in der Gesamtübersicht. So finden sich unter den Top 6 der angewandten Suizidmethoden bei den Männern 2003 beispielsweise 4 Selbstverbrennungen von insgesamt 8 im gesamten Berichtszeitraum. Aufgrund der hier auch vorzufindenden Doppelbelegung von Rang 3 durch Erschießen und Sturz/Sprung aus großer Höhe mit jeweils 23 Fällen 2003 finden sich 7 Methoden unter den Top 6. Auch bei den Frauen kommt es bei Doppelbelegung von Rang 3 durch Ersticken und Sturz/Sprung aus großer Höhe im Jahr 2003 mit jeweils 10 Fällen zu der Angabe von 7 Methoden bei der Darstellung der Top 6. So verhält sich es auch im Jahr 2004, wo bei den Männern wiederum das Erschießen und der Sturz/Sprung aus großer Höhe mit jeweils 25 Fällen auf Rang 3 zu finden sind und bei den Frauen die Methoden Sprung vor ein Schienen-/Fahrzeug und Strom mit jeweils 3 Fällen auf Rang 6 eingereiht sind, wobei 2004 die Methode der tödlichen Stromanwendung das Ertrinken, welches noch 2003 bei den Frauen mit 6 Fällen auf Rang 5 zu finden ist, ablöst. Bei den Männern wird 2004 das Verbrennen durch das Ersticken auf Rang 6 abgelöst. 2005 ist bei den Männern die Methode des Erstickens durch die Anwendung der Arterienöffnung bzw. des Schneidens auf Rang 6 abgelöst, während zugleich bei den Männern unter den Top 6 keine Kombinationssuizide mehr verzeichnet sind. Bei den Frauen ist 2005 die Anwendung von Strom als Suizidmethode nicht mehr unter den 6 häufigsten Methoden zu finden.

Während 2003 bei den Männern noch jeweils 5 der Top 6 Suizidmethoden in fast allen Altersgruppen ab 60 Jahren zu finden sind, sind 2005 in der Altersgruppe ab 90 Jahren mit Erhängen und Sturz/Sprung aus großer Höhe nur noch 2 Methoden aus den Top 6 zu finden. Bei den Frauen finden sich 2003 zunächst in der Altersgruppe von 60-69 Jahren 5 Suizidmethoden der Top 6, im Alter von 70 bis 89 Jahren sogar jeweils alle 6 Suizidmethoden und im Alter ab 90 Jahren immer noch 4 der Top 6 der Suizidmethoden. 2005 findet sich bei den Frauen eine nahezu kontinuierliche Abnahme der Suizidmethoden der Top 6 in den einzelnen Altersgruppen ab 60 Jahren bis auf die beiden Suizidmethoden des Erhängens und der Vergiftung im Alter ab 90 Jahren. In der jüngsten Altersgruppe von 10-19 Jahren sind bei den Männern 2003 4 Suizidmethoden der Top 6 verzeichnet, 2005 ist es allein noch der Sturz/Sprung aus großer Höhe. Bei den Frauen gehen die 6 am häufigsten angewandten Suizidmethoden in dieser Alterklasse von 2 im Jahr 2003 auf 0 im Jahr 2005 zurück.

Insgesamt kann gesagt werden, dass bei den Frauen, außer im Jahr 2005 wie gerade erwähnt, durchgehend bis in höchste Alter auch die sogenannten „harten“ Suizidmethoden der Top 6 verzeichnet sind. Es zeichnet sich eine Zunahme der „harten“ Methoden bei den Frauen von 2003 bis 2005 ab, wobei bei den Kombinationssuiziden keine weitere Methodenaufschlüsselung verzeichnet ist, hier aber grundsätzlich auch Suizidmethoden, die dieser Kategorie zugerechnet werden, noch bei diesen mit angewendet worden sein können.

Bei den 66 Suiziden durch Erschießen im gesamten Beobachtungszeitraum ist in 15 Fällen (22,7%) dokumentiert, dass die Suizidenten die Waffen illegal in ihrem Besitz hatten, also nicht über eine Waffenbesitzkarte verfügten. In 6 Fällen (9,1%) finden sich hierzu keine Angabe und in 29 Fällen (43,9%!) ist ohne abschließenden Vermerk dokumentiert, dass es unbekannt ist, ob sich die Waffe legal im Besitz des Suizidenten befunden hat.

Top 6 der angewandten Methoden der Männer 2003 nach Altersgruppen (n=168)

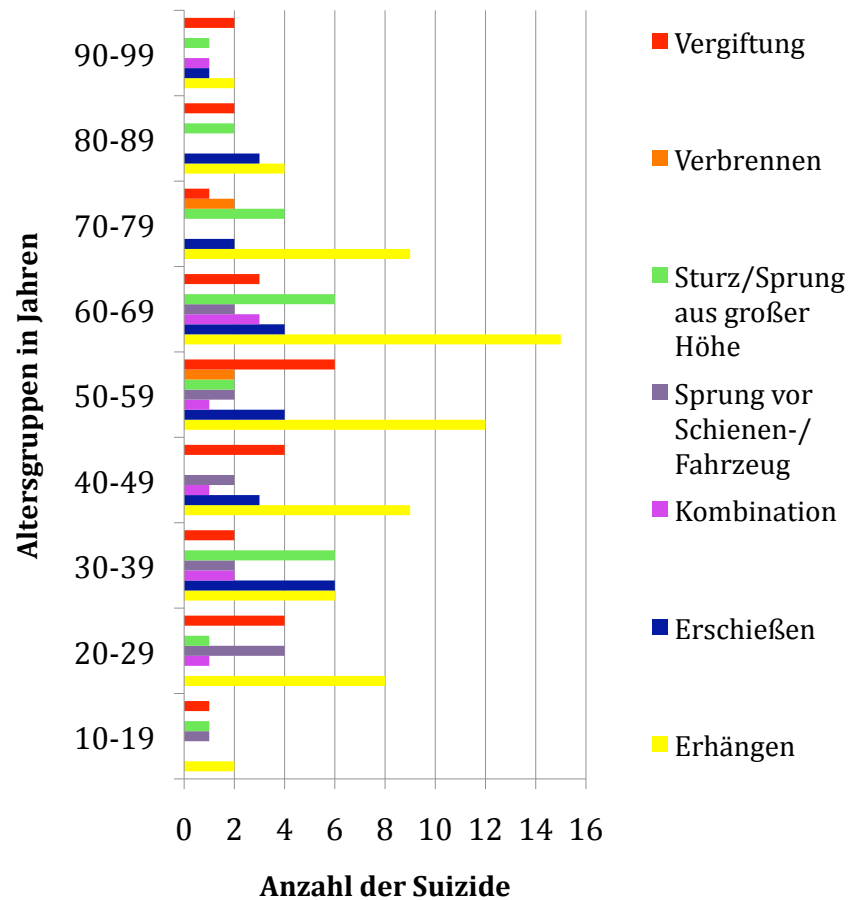


Abbildung 9

Top 6 der angewandten Methoden der Frauen 2003 nach Altersgruppen (n=87)

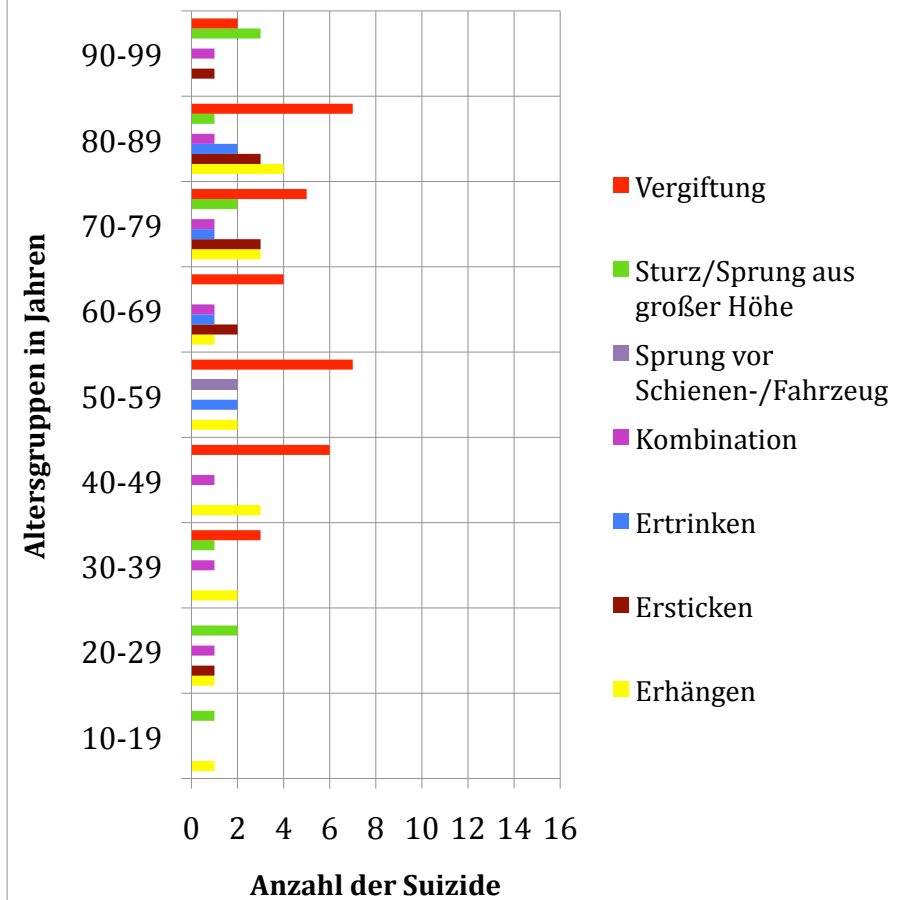


Abbildung 10

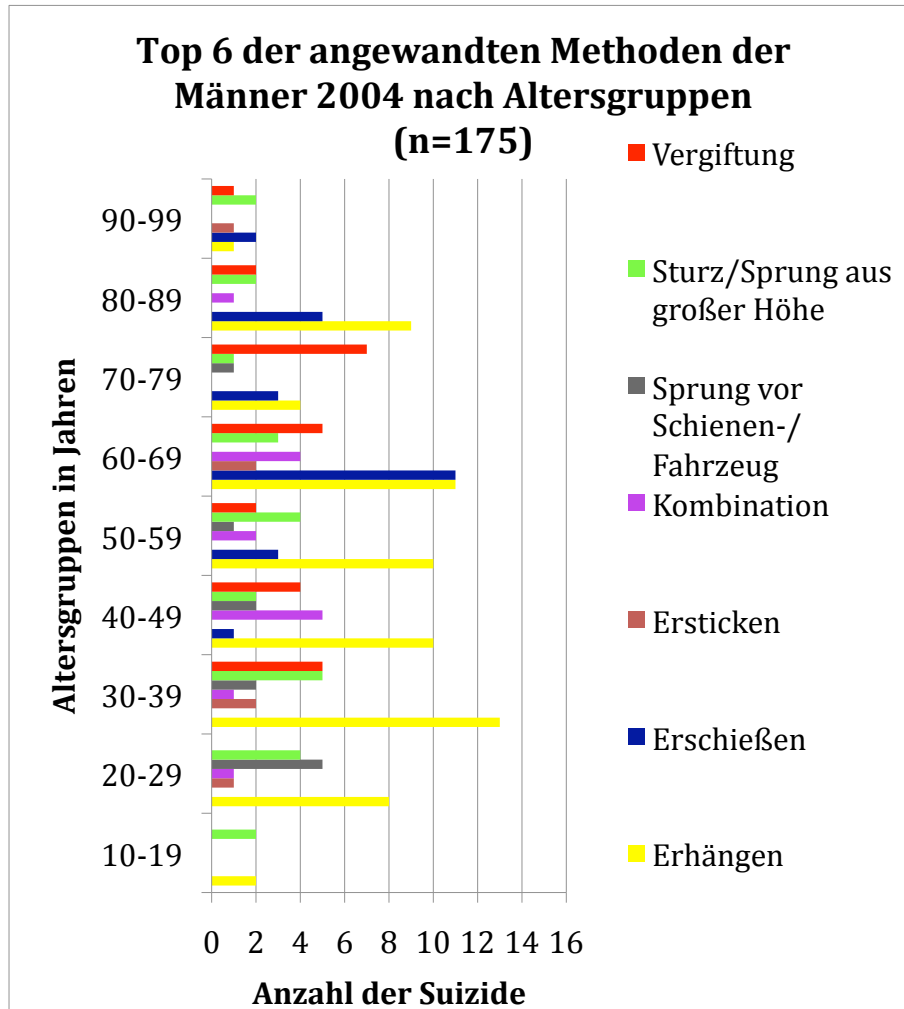


Abbildung 11

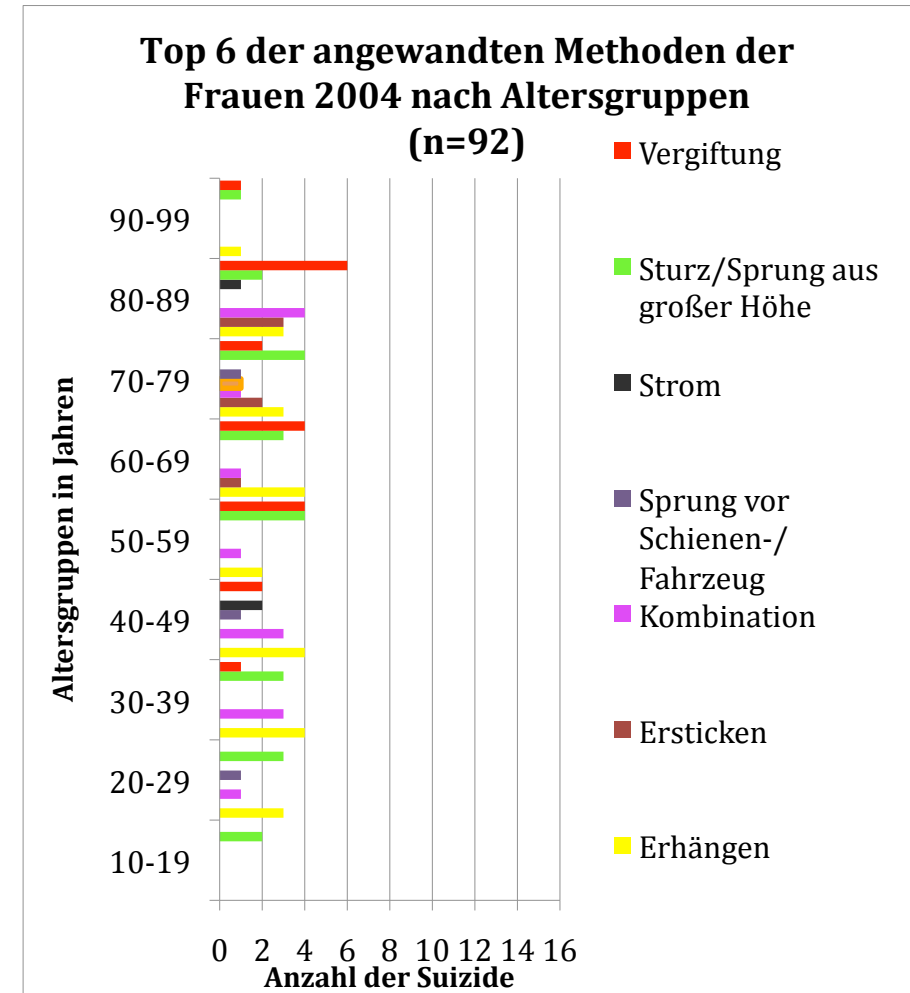


Abbildung 12

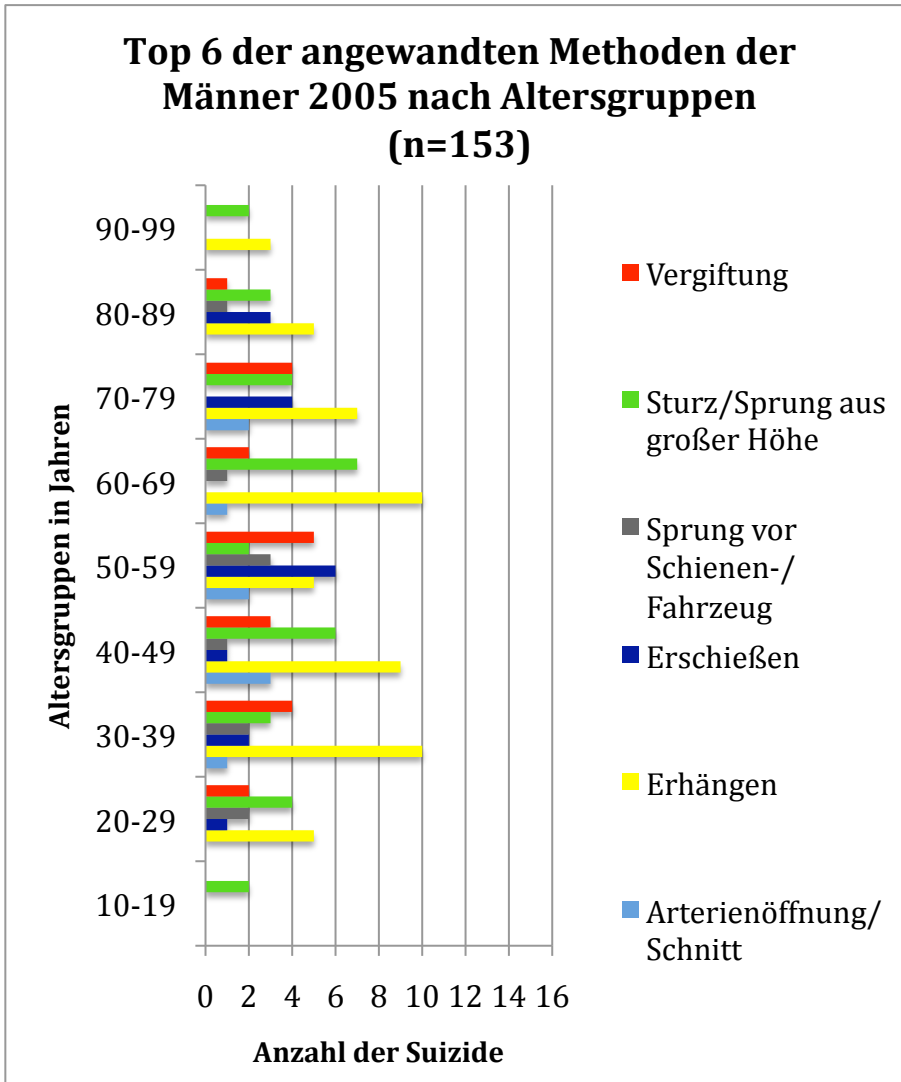


Abbildung 13

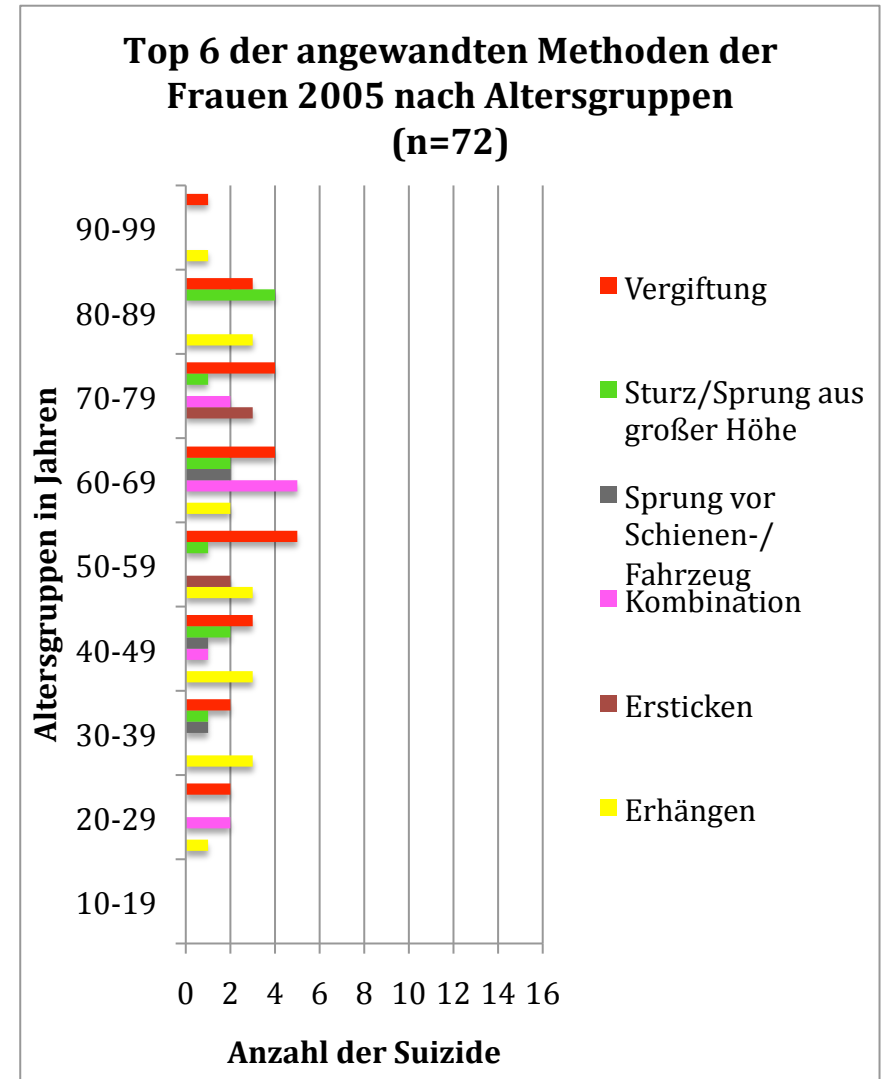


Abbildung 14

Suizid und Alter

Suizide von Kindern und Jugendlichen

Im Berichtszeitraum kam es zu einem Kindersuizid (s. *Fallbeispiel 1*) und 7 Suiziden von Jugendlichen.

Methode	Alter	Jahr
Erhängen	13	2003
	16	2003
Ertrinken	17	2004
Sturz/Sprung aus großer Höhe	14	2004
	14	2005
	15	2003
	17	2004
	17	2004

Tabelle 1: Suizidmethoden und Alter von minderjährigen Suizidenten in Hamburg 2003 bis 2005 (n=8)

Am häufigsten haben die jugendlichen Suizidenten im Berichtszeitraum den Sturz/Sprung aus großer Höhe (Tabelle 1) als Methode gewählt (62,5%), auf Rang 2 findet sich das Erhängen (25%) und schließlich auf dem letzten Rang das Ertrinken (12,5%).

Es fällt ein Rückgang der Suizidzahlen der Jugendlichen um 75% von 2004 bis 2005 auf. In den Jahren 2004 und 2005 ist es zu keinem weiteren Kindersuizid gekommen.

Alle minderjährigen Suizidenten lebten noch bei den Eltern.

Bis auf ein 17-jähriges Mädchen, welches 2004 in Tod gesprungen ist (s. *Fallbeispiel 2*), handelt es sich bei den Suizidenten unter 18 Jahren um Jungen (w:m = 1:7).

Von diesen Suizidenten haben 3 Jugendliche ihren Suizid im Vorfeld angekündigt, in 1 weiteren Fall eines Jugendlichen ist es nach Dokumentation der Polizei sehr wahrscheinlich zu einer Vorankündigung gekommen.

In 2 Fällen war eine psychische Vorerkrankung der Minderjährigen bekannt. In keiner Akte fanden sich Angaben zu möglichen früheren Suizidversuchen.

Jeweils 2 der Minderjährigen haben sich im Januar und im Juni (09.06. + Datum unbekannt) das Leben genommen und jeweils 1 im März (02.03.), Mai, August und September (Datum unbekannt). Somit haben sich, unter Berücksichtigung der astronomischen Jahreszeitenanfänge (Anhang Tabelle 9), die meisten Minderjährigen im Winter das Leben genommen.

Die Suizide der unter 18-Jährigen wurden zweimal an einem Mittwoch und jeweils einmal an einem Donnerstag, Samstag und Sonntag begangen. 3 Jugendliche, von denen zwei nach Sturz bzw. Sprung aus großer Höhe unter freiem Himmel und einer in der Elbe den Tod gefunden hatten, haben ein unbekanntes Sterbedatum. Somit ist auch der Wochentag ihres Todes unbekannt.

3 Minderjährige haben sich in der Zeit von 18:00 Uhr bis 23:59 Uhr das Leben genommen und 1 Minderjähriger in der Zeit von 00:00 Uhr bis 05:59 Uhr. Bei 4 minderjährigen Suizidenten ist der Zeitraum ihres Sterbens unbekannt.

In 4 Fällen (50%) wurde eine Sektion sowie eine Untersuchung der Blutalkoholkonzentration (BAK) durchgeführt. Dabei wurde in 2 Fällen 0,00 ‰, in beiden positiven Fällen 0,4‰ gefunden. Somit wurde in 25% der Fälle die Tat sicher unter geringem Alkoholeinfluss begangen.

Fallbeispiel 1

Die Mutter sei gegen 23:00 Uhr zu Hause eingetroffen und habe anschließend ihren 13-jährigen Sohn in seinem Kinderzimmer gefunden. Zum Zeitpunkt des Auffindens habe der Sohn an einem Bademantelgürtel an einer Gardinenvorrichtung gehangen. Die Mutter habe den Gürtel mit einer Schere durchtrennt und habe durch Schreie die Nachbarn alarmiert, welche die Feuerwehr verständigt haben. Die Besatzung des hinzugekommenen Rettungswagens habe mit der Reanimation begonnen, welche von der Notärztin etwas später mittels Intubation, Herzmassage und Medikamentengabe fortgeführt worden sei. Nach 30 Minuten seien die Wiederbelebungsmaßnahmen

erfolglos eingestellt worden. Ein Suizid sei für die Mutter unter keinen Umständen vorstellbar gewesen. Der Sohn habe keinerlei Probleme gehabt und sei ein fröhliches Kind gewesen. Weder bei der Untersuchung im Haus noch bei der nachfolgenden Sektion ergaben sich Hinweise auf Fremdeinwirkung.

Fallbeispiel 2

Von einer Passantin wird vor einer Seitentür der Nordseite des Planetariums ein rechter Stiefel gefunden. Als sie nach oben blickt, sieht sie einen Fuß über das Vordach hinausragen und benachrichtigt das Kassenpersonal, welches die Feuerwehr ruft. Auf dem Vordach wird der Leichnam einer 17-jährigen Schülerin gefunden, welche von der Aussichtsplattform des Planetariums in den Tod gesprungen war. Das Mädchen hat die Augen mit einem Kopftuch verbunden. In einer Jackentasche wird ein Abschiedsbrief gefunden, aus welchem hervorgeht, dass eine stationäre Behandlung vorgesehen war. Zeitgleich mit dem Auffinden der Verstorbenen, meldet ihr Vater sie bei der Polizei als vermisst, weil sie psychische Probleme habe. Sie sei noch nicht zu Hause erschienen und er mache sich Sorgen. Nach der Todesmitteilung ist der Vater nicht mehr in der Lage nähere Angaben zu der psychischen Erkrankung seiner Tochter zu machen.

Brief 1

*Ich hoffe ich könnte euch
verständlich machen, dass ihr
nicht schuld seid.
Auch die Klinik hätte nichts gebracht.
Ich spüre einfach, dass ich nicht
mehr leben kann.
Ich liebe euch so sehr aber ich kann
einfach nicht für euch leben.
Ich habe euch ganz furchtbar lieb*

ps. Ich musste lügen

(letzte Zeilen an die Eltern, weiblich 17 Jahre, Tod durch Sprung von der Aussichtsplattform des Planetariums mit verbundenen Augen)

Fallbeispiel 3

Ein 14-jähriger wird im Sommer 2004 um 23:16 per Fernschreiben von einem Polizeikommissariat an das LKA 417 in Hamburg als vermisst gemeldet:

„die vp (ANMERKUNG: vermisste Person) verliess unter einem vorwand gegen 10:30 Uhr die schule, begab sich zusammen mit einer freundin nach haus, nahm 100 euro an sich und begab sich zusammen mit ihr in den zug nach hamburg. im zug hatte er ihr wie auch bereits am tag zuvor anderen mitschuelern seinen freitod angekuendigt. als grund gab er schwierigkeiten mit seiner mutter sowie einen bevorstehenden wohnortwechsel an. er erklarte, dass er sich abends in hamburg von einem hohen gebaeude stuerzen wolle. nachdem die freundin in stade aus dem zug ausgestiegen war, setzte er seinen weg allein nach hamburg fort. die vp hatte bereits mehrfach suizidabsichten angekuendigt, so dass seine androhung als ernst einzuschaetzen ist.....“

Das Fernschreiben trifft während der Berichtsfertigung in Sachen Todesermittlung eines Jungens ein, der gegen 22:00 Uhr des gleichen Tages von einem Passanten tot unter dem Ausleger eines Baukrans auf einem Gehweg aufgefunden wurde. Im unteren Bereich des Baukrans wurde neben einem Rucksack und einem Kapuzenpullover ein Zettel mit einem Holzkeil beschwert gefunden, auf dem geschrieben stand:“ *Ich bin.....*(es folgen Namen, Anschrift und Telefonnummer des Verstorbenen)“. Der Tod war durch Sprung des Jungen vom hinteren Ende des Auslegers des Hochkranes in ca. 25 -30 Meter Höhe verursacht worden.

Suizide von Heranwachsenden

Im Berichtszeitraum kam es zu insgesamt 16 Suiziden von Heranwachsenden.

Gleichermaßen am häufigsten wurden von den Heranwachsenden Erhängen und Sturz/Sprung aus großer Höhe, jeweils 31,3%, als Suizidmethode gewählt (Tabelle 2). Auf Rang 2 findet sich der Sprung vor ein Schienenfahrzeug (18,8%).

Die Zahl der Suizide der 18-20-Jährigen hat sich 2005 auf 42,9 % der Fälle von 2004 reduziert, gegenüber 2003 hat sich die Zahl halbiert.

Methode	Alter	Jahr
Arterienöffnung/Schnitt	18	2004
Erhängen	18	2003
	18	2004
	19	2004
	20	2004
	20	2005
Kombination (Stichverletzung + Strom)	20	2003
Sprung vor Schienenfahrzeug	19	2003
	20	2003
	20	2004
Sturz/Sprung aus großer Höhe	19	2003
	19	2004
	19	2005
	20	2003
	20	2004
Vergiftung	20	2005

Tabelle 2: Suizidmethoden und Alter von heranwachsenden Suizidenten in Hamburg 2003 bis 2005 (n=16)

Bei den heranwachsenden Suizidenten handelt es sich um 9 Männer und 7 Frauen (1,3 : 1).

4 dieser Heranwachsenden haben ihren Suizid nach Aktenlage explizit nicht angekündigt, bei 12 von ihnen findet sich hierzu keine Angabe in der Akte.

3 der Suizidenten im Alter von 18 bis 20 Jahren hatten in der Vorgeschichte schon einmal einen Suizidversuch unternommen, 2 von ihnen hatten dies explizit nicht getan. Bei 11 dieser jungen Suizidenten findet sich hierzu keine Angabe.

Die Verteilung der Suizide der Heranwachsenden zeigt Tabelle 2.

Von den 16 Heranwachsenden haben sich 3 im Februar, jeweils 2 im Januar, März (17. + 21.03.) und Dezember (01. + 12.12.), und jeweils 1 in den Monaten April, Mai, Juni (10.06.), Juli, August, September (19.09.) und November das Leben genommen. Im gesamten Berichtszeitraum findet sich kein Suizid dieser Altersgruppe im Oktober.

Somit finden sich, unter ergänzender Berücksichtigung der astronomischen Jahreszeitenanfänge (Anhang, Tabelle 9), 6 Suizide im Winter, 4 Suizide im Frühling sowie jeweils 3 im Sommer und im Herbst.

Bei Betrachtung der Wochentage finden sich 5 Suizide der 18-20-Jährigen an einem Donnerstag, 4 an einem Mittwoch, jeweils 2 an einem Montag, Freitag und Sonntag und 1 an einem Samstag. Im gesamten Berichtszeitraum hat sich kein Heranwachsender an einem Dienstag das Leben genommen.

Von den 18-20-Jährigen haben sich jeweils 4 in der Zeit von 06:00 bis 11:59 Uhr sowie von 12:00 bis 17:59 Uhr und jeweils 3 in der Zeit von 18:00 bis 23:59 Uhr sowie von 00:00 bis 05:59 Uhr selbst getötet. In 2 Fällen ist der Sterbezeitraum unbekannt.

In 4 Fällen (25%) der Suizide von Heranwachsenden wurde eine Sektion sowie eine Untersuchung der BAK durchgeführt. Es fand sich einmal eine BAK von 0,2‰ und dreimal von 0,00‰. Somit kann nur bei einem Heranwachsenden (6,25%) sicher davon ausgegangen werden, dass er die Tat unter geringem Alkoholeinfluss begangen hat.

Alterssuizid

Im gesamten Berichtszeitraum haben sich 365 Menschen im Alter von 60 Jahren oder älter das Leben genommen. Dies entspricht im Mittel einem Anteil von 46,1% an allen Suiziden des Berichtszeitraumes.

Tabelle 3 zeigt im Jahr 2004 den höchsten Anteil von Suizidenten ab 60 Jahren mit 47,7% an allen Suizidenten eines Jahres bei insgesamt nahezu gleichbleibendem

Anteil der Suizide der Menschen ab 60 Jahren an der Gesamtzahl der Suizide in den einzelnen Jahren von im Mittel 46,1% .

	Suizide ab 60 J. (n=365)	Anteil an allen Suiziden in %
2003	122	45,5
2004	136	47,7
2005	107	45,0
gesamt	365	46,1

Tabelle 3: Suizide im Alter ab 60 Jahren in Hamburg von 2003 bis 2005

Insgesamt ergibt sich für das Alter ab 60 Jahren ein Rückgang der Gesamtsuizidrate von 29 Suiziden pro 100.00 Einwohner im Alter ab 60 Jahren im Jahr 2003 auf 25 im Jahr 2005. Bei detaillierter Betrachtung der Geschlechter ergibt sich für Männer ab 60 Jahren ein Rückgang der Suizidrate von 41 pro 100.000 Einwohner dieses Alters und Geschlechts im Jahr 2003 in Hamburg auf 37 dieser Gruppe im Jahr 2005. Bei den Frauen findet sich ein Rückgang der Suizide pro 100.000 Einwohner im Alter ab 60 Jahren von 20 im Jahr 2003 auf 16 im Jahr 2005.

Abbildung 15 zeigt, dass die Suizidzahl der Frauen nur in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen im Jahre 2003 die der Männer der gleichen Altersgruppe übersteigt und im selben Jahr in der Altersgruppe der über 90-Jährigen mit der Zahl der Männer identisch ist. Ansonsten zeigt sich im gesamten Berichtszeitraum eine höhere Suizidzahl der Männer in allen höheren Altersgruppen.

Es zeigt sich eine Verdoppelung der Suizide der Frauen in der Altersgruppe der 60-69-Jährigen von 2003 bis 2005 von 9 auf 18 Suizide bei gleichzeitigem Rückgang der Frauensuizide im Alter von 70-79 Jahren von 16 auf 10 Selbsttötungen um insgesamt 37,5%. Im Alter von 80-89 Jahren zeigt sich ebenfalls insgesamt ein Rückgang der Taten um 44,4% von 18 auf 10 Suizide, wobei sich hier mit 19 Tötungen im Jahr 2004 die maximale Suizidzahl der Frauen des gesamten Berichtszeitraumes findet . Der Rückgang der Frauensuizide im Alter ab 90 Jahren im gleichen Zeitraum von 7 auf 2 vollendete Suizide liegt bei 71,4%.

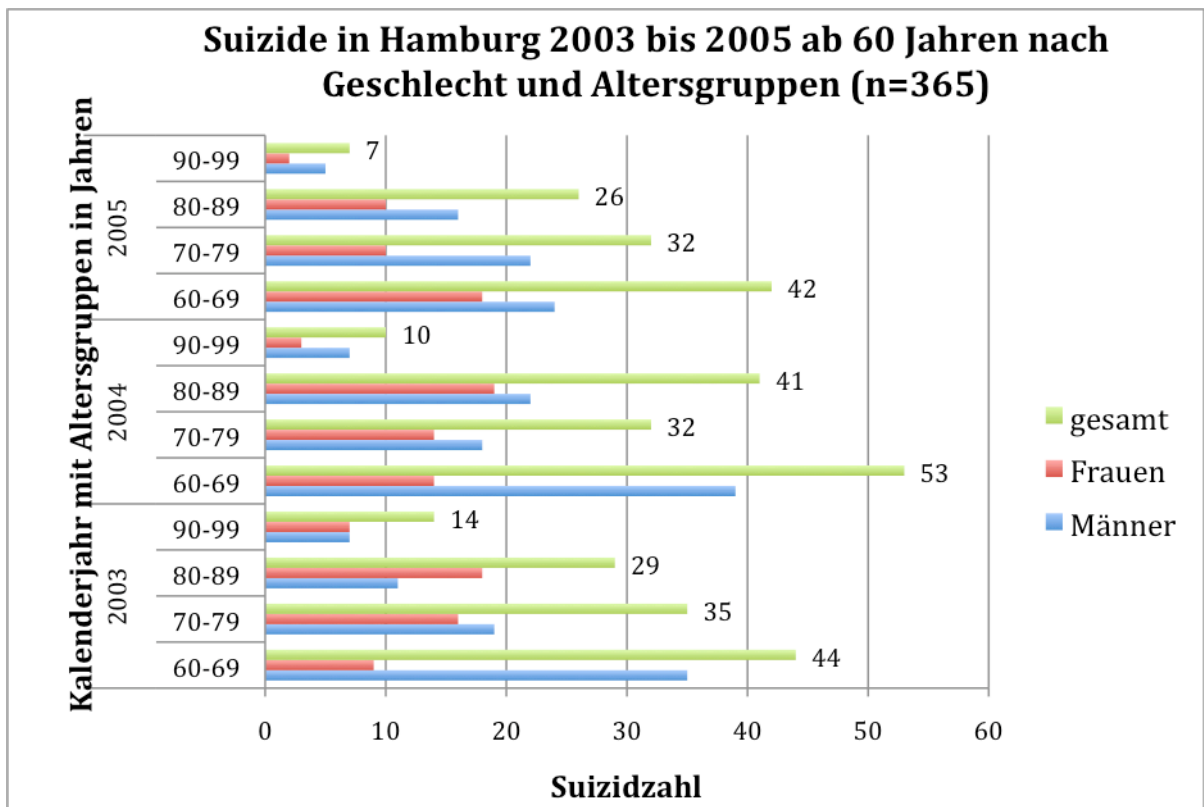


Abbildung 15

Bei den Männern zeigt sich in der Altersgruppe von 60-69 Jahren zunächst ein Anstieg der Suizidzahl von 35 auf ihr absolutes Maximum unter allen Alterssuiziden beider Geschlechter im Berichtszeitraum von 39 um 11% und nachfolgend ein Rückgang der Suizide dieser Gruppe um 38,5% auf 24 Selbsttötungen im Jahre 2005. In der Gruppe der 70-79-jährigen Männer findet sich über den gesamten Berichtszeitraum ein leichter Anstieg der Suizide um 15,8%. In der Gruppe von 80-89 Jahren zeigt sich zunächst eine Verdoppelung der Suizide von 11 auf 22 im Jahre 2004 und nachfolgend ein Rückgang um 27,3% auf 16 Suizide dieser Altersgruppe. In der höchsten Altersgruppe bleibt die Suizidzahl zunächst unverändert und fällt schließlich von 7 auf 5 um 28,6% ab.

Die Menschen ab einem Alter von 60 Jahren, welche die 6 häufigsten Methoden (Abbildung 16) in den Jahren 2003 bis einschließlich 2005 angewandt haben, haben einen Anteil von 89,86% an allen Suizidenten dieser Altersgruppe.

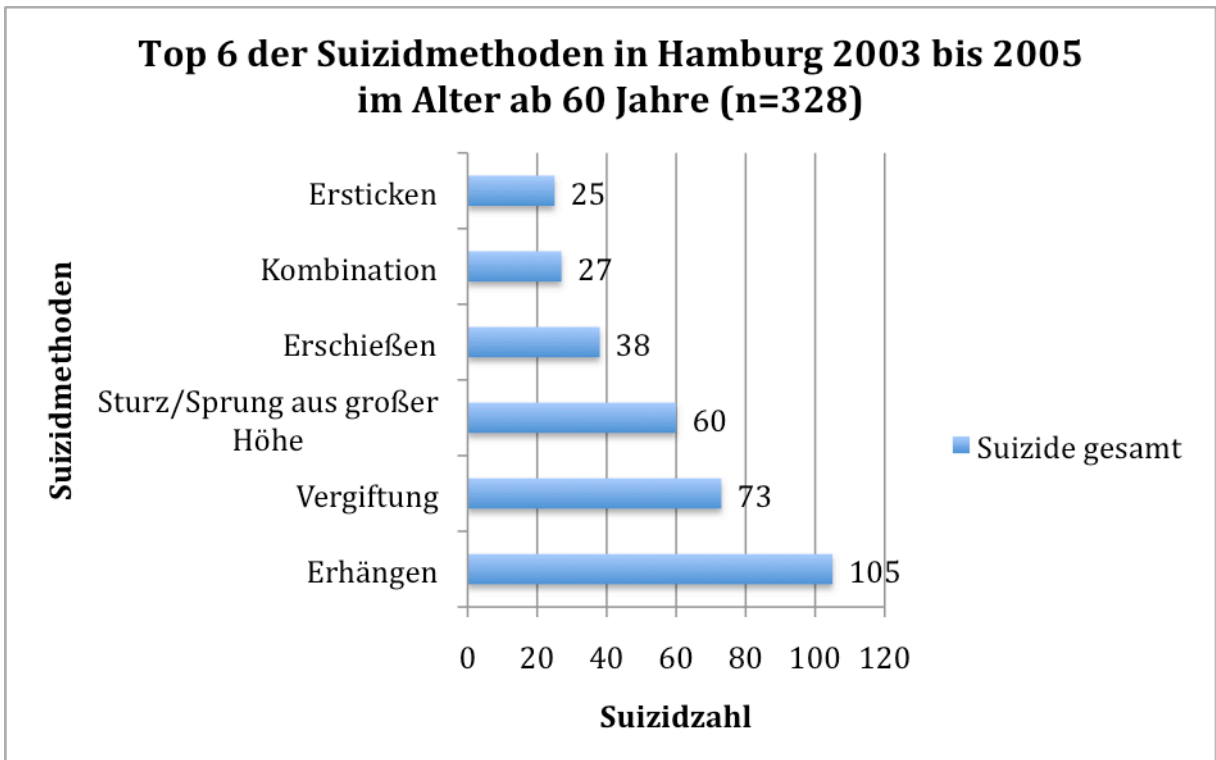


Abbildung 16

Auf Rang 1 findet sich das Erhängen, welches ebenso wie der Sturz/Sprung aus großer Höhe und das Erschießen per definitionem zu den sogenannten harten Suizidmethoden gezählt wird.

Es fällt auf, dass die Hälfte der Top 6-Methoden harte Methoden sind, wobei beim Kombinationssuizid auch harte Methoden mit angewendet worden sein können.

Das Erhängen als häufigste Suizidmethode bei alten Menschen hat einen Anteil von 28,8% an allen Suiziden der Altersgruppe ab 60 Jahren.

Bei getrennter Betrachtung der Geschlechter (Abbildung 17 und 18) zeigt sich, dass bei den Frauen ab 60 Jahren die Vergiftung auf Rang 1 unter den 6 am häufigsten angewandten Suizidmethoden steht, während bei den Männern dieser Altersgruppe das Erhängen auf Rang 1 zu finden ist.

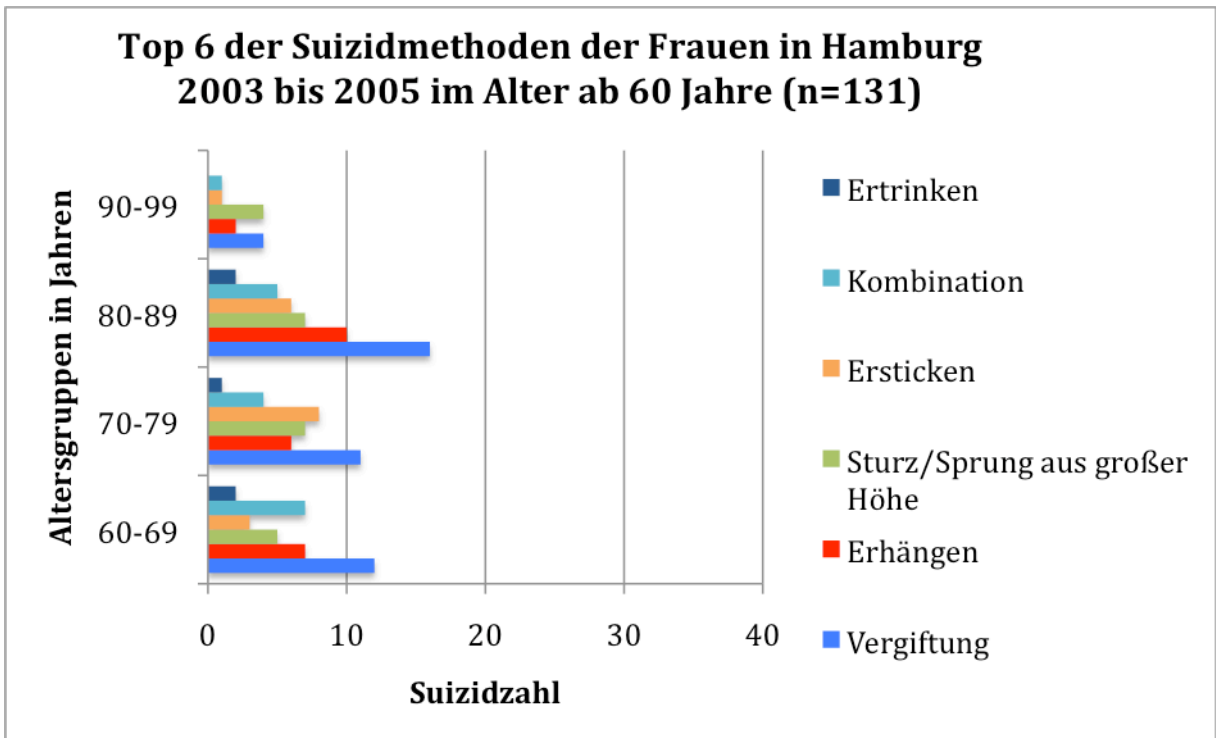


Abbildung 17

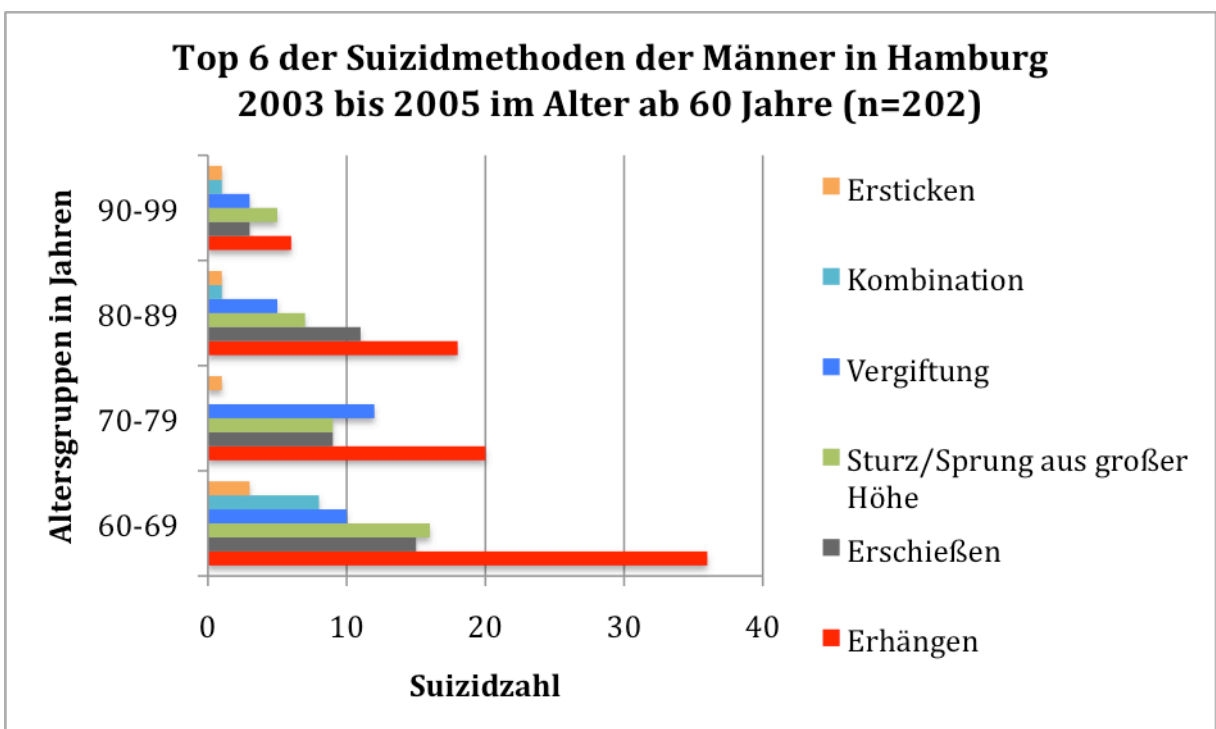


Abbildung 18

Die Methode des Erschießens, bei den Männern ab 60 Jahren auf Rang 2, wird von Frauen insgesamt fast nicht angewandt (In der Untersuchung wurde nur eine Frau im

Alter von 24 Jahren gefunden die sich durch einen Kopfschuss das Leben genommen hat).

Das Ertrinken spielt bei den alten Männern keine Rolle bei der Durchführung eines Suizids und es findet sich auch nicht unter den Top 6 der angewandten Methoden für beide Geschlechter. Lediglich bei den Frauen finden sich Fälle in den Altersgruppen 60-69 (2), 70-79 (1) und 80-89 (2) Jahre in denen die jeweilige Suizidentin durch Ertrinken zu Tode gekommen ist.

Während bei den alten Männern auf den ersten 3 Rängen 3 sogenannte harte Suizidmethoden, sind es bei den Frauen noch 2 harte Methoden.

Nahezu alle Top 6-Methoden finden sich bei beiden Geschlechtern bis in die höchste Altersgruppe.

Bei den Männern ab 60 Jahren hat die Methode des Erhängens ihren Gipfel mit 36 Suiziden in der Gruppe der 60-69-Jährigen. In den höheren Altersgruppen gehen die Suizide durch Erhängen nahezu linear bis auf 6 Suizide nach dieser Methode in der Gruppe der ältesten Männer zurück.

Diese häufigste harte Methode der Frauen hat ihren Gipfel mit 10 Suiziden durch Erhängen in der Altersgruppe von 80 - 89 Jahren. In der Gruppe der 90-99-jährigen Frauen hat sie mit 2 Suiziden ihren niedrigsten Wert im Berichtszeitraum.

Von den gesamten Suizidenten im Alter ab 60 Jahren lebten 210 (57,5%) zum Tatzeitpunkt allein. 132 (36,2%) lebten mit einem Partner zusammen, 12 (3,3%) mit einem Kind oder mehreren Kindern, jeweils 2 mit einem Partner und einem Kind oder mehreren Kindern sowie mit sonstigen Verwandten (jeweils 0,6%) und 1 Suizident lebte mit seinen Eltern oder einem Elternteil zusammen. Bei 5 Suizidenten (1,4%) war das Wohnverhältnis unbekannt.

Bei den alleinlebenden Suizidenten dieser höheren Altersgruppen zeigte sich ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis von 103 Frauen zu 107 Männern. Bei den in

Partnerschaft (mit oder ohne Kind oder Kindern) lebenden zeigt sich jedoch ein Missverhältnis von 23 weiblichen zu 111 männlichen Suizidenten (1 : 4,82).

Unter den 365 Alterssuiziden fanden sich 91 Suizide von alten Menschen (24,9%) bei denen eine chronische somatische Erkrankung bekannt war. Bei weiteren 48 Suiziden (13,2%) litten die Suizidenten an einer malignen Erkrankung und 11 der Suizidopfer ab 60 Jahren waren akut körperlich erkrankt.

Bei 111 Suizidenten ab 60 Jahren (30,4%) war eine psychische Vorerkrankung bekannt. Hierunter waren 52 Frauen und 59 Männer. Von diesen 111 Suizidenten haben sich 58 (52,3%) schon einmal in psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung befunden, jeweils 29 Frauen und Männer. Insgesamt wurde eine solche Behandlung in 63 Fällen von Alterssuizid (18,6%) angegeben, wobei es sich um 32 Frauen und 31 Männer handelte.

51 der alten Menschen (14%) hatten in der Vorgeschichte schon einmal einen Suizidversuch unternommen, wobei auch hier das Verhältnis der Geschlechter mit 26 Frauen und 25 Männern ausgeglichen war.

Brief 2

In meinem Leben habe ich immer vollen Einsatz gebracht, meine Pflichten gegenüber dem Staat und der Gesellschaft erfüllt, ehrlich meine Steuern gezahlt. In die Erziehung meiner Kinder viel Zeit und Liebe investiert, Werte vermittelt. Jetzt am Ende meines Weges möchte ich selbst entscheiden, wann ich von dieser, noch in meiner Kindheit freundlichen Welt Abschied nehme.

(Ausschnitt eines 2 DIN A4-Seiten langen Briefes an den Notarzt)

Du wirst sicher auch verstehen, dass ein stolzer Mensch am Ende kein Bittsteller werden kann. Jeder Mensch muss eines Tages Abschied nehmen von seinen Lieben. Ich denke, dass ich all meine Pflichten erfüllt habe, meine Lieben sollten mich dann auch nach einem langen Leben mit Höhen und Tiefen in Frieden gehen lassen.

Wenn in einer Familie alle lieb und verständnisvoll miteinander umgehen, können alle Probleme gelöst werden. Das Leben kann schön und friedlich sein, nicht nur in der Familie, sondern auch auf der Welt. Die Familie soll immer ein Hort der Ruhe sein, in dem man Kraft schöpfen kann, um die großen und kleinen Herausforderungen des Lebens bewältigen zu können.

(Ausschnitt aus dem Brief an die Tochter, weiblich, 89 Jahre, Tod durch Kombination von Intoxikation und Erfrieren)

Brief 3

So: meine liebe

E.

hoffentlich läßt man uns unsere

Ruhe, ich komme nun endlich

auch zu Dir. Wir zwei

waren immer eine „Eins“

Mein Leben war die letzte

Zeit nur ein Vegetieren

Auf Wiedersehen

(Abschiedsbrief an die bereits verstorbene Ehefrau, männlich, 85 Jahre, Tod durch Erhängen an einem Sessel)

Fallbeispiel 4

Die Ehefrau fand ihren Mann tot in seinem Arbeitszimmer vor der Schlafcouch kniend mit dem Oberkörper auf der Couch liegend vor. Die hinzu gerufene Notärztin konnte nur noch den Tod feststellen. Der neben dem Toten aufgefundene Revolver (Cal. 32) wurde von ihr in der Küche auf dem Tisch abgelegt. Am Leichnam fanden sich 2 Einschusslöcher. Eines im Bereich der Herzgegend und eines im Bereich der rechten Schläfe. Am Hinterkopf oberhalb der Hutkrempe war ein Ausschussloch mit wenigen Blutanhaftungen erkennbar. Das Einschussloch fand sich im Bereich der rechten Schläfe wo auch kreisrunde Schmauchspuren sichtbar waren. Auch der Schuss im linken Brustbereich in Herzhöhe war zweifelsfrei aufgesetzt. Vermutlich hatte sich der Verstorbene zuerst in die Brust geschossen und, nachdem er nicht sofort das Bewusstsein verloren hatte, anschließend in die Schläfe. Die Ehefrau, die zu dieser

Zeit bei überall geschlossenen Türen geschlafen hatte, hatte die Schüsse nicht gehört. Aufgrund der aufgesetzten Schüsse dürften sich die Knallgeräusche nur dumpf entwickelt haben. Der 60-jährige Grafiker litt unter starken Depressionen, weswegen er sich in psychiatrischer Behandlung befunden habe. Am Tag seines Suizids habe er den nächsten Termin zur Vorstellung gehabt. Er sei über viele Jahre hinweg drogenabhängig gewesen und habe sich seit 8 Jahren im Polamidonprogramm befunden. Der Verstorbene hatte keine Waffenbesitzkarte.

Brief 4

Was mir jetzt noch bleibt, ist eine ausgehöhlte Existenz mit der unvermeidbaren Erwartung üblicher Altersgebrechen, deren Wahrnehmung man seiner engsten Umwelt nicht zumuten sollte. Alle Erkenntnisse führten zwangsläufig zum selbstbestimmten Abschied von diesem stetig unzumutbarer werdenden Lebensraum mit seinen nur noch auf den eigenen Mittelpunkt ausgerichteten Bewohnern. Die beste Gelegenheit zu dieser endgültigen Trennung bildet nach jetzt 77 Lebensjahren voll mancher Enttäuschungen der aktuelle 30.Juni.

(Auszug aus dem Abschiedsbrief an die Ehefrau, geschrieben unmittelbar vor dem 77. Geburtstag, männlich, 76 Jahre, Tod durch Vergiftung mit unbekanntem Stoff)

Fallbeispiel 5

Ein 83-jähriger Marcumarpatient wird von seiner Ehefrau (nach ihrer Rückkehr) im Schlafzimmer liegend vorgefunden. Aufgrund ihrer Augenerkrankung kann sie nur feststellen, dass ihm etwas zugestoßen sein muss, weshalb sie sich Hilfe holt. Es stellt sich heraus, dass der Verstorbene sich mit einer Bohrmaschine einen 8 mm Steinbohrer mittig der rechten Kopfseite durch den Schädel 6-7cm in das Gehirn getrieben hatte. Er wird mit der Bohrmaschine im Kopf von den Rettungskräften stark blutend aufgefunden und nach notfallmäßiger Versorgung ins nächste Krankenhaus gebracht, wo er kurz darauf verstirbt.

Fallbeispiel 6

Ein 84-jähriger Mann wird nach einem Suizidversuch durch Erhängen gemäß §12 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) geschlossen in der psychiatrischen Abteilung eines

Hamburger Krankenhauses untergebracht. Bei der Untersuchung kann ein ausgeprägter Verfolgungswahn diagnostiziert werden. Vorerkrankungen sind nicht bekannt und die somatische Untersuchung ergibt bis auf einen leicht reduzierten Allgemeinzustand und eine diskrete Dysarthrie keine auffälligen Befunde. Am vierten Morgen nach der Aufnahme wird der Patient von einer Reinigungskraft leblos quer über seinem Bett liegend aufgefunden. Der Kopf des Mannes befindet sich in einem mit Wasser gefüllten Eimer. Die Ermittlungen ergeben, dass sich der Verstorbene selbst in dem Eimer ertränkt hat.

Suizide durch Sprung von der Köhlbrandbrücke

Seit Übergabe der Köhlbrandbrücke für den Kraftfahrzeugverkehr im September 1974 bis zum 12.04.2009 haben sich 83 Menschen durch Sprung in das Elbwasser oder auf das unter den Auffahrampen befindliche Pflaster das Leben genommen. Darüber hinaus kam es im genannten Zeitraum zu insgesamt 202 beabsichtigten Sprüngen von der Köhlbrandbrücke die nachfolgend als Suizidversuche bezeichnet werden. Somit haben insgesamt 285 Menschen den Tod durch einen Sprung von der Köhlbrandbrücke gesucht.

Die Abbildung 19 zeigt, dass für die Erhebung ab dem ersten Suizid 1976 bis einschließlich 1984 keine detaillierten Daten mehr zu Sprungversuchen und zur Geschlechtsverteilung bei der Wasserschutzpolizei erhalten sind. Es sind 39 Sprünge oder Sprungversuche insgesamt für diesen Zeitabschnitt bei der Wasserschutzpolizei dokumentiert. Nach ergänzender Auswertung von Daten einer älteren Veröffentlichung von Blohm und Püschel (1998) kann abschließend festgehalten werden, dass es bis einschließlich 1997 zu 56 Suiziden und 93 Suizidversuchen gekommen ist. 3 Suizide (ohne Geschlechtsangabe) aus der Dokumentation von Blohm und Püschel (1998) sind in der Statistik der Wasserschutzpolizei nicht zu finden.

Im Zeitraum von 1985 bis zum 12.04.2009 ist es zu 65 Suiziden durch Sprung von der Köhlbrandbrücke gekommen sowie zu 109 Suizidversuchen. Bis auf das Jahr 2000 zeigt sich durchgehend ein Überwiegen der Suizide und der Suizidversuche der Männer gegenüber den Frauen. Während es in diesem Zeitraum in 8 Jahren zu

Frauensuiziden kam, kam es bei den Männern in 21 Jahren zu Suiziden durch Sprung von der Brücke. Lediglich 1987, 1995, 2000 und 2008 sind hier keine Männer in den Tod gesprungen. Es handelt sich zugleich um die einzigen Jahre im Zeitraum von 1985 bis zum 12.04.2009 in denen es zu überhaupt keinen Suiziden im Bereich der Köhlbrandbrücke gekommen ist. Das Gleiche gilt für die Jahre 1979 und 1983 im Zeitraum 1976 bis 1984.

In der Zeit vom 01.01.1985 bis zum 12.04.2009 ist es zu 53 Suiziden von Männern durch Sprung von der Köhlbrandbrücke gekommen und 11 Suiziden von Frauen (Verhältnis Männer : Frauen = 4,8 : 1). Bei den Suizidversuchen kommen auf 88 Versuche der Männer 21 Versuche der Frauen (4,2 : 1).

Seit 1991 wurde bei der Wasserschutzpolizei die Altersverteilung dokumentiert, wobei 114 Fälle in Altersgruppen von 10 Jahren (Abbildung 20) eingeteilt wurden. Bei Analyse der Altersverteilung fällt auf, dass seit 1991 lediglich 3 Betroffene 20 Jahre oder jünger waren und nur 4 älter als 60 Jahre.

Während seit 1991 der Gipfel bei den Frauen mit 5 Suiziden im Alter von 41-50 Jahren liegt, findet sich das Maximum mit 12 Suiziden der Männer in der Altersgruppe von 31-40 Jahren. Ab einem Alter über 50 Jahre finden sich seit 1991 ausschließlich Suizide und Suizidversuche von Männern. Auf 12 Suizidversuche der Frauen kommen in diesem Zeitraum 8 Suizide (1,5 : 1). Auf 57 Suizidversuche der Männer seit 1991 kommen 37 Suizide (1,5 : 1). Das Verhältnis der Suizide der Männer zu denen der Frauen beträgt 4,6 : 1. Das Verhältnis ihrer Suizidversuche zu denen der Frauen beträgt 4,8 : 1.

Nach Angaben der Wasserschutzpolizei haben seit Bestehen der Brücke ein Mann und eine Frau den Sprung in den Köhlbrand überlebt.

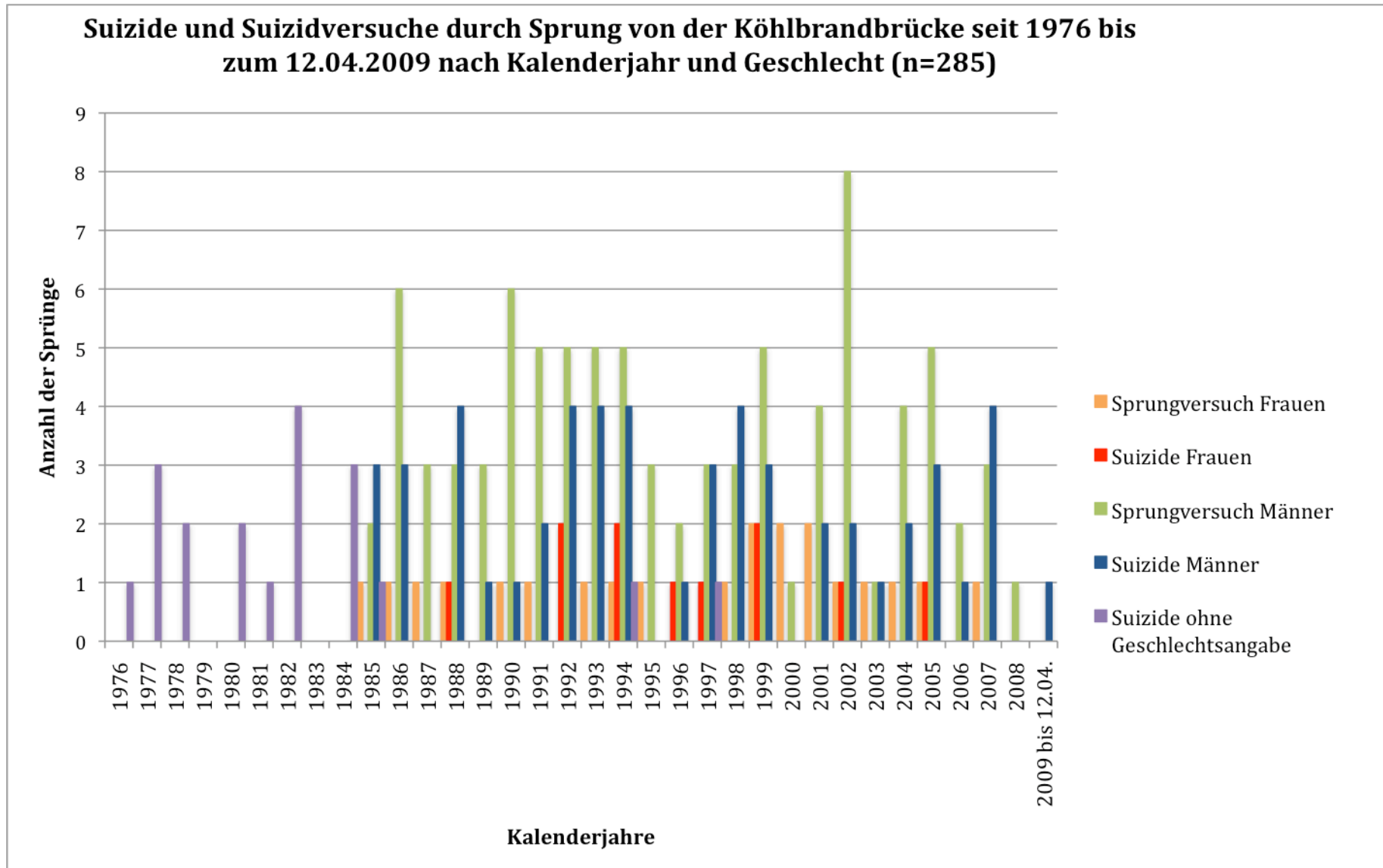


Abbildung 19

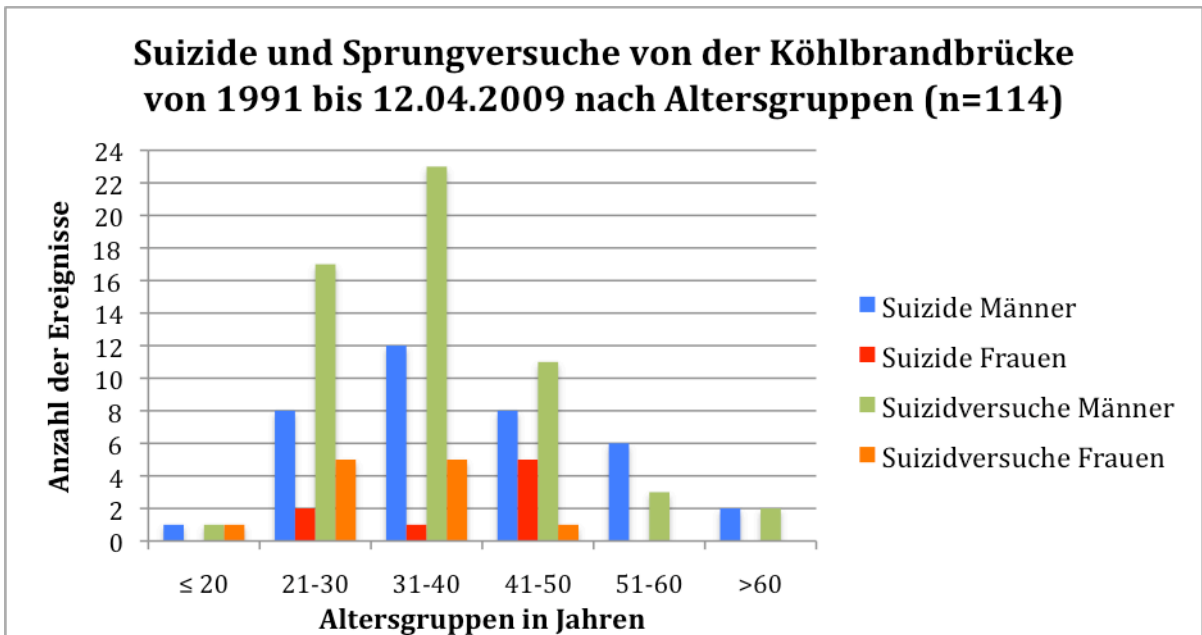


Abbildung 20

Im Rahmen der Erhebung der Suizide in Hamburg für den Zeitraum von 2003 bis einschließlich 2005 findet sich bei den 7 Suizidenten (6 Männer und eine Frau), die von der Köhlbrandbrücke in den Tod gesprungen sind, lediglich eine Sektion eines Mannes. 3 Suizidenten waren in der Altersgruppe von 40-49 Jahren (darunter die Frau), 2 in der Altersgruppe von 30-39 Jahren und jeweils 1 in der Altersgruppe von 50-59 und 60-69 Jahren. Der Suizidzeitpunkt lag bevorzugt in der Zeit von 12:00 bis 17:59 Uhr (4 Suizide), in der Woche lag die Präferenz auf dem Wochenende (5 Suizide, darunter die Frau) und die Suizide wurden bevorzugt im Winter verübt (3). In einem Fall erfolgte der Sprung von einer Auffahrrampe auf das darunter befindliche Pflaster (1 Mann). Der Anteil der Suizide durch Sprung von der Köhlbrandbrücke an allen Suiziden des genannten Zeitraumes lag bei 0,9%.

Über die Sprünge von der Köhlbrandbrücke hinaus ist es im Untersuchungszeitraum zu weiteren 4 Suiziden von Männern durch Sprung von einer über Wasser führende Brücke der Hansestadt gekommen. Davon ist 1 Sprung direkt in einen Kanal in einem Dezember erfolgt. Für die anderen 3 Suizidenten ist jeweils ein Suizid durch Erhängen dokumentiert.

Fallbeispiel 7

37 Jähriger springt an einem späten Samstagabend im Juli 2004 mit einem Abschleppseil um den Hals von einer Alsterbrücke wodurch sein Kopf unvollständig vom Hals getrennt wird. Bei der ersten Leichenschau vor Ort, wird ein starker Alkoholgeruch wahrgenommen, weshalb eine Blutalkoholbestimmung sowie eine toxikologische Untersuchung bei Verdacht auf Drogenkonsum beim Institut für Rechtsmedizin in Auftrag gegeben wird. Ergebnis der Untersuchungen: BAK-Mittelwert 0,73 Promille, 0,71 µg/ml Morphin und Morphinkonjugat, 0,05 µg/ml Benzoylcegonin und 0,05 µg/ml Nordazepam. Es ist davon auszugehen, dass der Verstorbene zum Zeitpunkt seines Todes noch unter dem Einfluss von Morphin stand. Außerdem hatte er vor längerer Zeit das Schlaf- und Beruhigungsmedikament Nordazepam eingenommen oder ein Medikament, das zu Nordazepam abgebaut wird. Ferner hatte er vor längerer Zeit Kokain konsumiert.

Doppelsuizid, Suizid nach Tötung auf Verlangen und erweiterter Suizid

Im Rahmen von 8 versuchten Doppelsuiziden (ohne Tötung auf Verlangen) kam es insgesamt zu 14 Todesfällen im Berichtszeitraum. In jeweils einem Fall im Jahre 2003 und 2005 hat einer der beiden Suizidenten die Tat überlebt, so dass insgesamt 6 vollendete Doppelsuizide und 2 Einzelsuizide resultieren.

Fallbeispiel 8

Ein Ehepaar, er 91 Jahre mit Verschlechterung eines bekannten Nierenzellkarzinoms, sie 88 Jahre mit Arthrose und einem bekannten Herzleiden, versucht im November 2003 in den gemeinsamen Freitod zu gehen. Den gemeinsamen Suizid haben beide bereits lange im Voraus immer wieder angesprochen. Die besorgte Tochter, welche die Eltern zunächst nicht erreichen kann, findet diese schließlich bewusstlos im Schlafzimmer ihrer Wohnung auf und ruft den Notarzt. Hinter der Eingangstür auf einem kleinen Hocker wird ein Abschiedsbrief des Paares gefunden, worin sie den schon vor Jahren gereiften Entschluss, nach gemeinsamem Leben dieses auch gemeinsam zu beenden, nennen. Bei Eintreffen des Notarztes sind beide wieder erwacht und können angeben, dass sie Beloc-Zok®

(Metoprololsuccinat) in einer Stärke von 95 mg eingenommen haben. Der Mann habe 6 Tabletten und seine Frau 15 Tabletten eingenommen. Ferner erwähnen sie ein Schlafmittel, welches jedoch seitens des Notarztes nicht näher bestimmt werden kann. In der darauf folgenden Nacht verstirbt der schon deutlich erkrankte Mann im Krankenhaus. Als Todesursache wird „ungeklärt“ auf dem Totenschein vermerkt. Die Ehefrau überlebt den Freitodversuch.

In den meisten Fällen handelt es sich um den gemeinsamen Suizid von Ehe- oder Lebenspartnern. In einem der Fälle mit einer überlebenden Suizidentin, handelt es sich um zwei befreundete Frauen, wobei unklar bleibt, ob es sich um eine partnerschaftliche Beziehung handelt. In einem anderen Fall nehmen sich Mutter und Tochter gemeinsam das Leben.

Fallbeispiel 9

Im Schlafzimmer einer Wohnung in einem Mehrfamilienhaus werden im Oktober 2004 zwei weibliche Personen leblos aufgefunden. Die Ermittlungen ergeben, dass es sich um eine 69-jährige Frau und ihre 35-jährige Tochter handelt, die einen Doppelsuizid begangen haben. Beide haben ein unbekanntes Medikament in Verbindung mit einer Flasche Cognac eingenommen. Aufgrund der Leichenerscheinungen, ist es wahrscheinlich, dass der Tod der älteren Frau früher eingetreten ist. Es wird kein Abschiedsbrief gefunden. Die Motivlage bleibt unklar.

Bei Betrachtung der Altersgruppen (Abbildung 21) fällt auf, dass männliche Opfer von Doppelsuiziden erst ab der Altersgruppe ab 50 Jahren vorzufinden sind, im Alter von 80 - 89 Jahren jedoch nicht vorkommen. Frauen sind hingegen bereits ab der Altersgruppe ab 30 Jahren Opfer von Doppelsuiziden, kommen jedoch nicht im Alter von 70 - 79 Jahren vor. Zwei Gipfel zeigen sich mit insgesamt jeweils 3 Todesfällen in der Altersgruppe der 60-69-Jährigen, mit einem Überwiegen der Frauen, und in der Altersgruppe der über 90-Jährigen mit einem Überwiegen der Männer.

Abbildung 22 zeigt einen Anstieg der Todesfälle bei Doppelsuizid im Jahre 2004 um 166,7 Prozent sowie einen nachfolgenden Rückgang der Todesfälle im Jahre 2005 um 62,5 Prozent. Die Analyse der Sterbemonate 2004 ergibt jeweils 2 Doppelsuizide

in aufeinanderfolgenden Monaten, nämlich Januar und Februar sowie Oktober und November. Ein genaues Sterbedatum ist nur in einem Fall von Doppelsuizid bekannt.

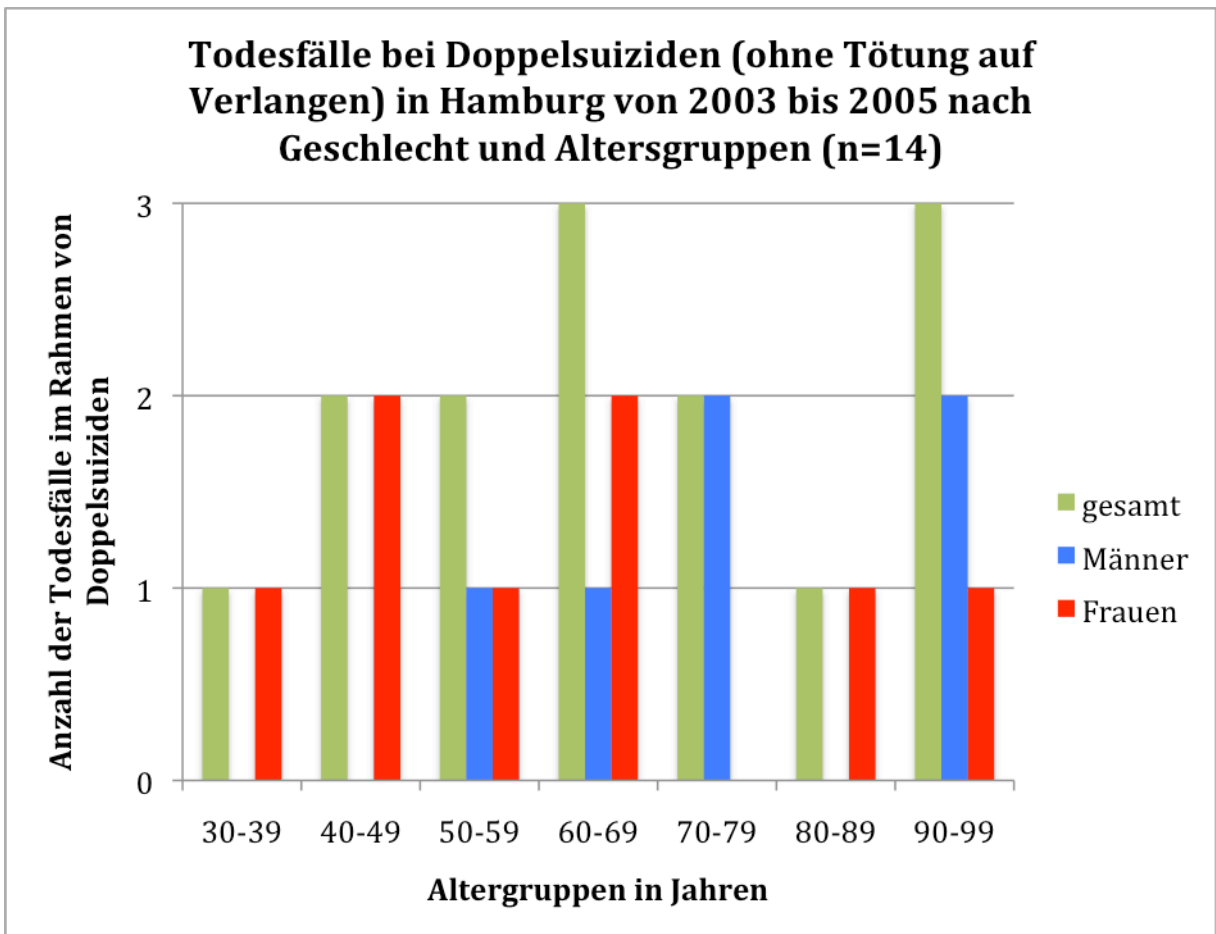


Abbildung 21

Fallbeispiel 10

Eine 55-jährige Hausfrau, geschieden, wahrscheinlich alkoholabhängig mit bekannter chronischer Pankreatitis (anamnestisch fraglich auch maligner Erkrankung) und ein gelernter 74-jähriger Kaufmann, geschieden, mit erheblichen finanziellen Schulden, suizidieren sich gemeinsam zu einem unbekanntem Zeitpunkt während einer Woche im Sommer 2003 im Schlafzimmer einer vor kurzem neu angemieteten Wohnung. Aufgefunden wird das Paar aufgrund der besorgten Nachfrage des Sohnes des Kaufmannes bei der Polizei, weil er den Vater schon seit einigen Tagen nicht mehr habe telefonisch erreichen können und er keine Möglichkeit gefunden habe in die Wohnung zu gelangen. Bei Eintritt in die Wohnung finden sich alle Zimmertüren

verschlossen. Der Verstorbene liegt unbekleidet rücklings linksseitig auf dem Bett im Schlafzimmer, die Verstorbene liegt rechtsseitig dem Verstorbenen zugewandt. Bei beiden findet sich eine voll ausgeprägte Totenstarre. Die Frau zeigt eine ausgeprägte Grünfäulnis im Gesicht, der Mann zeigte starke Grünfäulnis am Unterbauch. Der Suizid erfolgte durch die gemeinsame Einnahme von insgesamt 30 Tabletten MST® (retardiertes Morphinsulfat). Die Dosis ist nicht dokumentiert. Nach Angaben des Sohnes hatten beide seit ungefähr 13 - 15 Jahren zusammengelebt. In den Akten des LKA wird explizit eine umfassende Tagespresse über den Fall vermerkt.

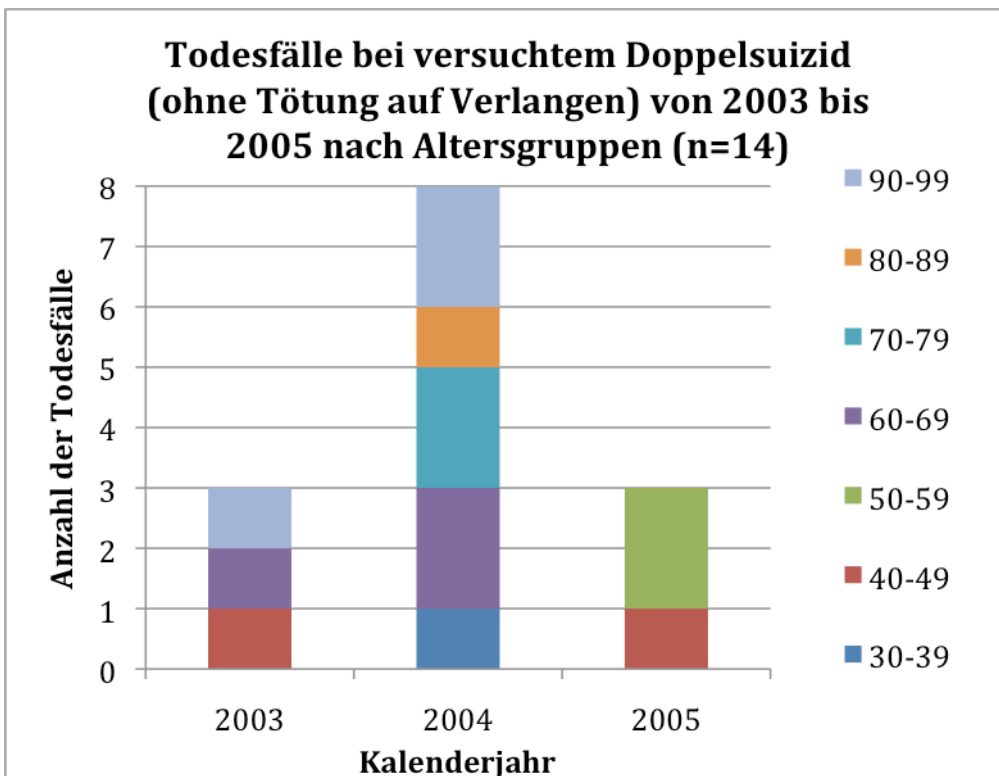


Abbildung 22

Fallbeispiel 11

Ein Ehepaar (sie 80, er 78 Jahre alt, seit etwas über 52,5 Jahren miteinander verheiratet) wird tot im Wohnzimmer der eigenen Wohnung aufgefunden. In der Küche findet sich ein großes Bierglas mit Strohhalm, welches halb mit Wasser sowie mit offensichtlich darin aufgelösten Tabletten gefüllt ist. Im Mülleimer befinden sich diverse leere Tablettenblister vornehmlich von Antihypertonika. Die Leichenerscheinungen deuten auf ein zeitgleiches Ableben hin. Ein Abschiedsbrief kann

nicht gefunden werden. Auf dem Wohnzimmertisch liegt jedoch vorbereitet eine „Letztwillige Verfügung“, wonach die Verstorbenen eine anonyme Beisetzung wünschen, und ein gemeinsames Testament älteren Datums. Ferner sind auf dem Tisch zwei Schlüsseletuis mit Autoschlüsseln und ein Zettel mit Nennung des Standortes des dazugehörigen Fahrzeugs bereitgelegt. Aufgrund der vorgefundenen Situation sowie in Ermangelung von Hinweisen auf Fremdverschulden bestehen keine Zweifel daran, dass sich das Ehepaar gemeinsam durch die Einnahme von Medikamenten das Leben genommen hat.

In 13 der genannten Doppelsuizidmordfälle findet sich eine Intoxikation mit einem oder mehreren Medikamenten als Suizidmethode, zum Teil in Verbindung mit der Einnahme von Alkohol.

Nur in einem Fall, bei dem eine der Suizidentinnen überlebt hatte, führte die Arterienöffnung durch Pulsaderschnitt mit einer Rasierklinge in einer mit (wohl zunächst heißem) Wasser gefüllten Badewanne zum Tod.

In den 3 Jahren des Berichtszeitraumes kam in der Hansestadt zu insgesamt 2 Fällen von Suiziden nach vorausgegangener Tötung der Lebenspartnerin auf Verlangen und 2 erweiterten Suiziden. Alle diese Taten wurden von Männern begangen. 2 davon wurden 2003 und jeweils 1 in den Jahren 2004 und 2005 (erweiterter Suizid) begangen. In keinem der Fälle findet sich ein Vermerk zu einer psychischen Vorerkrankung in der zugehörigen Akte.

Fallbeispiel 12

Ein Ehepaar wird im August 2003 tot in der gemeinsamen Wohnung aufgefunden. Die Ermittlungen und die gerichtliche Sektion ergeben, dass der 68-Jährige zunächst seine 67-jährige Ehefrau stranguliert hatte. Er behängte und belegte sie anschließend mit diversem Schmuck und legte sie mit Unterwäsche bekleidet von den Füßen bis zum Unterleib mit einer Wolldecke zugedeckt auf das Sofa im Wohnzimmer. Bei der Frau waren Totenflecken deutlich zu erkennen, ferner war die Totenstarre bereits eingetreten. Beide Pupillen waren auffallend klein, beide Augen waren auffallend großflächig blutunterlaufen. Punktförmige Einblutungen waren nicht

zu erkennen, auch nicht an Lippen und Mundschleimhaut oder im Gesicht. Es fand sich nur eine Blutabrinns spur aus der Nase über die rechte Wange und über das rechte Ohr. Unter mehreren um den Hals liegenden Ketten waren deutlich dunkelrote Antrocknungen, typische Würngemale zu sehen. Neben leeren Seltersflaschen fand sich eine Tasse mit einem geringen Rest klarer Flüssigkeit und weißer Anhaftung als Bodensatz und weißpulvrigen Rückständen im oberen Randbereich der Tasse sowie eine Frisier tasche mit diversen zum Teil leeren Medikamentenpackungen, darunter Tavor® (Lorazepam) und Haldol® (Haloperidol). Nach Tötung seiner Ehefrau hatte der Mann sich, nach versuchten Pulsaderschnitten beidseits (tiefe Querschnitte), mit einem geknoteten Gürtel an einer Eisenstange zwischen zwei Türzargen erhängt. Der Mann hing an der Stange mit Blick in das Wohnzimmer, seine Füße standen auf dem Boden und er hatte eingeknickte Knie. Im Badezimmer befand sich ein Messer (Brotmesser mit Wellenschliff) und in eine Windel gewickeltes Fleisch. Ferner waren im Badezimmer diverse frische Blutspuren zu erkennen. Bei ihm war noch keine Totenstarre eingetreten und seine Hauttemperatur war deutlich wärmer. Nach Angaben des Sohnes, der Schwiegertochter und des Hausarztes war zuvor im Mai ein Prostatakarzinom bei dem Täter diagnostiziert worden. Seither habe dieser eine massive Wesensänderung, vom fröhlichen, unternehmungslustigen, zum depressiven, suizidgefährdeten Menschen gezeigt. Im Juli sei eine Operation erfolgt, bei weiteren Untersuchungen wurde dann eine Metastasierung des Karzinoms festgestellt. Laut Schwiegertochter, welche einen sehr viel engeren Kontakt als der von ihr getrennt lebende Sohn zu den Verstorbenen hatte, sei seit Jahren der mögliche Tod eines Ehepartners bei den Schwiegereltern ein Diskussionsthema gewesen. Man habe die Fragestellung diskutiert, was derjenige mache, der übrig bleibe. Die Schwiegermutter habe immer gesagt, dass beim Tod des Mannes ihr Leben keinen Sinn mehr machen würde. Beide hätten auch schon 15 Jahre zuvor bestimmt, dass nach dem Tode eine Seebestattung in der Ostsee zu veranlassen sei.

Fallbeispiel 13

Im September 2003 erdrosselt ein 81-Jähriger in der gemeinsamen Wohnung zunächst seine 83-jährige Ehefrau und erhängt sich nachfolgend mit einem Strick. Der Strick ist an einer Schraubzwinge befestigt, die wiederum an einem Hochschrank

angebracht ist. Beide werden einen Tag später in der Wohnung vom gemeinsamen Sohn aufgefunden. Es findet sich ein Abschiedsbrief, aus dem hervorgeht, dass beide Eheleute den Entschluss gefasst hatten, gemeinsam aus dem Leben zu scheiden. Entsprechende Äußerungen hatten sie in den vergangenen Jahren auch wiederholt gegenüber ihrem Sohn gemacht.

Fallbeispiel 14

Ein 16-jähriger Jugendlicher findet im Oktober 2004 seine Großeltern in deren gemeinsamen Schlafzimmer durch Kopfschüsse getötet auf. Die Ermittlungen ergeben, dass der 64-jährige Großvater zunächst seine schwerstkranke und ans Bett gefesselte 62-jährige Ehefrau durch einen Kopfschuss getötet und sich anschließend selbst mit der Waffe gerichtet hatte. Das Motiv wird in der Überforderung des Mannes durch die schwere jahrelang andauernde Krankheit der Ehefrau gesehen.

Darüber hinaus erschoss im Januar 2005 ein 40-jähriger Mann seine Freundin mit einem abgesägten Karabiner und tötete sich anschließend selbst mit einem Kopfschuss.

Abschiedsbriefe und letzte Notizen

Insgesamt finden sich 252 Abschiedsbriefe und letzte Notizen (nachfolgend zusammenfassend als Abschiedsbriefe benannt) von Suizidenten aus den Jahren 2003 bis 2005 in den Handakten der Abteilung für Todesermittlungen des LKA Hamburg. Hiervon sind 162 von Männern und 90 von Frauen geschrieben. Das Verhältnis Männer zu Frauen gleicht sich mit 1,8 : 1 dem Verhältnis der Geschlechtsverteilung unter allen Suizidenten des Berichtszeitraumes von 2 : 1 an. Knapp 32% aller Suizidenten im Berichtszeitraum haben einen Abschiedsbrief hinterlassen.

Die Verteilung der Briefe auf die Altersgruppen der Verfasser (Abbildung 23) ergibt, dass die meisten Abschiedsbriefe (51) von Suizidenten im Alter von 50-59 Jahren geschrieben sind und die wenigsten (2) im Alter von 10-19 Jahren. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Suizidenten im mittleren Lebensalter von 30-59 Jahren die meisten Abschiedsbriefe (122) verfasst haben, dicht gefolgt von den Menschen, die

sich im Alter ab 60 Jahren das Leben genommen haben (113). Der zunächst nahezu gleichbleibende Anteil der Abschiedsbriefe an der Gesamtzahl von gut 13% in den jeweiligen Altersgruppen ab 60 Jahren, fällt ab dem Alter von 90 Jahren auf einen Anteil von knapp 4% zurück. In den jungen Altersgruppen bis zu 29 Jahren findet sich ein Anteil von knapp 7% an allen Briefen.

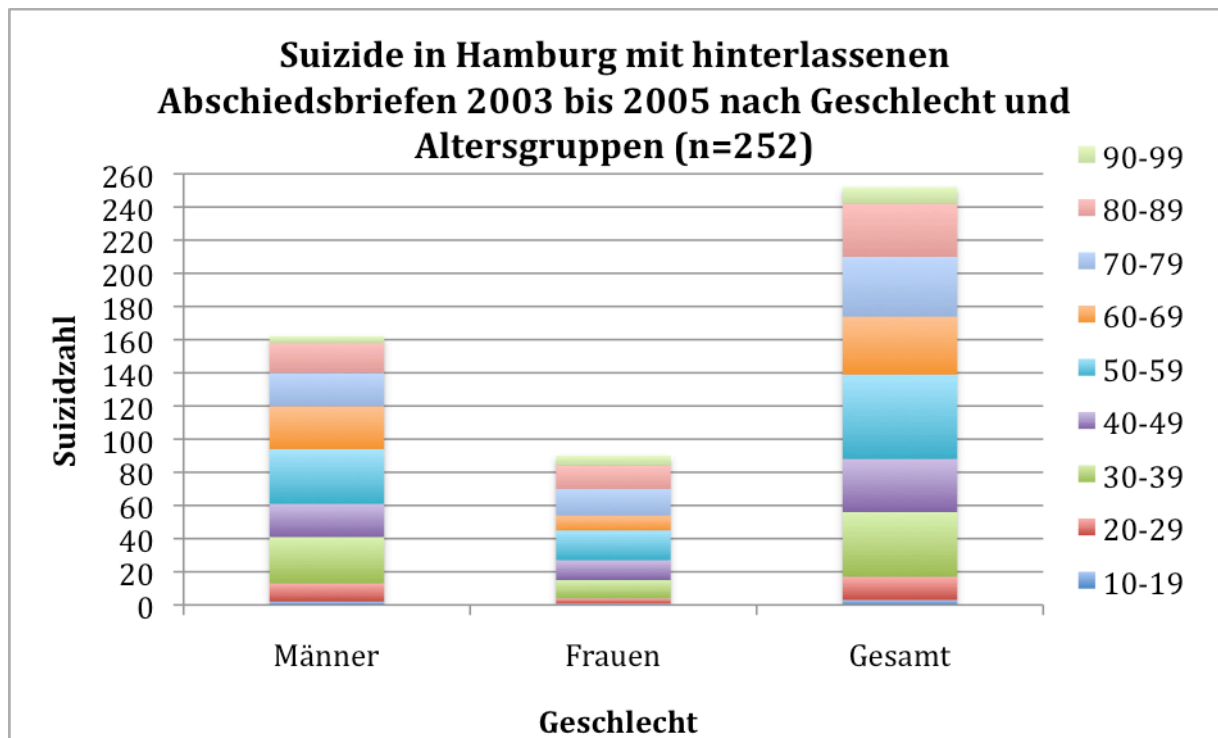


Abbildung 23

Unter den Top 5 der Suizidmethoden von Hinterlassern von Abschiedsbriefen, findet sich auf Rang 1 mit 75 Suiziden die Intoxikation, eng gefolgt von 72 Suiziden durch Erhängen. Mit deutlichem Abstand folgt auf Rang 3 mit 26 Suiziden die Kombination von Methoden. Hier findet sich in 18 Fällen eine Vergiftung als Teil der Kombination, wovon in 8 Fällen das Ersticken mittels einer Plastiktüte über dem Kopf diese Kombination vervollständigt. Mit 24 Suiziden ist der Sturz/Sprung aus großer Höhe auf Rang 4, gefolgt von der Methode des Erschießens bei 18 Suiziden auf Rang 5.

Die Verteilung der Suizide der Verfasser über das jeweilige Jahr ist nahezu ausgeglichen mit einer leichten Bevorzugung der Sommermonate, wobei aber mit

124 fast die Hälfte der Briefautoren an einem unbekanntem Tag zu Tode gekommen ist.

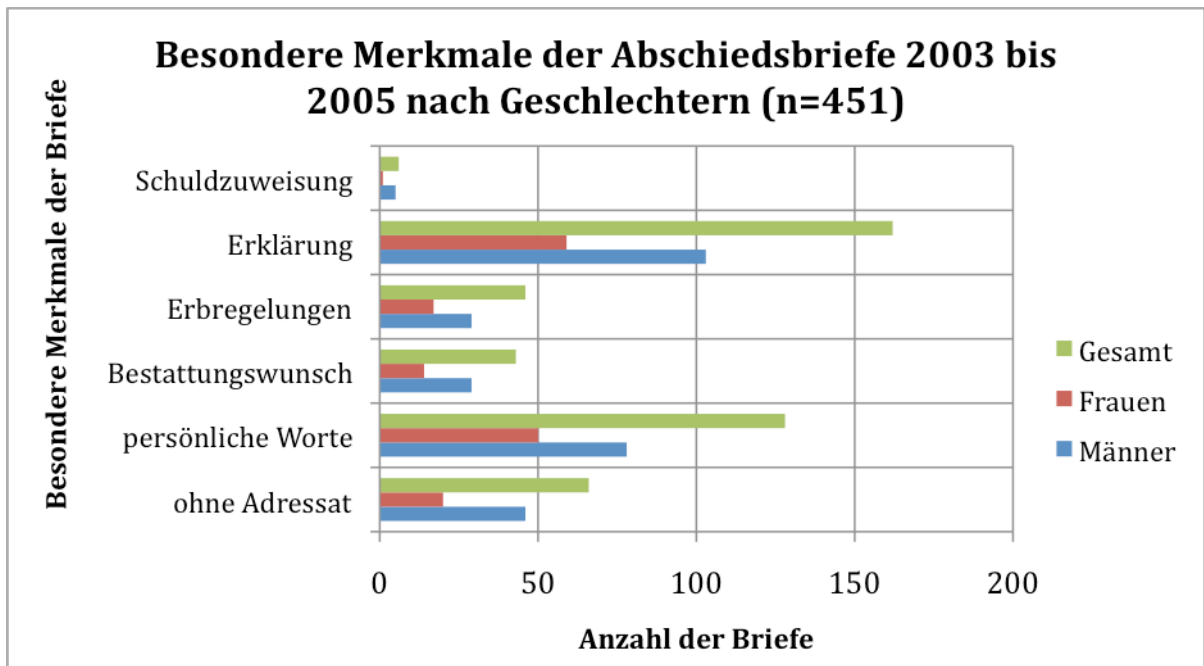


Abbildung 24

In 162 Fällen (64,3%) wurde der verfasste Abschiedsbrief unter anderem zum Versuch einer Erklärung des Suizids genutzt (Abbildung 24). Dies war bei 59 Frauen und 103 Männern der Fall.

Brief 5

*Engel klopfen an meine Tür
 Wie sanfter Regen
 Hab keine Angst
 Ist wie ein Segen
 Werde erlöst
 Von all meinen Qualen
 Irgendwann muß jeder bezahlen
 Soviel Tod und Leid
 Wer wäre da nicht
 Für den Tod bereit
 Hab keine Angst*

*Es geht ganz schnell
Es ist nur kurz dunkel
Aber dann wird es hell*

*Ich betrinke mich grad
Weil ich alles verloren habe
Freundin, Wohnung, Katzen
Ich bin Alkoholiker und habe mein Leben nicht im Griff
Entschuldigung, es ist schon die 2te Flasche, daher ist die
Schrift nicht mehr so gut
Ich war zu stolz, um um Hilfe zu fragen*

(Letzte Zeilen eines Fliesenlegers, dessen Wohnung am Vortag zwangsgeräumt wurde, männlich, 32 Jahre, Tod durch Erhängen in einer Lagerhalle des Arbeitgebers)

Brief 6

Abschiedsbrief und mein letzter Wille

*Ich kann und will so
nicht mehr weiter leben.
Ich kann nicht mehr
schlafen. Ich kann nicht
mehr richtig essen. In
einem Altenheim wollte (ich)
niemals sterben. Meine Rente
reicht nicht für ein gutes
Altenheim. Und in einem
schlechten Altenheim will ich
nicht verrecken. Und diese
Schmerzen halte ich auch (nicht)
mehr aus. Kein Arzt hat mir
richtig geholfen als (es)
mir noch besser ging.
Und diese Wohnung ist
furchtbar gewesen. Seit Jahren*

*funktioniert die Toilette nicht
richtig. Trotz Meldung wurde
nichts gemacht. Es wurde nichts
saniert. Die Toilette lief 2
Mal über, trotz teurer Miete.
Ich möchte bitte anonym
beerdigt (werden) und keinen Pfarrer.
Ich hoffe (auf ein) Leben nach meinem
Tod. Verzeiht mir bitte
(weiblich, 61 Jahre, Tod durch Ertrinken)*

128 Abschiedsbriefe (50,8%) enthielten persönliche Worte, die von 50 Frauen und 78 Männern geäußert wurden.

Brief 7

*Mein Gott habe ich Angst
Warum hilft mir keiner
Hoffentlich geht es schnell. Ich bin
so feige
Ich will immer noch warten
aber mir läuft die Zeit weg
Heute ist so ein schöner Tag. Fast wie in Spanien.
Es war gut Dich noch mal gehört
zu haben. Ich wär so gerne bei Dir
Ich liebe Dich so sehr
Aber ich halte es nicht mehr aus, die Unge-
wissheit was mit mir wird oder sehe ich
alles zu schwarz. ich glaube nicht. ich bin zu
alt um neu anzufangen, und mir fehlt auch die
Kraft
Ich verabschiede mich von Dir in Liebe mein
Schatz
Vergiss mich nicht so schnell*

(Abschiedsbrief an den Lebensgefährten, männlich, 55 Jahre, Tod durch Erhängen in der Dusche)

In 66 dieser Briefe (26,2%) ist kein Adressat im Brief selbst genannt. Inwieweit möglicherweise in einigen dieser Fälle ein Adressat auf einem Umschlag genannt ist, lässt sich nicht sagen, da auch bei Briefen nicht zwangsläufig ein Umschlag am Tatort vorhanden ist und wenn, nicht immer auch der entsprechende Umschlag zum Brief in der Akte vorzufinden oder erwähnt ist. 46 dieser nicht adressierten Briefe waren von Männern und 20 von Frauen geschrieben.

Brief 8

*Ich kann nicht mehr und möchte nicht mehr,
die Kraft geht zu Ende.*

*Gesundheitlich wird es wohl auch nicht besser bei mir,
das haben die letzten Monate ergeben.*

*So möchte ich auswandern zu meiner lieben Frau nach Bergstedt,
sie hat schon Xmal gerufen.....*

Danke für alles

(Abschiedszeilen ohne Adressat, männlich, 77 Jahre, Tod durch Medikamentenvergiftung)

Eine Erbregelung wurde in 46 Abschiedsbriefen (18,3%) von 17 Frauen und 29 Männer niedergeschrieben. Hierbei finden sich 32 Abschiedsbriefe in den Altersgruppen von 20-59 Jahren und 14 Abschiedsbriefe in den Altersgruppen von 60-89 Jahren. In den Briefen der übrigen Altersgruppen finden sich keine Erbregelungen.

In insgesamt 43 Abschiedsbriefen (17,1%) aus dem Berichtszeitraum wird ein detaillierter Bestattungswunsch genannt. Solch ein Wunsch wird in 28 Fällen von Männern und 15 Fällen von Frauen geäußert. Davon wünschen sich 13 Männer und 5 Frauen eine anonyme Beerdigung, wobei 10 dieser Männer und alle 5 Frauen zum Zeitpunkt ihrer Selbsttötung allein lebten.

In 12 Briefen wurde der Finder aufgefordert Wiederbelebungs- oder sonstige Rettungsmaßnahmen zu unterlassen. Bei der Hälfte dieser Briefe fand sich kein Adressat und in einem Brief wurde direkt der Notarzt angeschrieben. In einem Abschiedsbrief wurde darum gebeten bei Misslingen des Suizids mit anschließendem Koma, die "Maschinen" abzustellen.

Brief 9

Wer mich findet...

*Sollte ich wider Erwarten noch leben, dann **bedenke bitte**, dass ich künftig als geistig und evtl. körperlich behindert dahinvegetieren würde, wenn Du mit „hilfst“.*

Bitte tu mir das nicht an!!!

Ansonsten: ich bitte um Verzeihung für den Gestank und Schmutz!

bitte meine Mutter informieren:

(ANMERKUNG: es folgen die Kontaktdaten)

(Abschiedszeilen an die Schlafzimmertür geklebt, weiblich, 38 Jahre, Tod durch Kombination von Medikamenteneinnahme und Pulsaderöffnung)

Brief 10

Dies ist ein Selbstmord

ich habe mich erschossen

weil ich so nicht weiterleben

will. Ich wünsche keine

*eventuellen Wiederbelebungs-
oder Rettungsversuche.*

(Abschiedszeilen, auf dem Nachttisch des Einzelschlafzimmers des verheirateten Ex-Sportschützen aufgefunden, männlich, 67 Jahre, Tod durch Kopfschuss mit illegalem Revolver)

In 6 Briefen (2,4%) fand sich eine klar formulierte Schuldzuweisung im Hinblick auf die nachfolgend durchgeführte Selbsttötung. Hier fanden sich 1 Frau und 5 Männer als Verfasser. Ferner fand sich 1 indirekte Schuldzuweisung in Bezug auf den Suizid

und 2 Schuldzuweisungen in anderer Sache, davon 1 in Verbindung mit Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung einer anderen Person.

Suizid und Vorerkrankung

Aus den Akten des Hamburger Landeskriminalamtes ergibt sich, dass von den gesamten 791 Suizidfällen in der Zeit von 2003 bis einschließlich 2005 in 281 Fällen (35,5%) eine psychische Vorerkrankung des jeweiligen Suizidenten bekannt gewesen ist. Die ist bei 123 Frauen und 158 Männern der Fall gewesen. 43 dieser Frauen (35%) und 26 dieser Männer (16,5%) hatten zuvor bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen. Insgesamt hatten 104 (13,2%) aller Suizidenten des Berichtszeitraumes in der Vorgeschichte bereits mindestens einmal versucht sich das Leben zu nehmen. Von den psychisch erkrankten Suizidenten mit Suizidversuch in der Vorgeschichte haben sich 26 Frauen (60,5%) und 20 Männer (76,9%) zum Tatzeitpunkt oder zu einem anderen Zeitpunkt davor in psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung befunden. Von allen psychisch erkrankten Suizidenten haben sich 170 (60,5%) zum Tatzeitpunkt oder zu einem anderen Zeitpunkt davor in psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung befunden. Darunter finden sich 84 Frauen (49,4%) und 86 Männer (50,6%). Das heißt, dass sich 68,3% der psychisch kranken Frauen und 54,4% der psychisch kranken Männer zum Tatzeitpunkt oder zu einem anderen Zeitpunkt davor in psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung befunden haben. Von allen psychisch erkrankten Suizidenten im Berichtszeitraum haben 43 (15,3%) ihren Suizid im Vorfeld angekündigt, darunter 18 Frauen (41,9%) und 25 Männer (58,1%). Somit haben 14,6 % der psychisch kranken Frauen und 15,8% der psychisch kranken Männer ihren Suizid im Vorfeld angekündigt.

Fallbeispiel 15

Die Notärztin teilt mit, dass die Tochter des Hauses in ihrer Wohnung im Obergeschoss von der Mutter leblos aufgefunden wurde. Die Ärztin konnte nur noch den Tod feststellen. Leichenflecken und Leichenstarre waren bereits vorhanden. Nach Angaben der Eltern soll die Tote in ihrer Vorgeschichte Probleme mit Alkohol gehabt haben. Da auf dem Nachtschrank der Toten eine offene und fast leere Flasche mit 100 Kapseln (nur noch eine Kapsel am Boden der Flasche festklebend) des Medikamentes Distraneurin® (Clomethiazol) stand und des weiteren drei leere

Sektflaschen gefunden wurden, war für die Notärztin ein Suizid nicht auszuschließen. Die Tote wurde in Seitenlage aufgefunden. Sowohl im Gesicht als auch auf dem Bettlaken befand sich Erbrochenes der Toten. Ein Abschiedsbrief wurde nicht gefunden. Es wurde bekannt, dass die Verstorbene bereits im August 2002 einen Suizidversuch mit der Einnahme einer großen Menge Tabletten unternommen hatte. Seinerzeit wurde sie in gleicher Weise von der Mutter im Bett liegend vorgefunden. Nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt sei sie damals bald wieder entlassen worden. Sie habe in der Vergangenheit an einer Entwöhnungskur teilgenommen, in deren Verlauf sie auch psychotherapeutisch betreut worden sei. Als mögliches Motiv für ihre Tat wurde einzig das Alkoholproblem gesehen bei ansonsten intakter Sozialstruktur.

Fallbeispiel 16

I.!

Ich kann nicht mehr.

Habe im Keller

Schluß gemacht.

alles Gute

(Letzte Zeilen eines 63-jährigen manisch-depressiv erkrankten Schlossers, der die Fortführung seiner medikamentösen Behandlung ablehnte, an seine Ehefrau, Tod durch Erhängen im Keller eines Mehrfamilienhauses)

Fallbeispiel 17

Eine 65-jährige, depressive Patientin befindet sich in einer psychosomatischen Klinik in Hamburg in stationärer Behandlung. Der Ehemann kann seine Frau zu einem verabredeten Termin nicht auf der Station antreffen. Ihm wird vom Pflegepersonal mitgeteilt, dass seine Frau eine Therapiesitzung plötzlich vorzeitig verlassen habe und seitdem nicht mehr auf Station gesehen worden sei. Auch am Mittagessen habe sie nicht teilgenommen. Der Ehemann sucht daraufhin die Kellerräume des Klinikgebäudes auf, um nach dem Fahrrad seiner Frau zu schauen. Dort von ihm angetroffene und angesprochene Handwerker, machen ihn auf einen verschlossenen Toilettenraum aufmerksam und helfen ihm schließlich diesen mittels eines Werkzeuges zu öffnen. Dort finden sie die gesuchte Frau leblos und blutverschmiert

in einer großen Blutlache am Boden liegend vor. Neben der Verstorbenen liegt ein blutiges Obstmesser mit dem sie sich selbst die Kehle durchschnitten hatte.

Fallbeispiel 18

Ein 66-jähriger Mann wird tot hinter der Stahltür eines Kellerraumes in einem Mehrfamilienhaus mit Messerstichverletzungen in Leber und näherem Herzbereich mit einem Seil an einem Kellerregal erhängt vorgefunden. Ein Abschiedsbrief kann nicht gefunden werden. Die Ehefrau gibt an, dass der Verstorbene vermehrt depressiv gewesen sei, nachdem zunächst seine erste Ehefrau vor einem Jahr verstorben sei, wenig später seine älteste Tochter und er nun wenige Tage zuvor erfahren habe, dass seine zweite Tochter an Krebs erkrankt sei. Ferner habe es wegen einer Immobilie Erbstreitigkeiten gegeben. Aus diesem Grund habe er sich zuletzt in psychologischer Behandlung befunden.

Fallbeispiel 19

Ein 83-jähriger ehemaliger Polizeibeamter wird von seiner Ehefrau mit einem transparenten Müllbeutel über dem Kopf tot im Keller des Reihenhauses aufgefunden. Später findet das Rettungsteam eine leere Flasche Universalbutangas (65ml), an deren Düse manipuliert worden war. Nach Angaben der Ehefrau habe der Verstorbene schon seit Jahren an Depressionen gelitten und 3 Jahre zuvor schon einmal versucht sich mit einer Plastiktüte zu ersticken. Er sei schwer herzkrank gewesen, habe bereits eine Bypassoperation hinter sich gehabt und habe eine weitere notwendige Operation eines Herzklappenfehlers abgelehnt. Am Vorabend war der Verstorbene notfallmäßig mit 2,5 Promille ins Krankenhaus gekommen, weil er unter dem Alkoholgenuss zusammengebrochen sei. Man habe ihn am gleichen Tag entlassen. Er sei kein Alkoholiker gewesen und habe gewusst, dass er mit seiner Herzmedikation keinen Alkohol vertragen könne.

Fallbeispiel 20

Eine 51-jährige schizophrene Frau begibt sich, aufgrund starker psychotischer Beeinträchtigung, selbständig zur Aufnahme in ein ihr bekanntes Hamburger psychiatrisches Krankenhaus. Noch während sie auf den Aufnahmearzt wartet, geht

sie plötzlich in ein Patientenzimmer nahe dem Wartebereich. Dort geht sie in den Toilettenraum und stopft sich eine große Menge Zellstoff in den Mund- und Rachenraum. Die nach ihrem Auffinden durchgeführten Reanimationsmaßnahmen blieben erfolglos.

Von den insgesamt 791 Suizidenten im Untersuchungszeitraum litten 118 (14,9%) an einer chronischen Erkrankung, darunter 45 Frauen und 73 Männer. Somit litten 17,2% aller weiblichen und 13,8 % aller männlichen Suizidenten im Berichtszeitraum unter einer chronischen Erkrankung. 59 Suizidenten (7,5%) litten an einer malignen Erkrankung, darunter 16 Frauen und 43 Männer. Folglich litten 6,1% aller weiblichen und 8,1% aller männlichen Suizidenten an einer malignen Erkrankung. Bei insgesamt 19 der Suizidopfer (2,4%) ist eine akute Erkrankung zum Tatzeitpunkt dokumentiert, darunter 9 Frauen und 10 Männer. Eine akute Erkrankung lag somit bei 3,4% aller weiblichen und 1,9% aller männlichen Suizidenten vor. Insgesamt zeigt sich, dass 196 Suizidenten (24,8%) zum Tatzeitpunkt an einer körperlichen Erkrankung litten.

Fallbeispiel 21

Der Notarzt zeigte den hinzugekommenen Polizeibeamten eine männliche Person, die auf dem Sofa im Wohnzimmer aufrecht saß. In der linken Brust der Person steckte ein größeres Messer bis zum Griff hineingestoßen. Aus der Wunde war nur wenig Blut ausgetreten. Sichere Todeszeichen waren festzustellen. Die Leichenstarre war bereits eingetreten. Wie sich später herausstellte handelte es sich bei der aufgefundenen Person um den Wohnungsinhaber. Nach Aussage des Sohnes war im Oktober des Vorjahres ein Leberkrebs bei dem Verstorbenen festgestellt worden.

Siehe hierzu auch *Fallbeispiel 8*.

Suizid und Vorankündigung

Aus den Handakten des LKA 417 geht hervor, dass 95 Suizidenten im Berichtszeitraum im Vorfeld ihrer Tat mindestens einmal ihren Suizid angekündigt hatten (12%). Dies war bei 68 Männern (72%) und 27 Frauen (28%) der Fall.

30 dieser Männer lebten allein, 27 mit Partner/-in, 4 mit den Eltern oder einem Elternteil, 3 mit Partner/-in und Kind oder Kindern und 1 mit einem Kind oder Kindern zusammen. Bei 3 der Männer ist das Wohnverhältnis unbekannt. Von den Frauen lebten 22 allein, 3 mit Partner/-in und 2 mit ihrem Kind oder ihren Kindern zusammen. Insgesamt waren somit 52 (54,7%) der Menschen, die ihren Suizid angekündigt hatten, alleinlebend.

Bei 43 der Suizidenten die ihre Selbsttötung angekündigt hatten, war eine psychische Erkrankung im Vorfeld bekannt. Bei weiteren 2 von ihnen konnte nach den Zeugenaussagen mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie ebenfalls psychisch erkrankt waren.

29 von diesen psychisch beeinträchtigten Personen haben sich früher oder zur Tatzeit in psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung befunden (64,4%), darunter auch die beiden Personen bei denen eine psychische Erkrankung vermutet wurde.

In der Vergangenheit hatten 12 der Menschen, die ihren Suizid im Vorfeld angekündigt hatten, bereits einen Suizidversuch unternommen (12,6%). Bei 6 von ihnen war eine psychiatrische oder nervenärztliche Behandlung bekannt (50%).

Chronologie der Suizide

Die Verteilung der Suizide auf die einzelnen Monate (Abbildung 25) ergibt zunächst ein uneinheitliches Bild, welches keine durchgehenden Präferenzen erkennen lässt.

Bei der differenzierten Betrachtung (Abbildung 26) der Verteilung der Suizide auf die einzelnen Jahreszeiten zeigt sich eine durchgehende Häufung der Suizide beider Geschlechter insgesamt im Frühling und im Sommer. Diese bevorzugte jahreszeitliche Verteilung findet sich ebenfalls durchgehend bei den Männern wieder. Bei den Frauen findet sich 2003 neben dem Sommer der Herbst als zweithäufigste Jahreszeit. 2004 ist der Herbst bei den Frauen leicht bevorzugt neben Frühling und Winter, die gleichrangig vorkommen. 2005 findet sich der Winter bei den Frauen auf Rang 1, gefolgt vom Frühling.

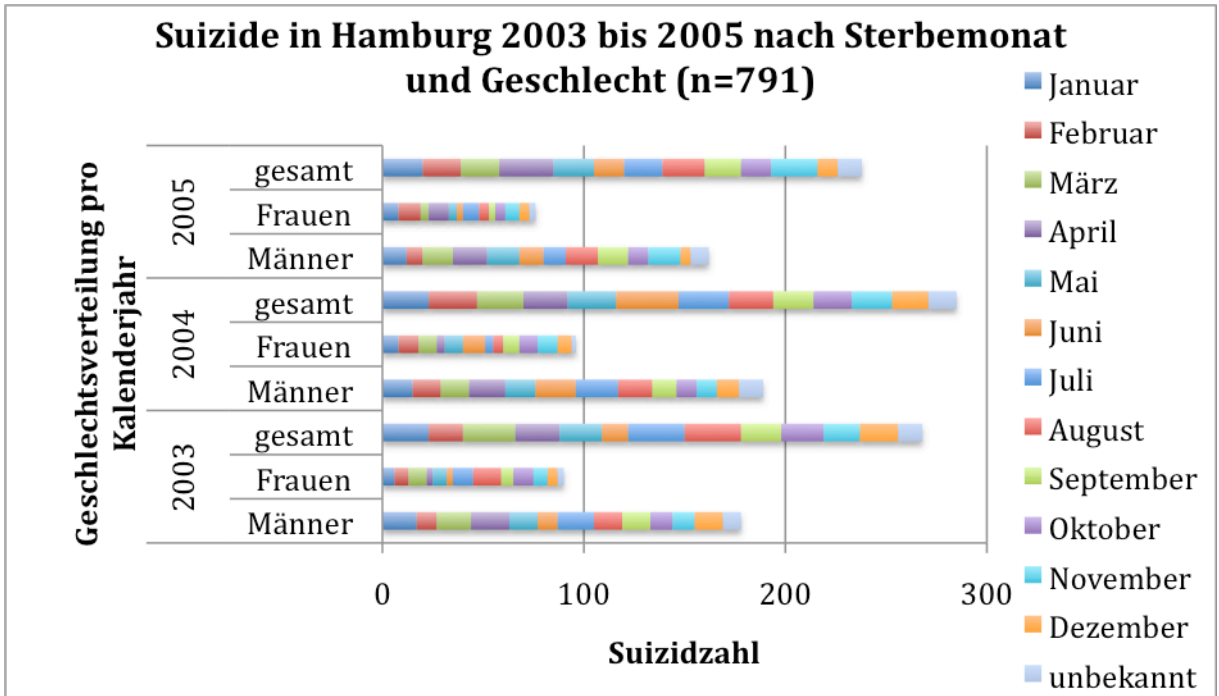


Abbildung 25

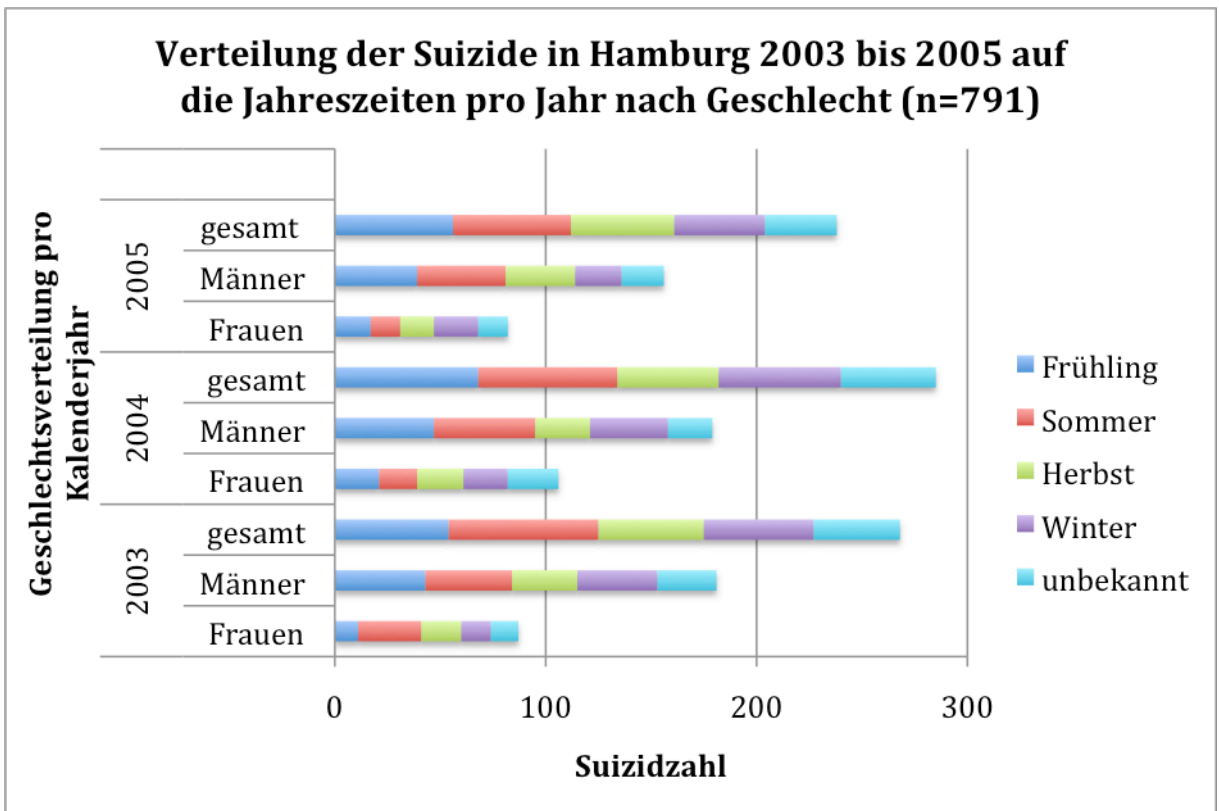


Abbildung 26

Während sich insgesamt die meisten Suizidenten in der Woche und nicht am Wochenende das Leben nehmen (Abbildung 27), zeigt sich im Berichtszeitraum eine Zunahme der Suizide am Sonntag und eine Abnahme am Mittwoch und am Freitag. Auffallend ist ein Wechsel der am häufigsten zum Suizid genutzten Wochentage 2005. Haben die Männer zuvor im Berichtszeitraum am häufigsten einen Mittwoch für ihre Tat gewählt wird 2005 überwiegend ein Sonntag von ihnen bevorzugt. Nachdem sich die Frauen 2003 gleich häufig an einem Montag oder Dienstag das Leben nehmen, 2004 an einem Dienstag, so suizidieren sie sich 2005 am häufigsten an einem Donnerstag. Auffallend hoch ist die Anzahl der Fälle bei denen der Todestag unbekannt ist. Dies ist 2003 bei 39,6%, 2004 bei 42,5% und 2005 bei 37,4% aller Suizide der Fall.

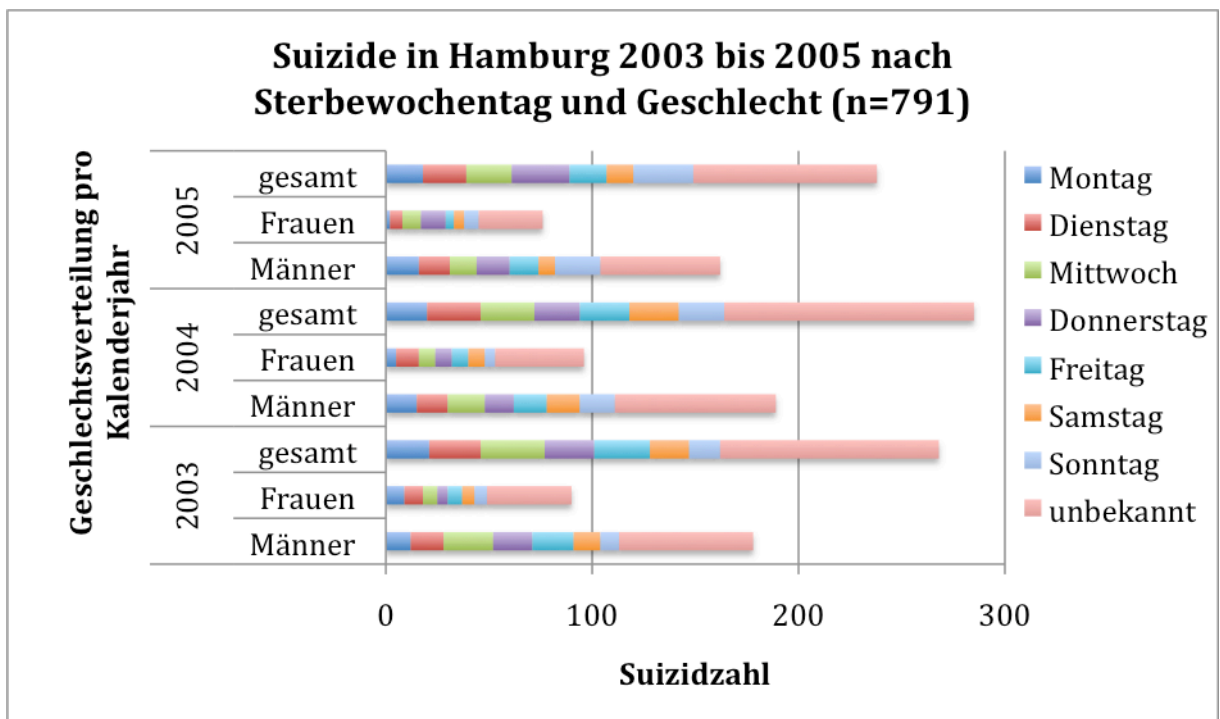


Abbildung 27

Bei der Untersuchung der Tageszeiten (Abbildung 28) zu denen die Betroffenen sich selbst getötet haben, zeigt sich durchgehend im Berichtszeitraum eine Häufung der Taten in der Zeit von 06:00 bis 17:59 Uhr, während die Abend- und insbesondere die Nachtzeiten auffallend weniger genutzt wurden.

Die Anzahl der Fälle bei denen der Zeitraum unbekannt ist, in dem der Suizid vollendet wurde, liegt in den einzelnen Jahren bei jeweils über 50%.

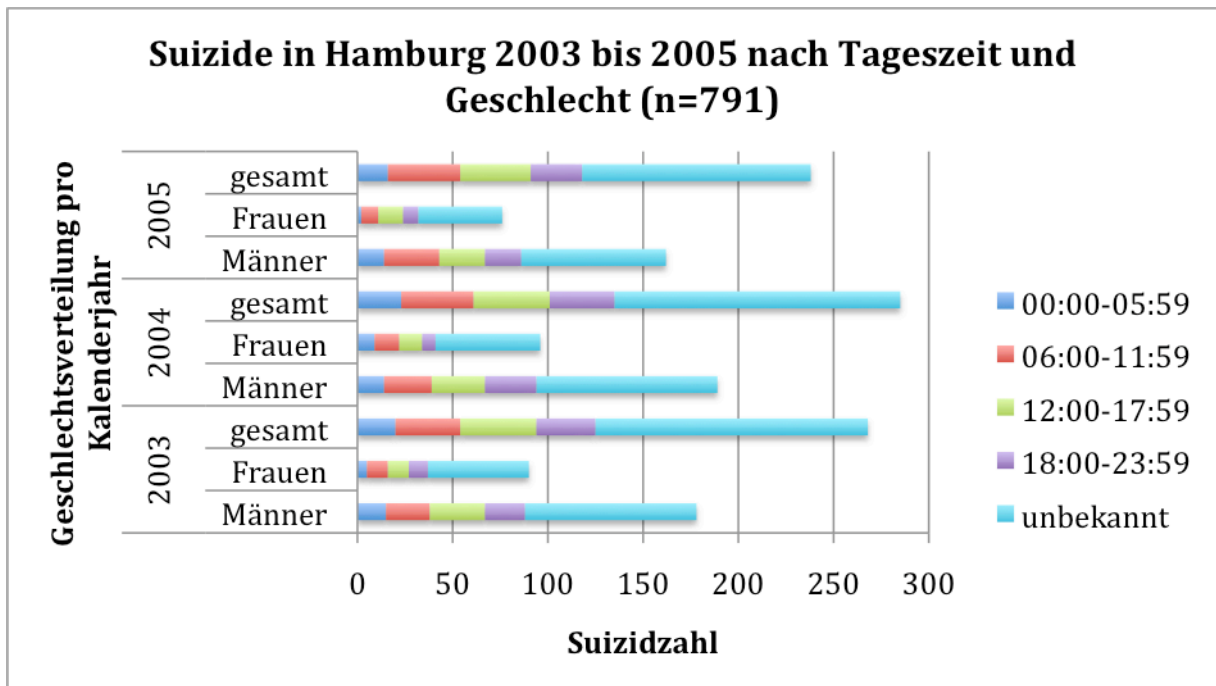


Abbildung 28

Rechtsmediziner am Geschehensort

In 3 von allen 791 Suizidfällen im Berichtszeitraum wurde ein Rechtsmediziner von der Polizei an den Fundort einer Leiche gerufen. In allen 3 Fällen erfolgte, nachdem sich kein Hinweis auf Fremdeinwirkung ergeben hatte, eine äußere Leichenschau am Institut für Rechtsmedizin des Hamburger Universitätskrankenhauses Eppendorf.

Fallbeispiel 22

Die Rettungskräfte wurden vom Sohn der Verstorbenen gerufen. Die 68-Jährige lag auf dem Bett. Sie war mit der Bettdecke bis zum Oberkörper zugedeckt. Eine Mülltüte hat sich über dem Kopf und dem gesamten Oberkörper, bis zum Gesäß glatt heruntergezogen befunden. Die Arme haben sich unter der Mülltüte befunden. Ein Rettungssanitäter hat diese Mülltüte hochgezogen. Darunter befand sich eine weitere Mülltüte über dem Kopf. Diese war am offenen Ende mit einem Klebeband am Hals zugebunden. Der obere Teil war nochmals über den Kopf gezogen. Die Totenstarre

war voll ausgeprägt. Die Totenflecken hatten sich lagegerecht ausgebildet und waren nicht mehr wegdrückbar. Auf dem Wohnzimmertisch lag ein Abschiedsbrief an den Sohn. Die Verstorbene habe an einem Unterleibskrebs gelitten, der Darm sei schon durchgebrochen gewesen und sie habe sich nicht mehr aus dem Haus bewegen können. Auch habe sie ununterbrochen Stuhlgang gehabt. Der Sohn habe gemeinsam mit der Verstorbenen in der Wohnung in einem eigenen Zimmer gelebt. Für seine Mutter hatte er bereits im Internet nach humaner Sterbehilfe recherchiert. Unterlagen hierzu befanden sich auf dem Wohnzimmertisch. Vom hinzugezogenen LKA-Beamten wurde eine Gerichtsmedizinerin zur Unterstützung an den Tatort bestellt. Nach Entfernung des mit dem Klebeband befestigten Müllsacks und äußerer Untersuchung des Kopfes der Verstorbenen, wurde folgendes von der Gerichtsmedizinerin festgehalten: im vorliegenden Fall sei es der Suizidentin sehr wohl möglich gewesen, nach Befestigen des ersten Müllsackes um den Hals mittels Klebeband, sich den anderen Müllsack in beschriebener Form über den Kopf zu stülpen bzw. zu ziehen.

Fallbeispiel 23

Bereits beim Eintreffen der Rettungskräfte und der Polizei (Einsatzort: sozial schwaches Milieu) zeigen sich beim Verstorbenen sichere Todeszeichen (Totenflecken, Totenstarre), weshalb der Notarzwagen zwischenzeitlich vom Rettungswagen abbestellt worden war. Der Verstorbene lag im Wohnzimmer (rechte Seitenlage) auf einer Matratze und war zugedeckt mit einer Bettdecke. Er war vollständig bekleidet mit einer Lederhose und einem Pullover. Die Schuhe hatte er sich nicht ausgezogen. Es waren keine Spuren von Fremdverschulden oder Suizid erkennbar. Die Ehefrau teilte mit, dass sie am Vorabend von der Arbeit gekommen sei und ihren Mann schlafend im Wohnzimmer auf der Matratze vorgefunden habe. Sie gab an, dass er zu diesem Zeitpunkt noch geatmet habe. Sie habe ihm die Wange gestreichelt und ihn schlafen gelassen. Es sei schon mehrfach vorgekommen, dass er am späten Nachmittag seinen „Rausch“ ausgeschlafen habe. Der Verstorbene hatte das Essen in der Küche noch vorbereitet. Die Ehefrau übernachtete im gemeinsamen Schlafzimmer, da sie auf der Matratze keinen Platz mehr hatte. Am Tag des Einsatzes habe sie ihren Mann um 06:30 Uhr unverändert gekleidet und leblos auf der Matratze vorgefunden. Er sei seit 3 Jahren arbeitslos

und Alkoholiker gewesen. Die Wohnung war in einem aufgeräumten Zustand, Bier- oder Schnapsflaschen standen nicht in der Wohnung. Ebenfalls in der Wohnung befand sich der herbeigerufene Freund des Verstorbenen, der angab, dass er am Nachmittag des Vortages beim Verstorbenen zu Besuch gewesen sei, mit diesem 2 Biere getrunken und die Wohnung gegen 16:00 Uhr wieder verlassen habe. Es wurde vom informierten zuständigen LKA der Abtransport des Leichnams in das Institut für Rechtsmedizin angeordnet.

Wenig später teilte der Pförtner des IfR dem Dienststellenleiter mit, dass soeben beim Entkleiden des Leichnams eine Schusswaffe und auch eine Schussverletzung gefunden worden sei. Eine Zeugin des Instituts teilte mit, dass sie beim Entkleiden des Oberkörpers auf der Brust eine Schusswaffe entdeckt habe. Oberhalb der linken Brustwarze habe sie dann eine Einschussöffnung in der Haut festgestellt. Die Schusswaffe habe sie auf dem Brustkorb belassen und einen Gerichtsmediziner informiert.

Es wurde eine kleine schwarze Pistole gefunden, deren Verschlussstück etwas „zurückgefahren“ war. Zwischen diesem und dem Patronenlager war eine Patronenhülse eingeklemmt. Es fanden sich typische Abschürfungen zwischen rechten Daumen und Zeigefinger der rechten Hand. Die Oberbekleidung wies keinerlei Beschädigung auf. Der Schuss muss unterhalb der Oberbekleidung abgefeuert worden sein.

Bei erneuter Rücksprache mit der Ehefrau, sagte diese, dass sie nicht wisse, dass ihr Ehemann eine Schusswaffe besessen habe. Nachfolgend nach Suizidäußerungen befragt, gab die Ehefrau an, dass der Verstorbene seit der Arbeitslosigkeit verstärkt Alkohol getrunken sowie Tabletten eingenommen habe und öfter sehr depressiv gewesen sei. In letzter Zeit habe er schon öfter einmal geäußert, dass er sich umbringen werde. Diesen Äußerungen habe sie aber keine große Bedeutung beigemessen, da er danach meist wieder ziemlich normal gewesen sei. Auch habe sie in der in Frage kommenden Zeit keinen Schuss gehört.

Anteil der Suizide an den Sektionen

Insgesamt kam es im Berichtszeitraum zu 7765 Leichenaufnahmen am Hamburger Institut für Rechtsmedizin. Tabelle 4 zeigt, dass die Sektionen der Suizidenten von einem Anteil von fast 5% an allen vom Institut durchgeführten Sektionen in den

Jahren 2003 und 2004 auf knapp 3% im Jahre 2005 abfallen. Der Anteil aller Sektionen an den Leichenaufnahmen eines Jahres ist von 2003 bis 2005 praktisch unverändert geblieben (im Mittel 48,2 %), auffallend ist aber ein Rückgang der Leichenaufnahmen von 2004 bis 2005 von 4,6% sowie ein Rückgang aller durchgeführten Sektionen in diesem Zeitraum von 8,1%.

Kalenderjahr	Aufnahmen insgesamt	Sektionen	Sektionen von Suizidenten	Anteil an den Sektionen in %
2003	2645	1257	60	4,8
2004	2620	1295	63	4,9
2005	2500	1190	35	2,9

Tabelle 4: Leichenaufnahmen und Sektionen am Institut für Rechtsmedizin in Hamburg

Differenzen

In den Handakten des LKA 4-17 fanden sich insgesamt 791 Todesfälle durch Suizid im Berichtszeitraum. Im sogenannten Tagebuch des LKA 4-17 waren, nach Abzug der nicht in Hamburg verübten Suizide sowie der im Nachhinein nicht als Suizid zu wertenden Todesfälle, 681 Suizide für diesen Zeitraum verzeichnet. Somit lag eine Abweichung von 110 Suiziden entsprechend 13,9% für den gesamten Berichtszeitraum gegenüber den detaillierten Handakten der Abteilung vor. Bei Betrachtung der einzelnen Jahre waren im Tagebuch des LKA 4-17 für 2003 9%, für 2004 21,1% und für 2005 10,9% *weniger* Suizide dokumentiert.

Bei dem Vergleich der erhobenen Suizidzahlen mit den entsprechenden vom Statistikamt-Nord veröffentlichten Zahlen für 2003 bis 2005, fanden sich folgende Abweichungen:

	2003	2004	2005	gesamt
Erhebungsdaten (ED)	268	285	238	791
Daten Statistikamt-Nord	254	271	240	765
Differenz zu ED	-14	-14	2	-26
Abweichung zu ED in Prozent	- 5,2	- 4,9	+ 0,8	- 3,3

Tabelle 5: Differenzen zwischen erhobenen und bereits veröffentlichten Suizidzahlen vom Statistikamt-Nord in Hamburg

Im „Hamburger Suizidbericht 2005“ (Korte 2005) findet sich entsprechend für 2003 eine Suizidrate von 19 (vorliegende Untersuchung 21) je 100.000 Einwohner für die Männer und 7 (vorliegende Untersuchung 10) je 100.000 Einwohner für die Frauen.

Und auch das Statistische Bundesamt zeigt abweichende Zahlen, z.B. für 2007 (Tabelle 6).

2007	Suizidrate gesamt	Suizidrate Männer	Suizidrate Frauen
Erhebung	13,8	18,9	8,8
Bund	11,4	17,4	5

Tabelle 6: Differenzen zwischen erhobenen und bereits veröffentlichten Suizidzahlen vom Bund

Bei den Sterbeziffern für vorsätzliche Selbstschädigung (ICD-10 X60-X84) zeigt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes nach eigener Berechnung (Quelle Statistisches Bundesamt) und standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ Hamburg führend neben Bayern, Bremen und Sachsen in einer Deutschlandübersicht, wobei diese Gruppe nach der Legende eine Sterbeziffer von mindestens 12,5 pro 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) aufweisen soll (obwohl die Suizidrate für Hamburg 2007 vom Statistischem Bundesamt mit 11,4 veröffentlicht wurde). Diese Darstellung ist auch für die vorliegenden Ergebnisse korrekt. In einer entsprechenden Darstellung für die Frauen 2007 findet sich Hamburg (wiederum von der veröffentlichten Suizidrate des statistischen Bundesamtes abweichend) in der Darstellung, als einziges Land mit einer Sterbeziffer von 8,4 bis 9,8, auf Rang 2 nach dem Land Bremen dargestellt. Auch diese Darstellung gibt die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wieder. Hingegen wird Hamburg, bei der entsprechenden Darstellung der Sterbeziffern für die einzelnen Bundesländer, für Männer mit vorsätzlicher Selbstschädigung im Bund 2007 der Gruppe mit Sterbeziffern von 15,5 bis 18,7 zugeordnet. Dies entspräche zwar der veröffentlichten Suizidrate des Statistischen Bundesamtes, bildet aber nicht die aktuell erhobene Suizidrate für Männer in Hamburg 2007 von 18,9 ab. Hiernach belegt Hamburg erneut, neben Bayern und Sachsen, einen Spitzenplatz in der Bundesrepublik.

Diskussion

In Hamburg ist die **Suizidrate** (Suizide pro 100.000 Einwohner) von 2003 bis 2007 um 9% von 15,2 auf 13,8 zurückgegangen.

Steffen (2000) zeigt in seiner Arbeit, dass im Untersuchungszeitraum von 1985 bis 1999 die Hamburger Suizidrate weiter zurückgegangen ist bis auf ihren Tiefstwert von 16,8 1999. Er gibt eine durchschnittliche Suizidrate von 23,1 für seinen Beobachtungszeitraum an. In der vorliegenden Untersuchung findet sich die niedrigste Suizidrate im Jahr 2006 mit 12,4 und die höchste im Jahr 2004 mit 16,4. Somit setzt sich der Rückgang der Hamburger Suizidrate nicht mehr so ausgeprägt fort wie noch in den achtziger und neunziger Jahren. Insgesamt ist eine Stabilisierung der Suizidrate um $14,3 \pm 0,7$ im Zeitraum von 2003 bis 2007 eingetreten. Bei den Männern ergibt sich für den gleichen Zeitraum im Mittel eine Suizidrate von $19,4 \pm 1,2$ und für die Frauen $9,5 \pm 0,4$.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Suizidrate der Bundesrepublik seit ihrem Höhepunkt 1977 und besonders deutlich ab Mitte der achtziger Jahre stetig gesunken und hat sich in den letzten Jahren tendenziell stabilisiert. Für diese Entwicklung sind vermutlich vor allem demographische Veränderungen in Deutschland, besonders hinsichtlich der Altersstruktur der Gesellschaft verantwortlich. Die Verbesserung in der Gesundheitsfürsorge und eine Verschiebung von Suiziden in die Erhebung zu anderen Todesursachen, insbesondere Drogentode, Verkehrsunfälle und unklare Todesursachen werden zudem als mögliche Gründe diskutiert (Fiedler 2007).

Die World Health Organization (WHO) nennt im Internet (2009) Suizidraten für Deutschland im Jahr 2004. Danach lag die Gesamtsuizidrate pro 100.000 Einwohner in der Bundesrepublik 2004 bei 13,0. Bei den Männern wird für das gleiche Jahr ein Wert von 19,7 und für die Frauen von 6,6 angegeben. Somit liegt die Hamburger Suizidrate der Männer 2004 mit 22,4 um 13,7% über der von der WHO für die Männer im Bund angegebenen Rate. Bei den Frauen übersteigt die Hamburger Suizidrate 2004 von 10,8 die entsprechende Rate der Bundesrepublik (laut WHO) sogar um 63,6%(!).

Im „Hamburger Suizidbericht 2005“ nennt Korte (2005) für das Jahr 2003 Suizidraten, die von den aktuell erhobenen abweichen. Dies ist sicher im Zusammenhang mit den bereits im Ergebnisteil genannten Differenzen der Suizidzahlen im Vergleich mit dem Statistikamt Nord zu sehen. Es macht aber noch einmal die Schwierigkeit deutlich, einheitlich verlässliche Daten für die Suizidforschung zu erhalten. Denn Korte kommt beispielsweise so, aufgrund eigener Berechnungen unter Verwendung der Daten des statistischen Bundesamtes, zu dem Schluss, dass Hamburg 2003 im Hinblick auf suizidierte Männer keinen Spitzenplatz in der Suizidstatistik der Bundesländer mehr einnimmt, es vielmehr nur noch drei Bundesländer gäbe, die günstigere Zahlen vorweisen. Lediglich bei den Frauen mit Rang 2 in der Statistik würde Hamburg hiernach noch einen Spitzenplatz belegen. Nach den vorliegenden Daten belegt Hamburg in der Suizidstatistik der Männer im Bund 2003 Rang 4, gemeinsam mit Schleswig-Holstein und Bremen, hinter Sachsen (Rang 1), Thüringen und Brandenburg. In der Suizidstatistik der Frauen im Bund 2003 belegt Hamburg nach den vorliegenden Daten sogar wieder den absoluten Spitzenplatz vor Bremen.

Bei den Sterbeziffern für vorsätzliche Selbstschädigung (ICD-10 X60-X84) zeigt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2007) nach eigener Berechnung (Quelle Statistisches Bundesamt) und standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ wird Hamburg führend neben Bayern, Bremen und Sachsen in einer Deutschlandübersicht dargestellt, was auch den Ergebnisse der vorliegenden entspricht. In einer entsprechenden Darstellung für die Frauen 2007 nimmt Hamburg Rang 2 nach dem Land Bremen ein. Auch diese Darstellung gibt die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wieder. Hingegen wird Hamburg, bei der entsprechenden Darstellung der Sterbeziffern für die einzelnen Bundesländer, für Männer mit vorsätzlicher Selbstschädigung im Bund 2007 der Gruppe mit Sterbeziffern von 15,5 bis 18,7 zugeordnet. Dies bildet nicht die aktuell erhobene Suizidrate für Männer in Hamburg 2007 von 18,9 ab. Hiernach belegt Hamburg erneut, neben Bayern und Sachsen, einen Spitzenplatz in der Bundesrepublik.

Die Abweichungen der erhobenen Suizidzahlen im Vergleich zu den im genannten Tagebuch des LKA 4-17 gefundenen Zahlen können durch eine sichere Beurteilung

einer Todesart als Suizid erst mit Abschluss der Todesermittlung und vergessenem Nachtrag entstanden sein. Es ist aber auch denkbar, dass durch ein erhöhtes Aufkommen von Todesfällen an einzelnen Tagen die Einordnung des Todesfalles in die Kategorie Suizid versäumt wurde. Erwähnung findet diese Abweichung, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Datenerhebungen zum Thema Suizid in Hamburg sich auf dieses Tagebuch beziehen könnten. Bei einer im vorliegenden Fall nicht unerheblichen Abweichung von bis zu 20,1% im Jahre 2004 könnte damit der Rückgang der Suizide in der Hansestadt fälschlich höher beurteilt werden.

In Bezug auf die Abweichung der erhobenen Suizidzahlen von den behördlich veröffentlichten für den gleichen Zeitraum, ist zum einen eine mangelnde Dokumentation auf den zugrundeliegenden Totenscheinen zu vermuten. Andererseits lässt sich auch eine Tendenz in einzelnen Institutionen (z.B. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen o.ä.) Suizide nicht zu benennen, nicht ausschließen.

Die zwei im Jahre 2005 beim Statistikamt-Nord zusätzlich erfassten Suizidfälle, ließen sich durch Fälle erklären, die mit Abschluss der Ermittlungen nicht mehr, wie ursprünglich, als Suizide gewertet worden sind. Es ist aber auch denkbar, dass Fälle seinerzeit nicht dem LKA 4-17 zur Todesermittlung gemeldet wurden. Ein Fehlen der Handakten in den zugehörigen Ordnern ist auszuschließen, da eine Unterbrechung der fortlaufenden Nummerierung aufgefallen wäre.

In dem Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder sagen Brand und Bardehle (2003) zurecht, dass die Validität (*der Todesursachenstatistik*) die Weiterleitung einer Todesbescheinigung an das zuständige Einwohnermeldeamt voraussetzt, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommune und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Ferner berichten sie, dass Informationen über die Zahl der Todesfälle und die Todesursachen in der Bundesrepublik aufgrund der sorgfältig geführten Bevölkerungsstatistik und den zentralen Kodierungen in der Todesursachenstatistik in den Statistischen Landesämtern als sehr zuverlässig gelten. Nach den vorliegenden Ergebnissen hinsichtlich der genannten abweichenden Zahlen in den

einzelnen Statistiken, werden mögliche Fehlerquellen bei der (außerbehördlichen) Erstdokumentation der Daten, wie oben dargestellt, von Brand und Bardehlen außer Acht gelassen.

Vennemann et al. (2006) haben mit ihrer Untersuchung basierend auf Todesbescheinigungen von 5 Gemeinden in Nordrhein-Westfalen aus den Jahren 2002 bis 2004 eine Unterschätzung der dortigen Suizidrate von im Mittel 11% ermittelt. Zurecht weisen sie darauf hin, dass die Unterschätzung der Suizidraten Auswirkungen auf die Evaluation von Interventionen zur Suizidprophylaxe auf Gemeindeebene, aber auch auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse ausüben kann. Zur Minderung systematischer Fehler der Datendokumentation, welche zumeist zu einer Unterschätzung der Suizidrate führen, sind bereits einige Forschungsgruppen dazu übergegangen behördliche Todesursachenstatistiken mit einem Teil der Todesfälle aus unklarer Genese zu ergänzen (Hawton et al. 2006).

Während Zimmermann et. al. (2005) das Erhängen als häufigste angewandte Methode bei Suiziden von **Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden** finden, kann in der vorliegenden Untersuchung eine deutliche Bevorzugung des Sturzes/Sprunges aus großer Höhe vor dem Erhängen bei den Jugendlichen (5:1) festgestellt werden (im Fall des Kindersuizids handelt es sich um Erhängen). Bei den Heranwachsenden gibt es keinen Unterschied in der Häufigkeit der Anwendung beider genannter Methoden, die sich gleichrangig auf Rang 1 finden. Es muss jedoch die mit einem Kindersuizid und 7 Suiziden von Jugendlichen sowie 16 Suiziden von Heranwachsenden geringe Fallzahl berücksichtigt werden.

Bei der Methodenwahl findet sich insgesamt sowohl bei den minderjährigen als auch bei den heranwachsenden Suizidenten eine Bevorzugung sogenannter „harter“ Methoden. Dieses Ergebnis stimmt mit der vorhandenen Literatur überein. Bochnik (1962, zit. n. Schmitt, Mundt 1991), der erstmals in der deutschen Literatur die Differenzierung zwischen harten und weichen Suizidmethoden vornahm, zählt zu den harten Methoden Schuss, Stich, Schnitt, Erhängen, Sturz aus großer Höhe. Es sind solche Methoden, die laut Pohlmeier (1983) oftmals schnell zum Tode führen. Zu den

weichen Methoden zählen Vergiftungen aller Art. Diese Art des Freitodes ist selten mit Schmerzen verbunden. Die harten Methoden sind nach Möslers et al. (1988) gekennzeichnet durch eine Unkorrigierbarkeit nach Handlungsbeginn, während die weichen Methoden noch ein Auffinden oder Umentscheiden ermöglichen.

Nur bei 50% der Fälle von Suiziden Minderjähriger ließ sich der Sterbezeitraum näher bestimmen, wobei sich eine Bevorzugung der Abendstunden zeigt. Bei der Verteilung über die Woche zeigt sich eine Bevorzugung der Wochenmitte, wobei bei 3 Minderjährigen das Sterbedatum unbekannt ist. Hinsichtlich der Jahreszeit zeigt sich bei den Minderjährigen eine Präferenz im Winter. Bei Untersuchung der Tageszeiträume in denen sich die Heranwachsenden getötet haben, zeigt sich, abzüglich 2 Fälle mit unbekanntem Sterbezeitraum, eine nahezu gleichmäßige Verteilung mit leichter Bevorzugung der Tageszeit von 06:00 bis 17:59 Uhr. Bei den Wochentagen findet sich ebenfalls eine Bevorzugung der Wochenmitte und bei den Jahreszeiten liegt die Präferenz ebenfalls im Winter.

Schmidt et al. (1998) finden bei ihrer Untersuchung von 11 Suiziden von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden im Zeitraum von 1992 bis 1996 am Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn bezüglich der Suizidzeitpunkte eine gewisse Bevorzugung der Mittags- und frühen Abendstunden, des Wochenanfangs und der Wochenmitte sowie der Frühsommermonate. Ferner berichten sie in ihrer Arbeit von einem Überwiegen des weiblichen Geschlechts, was nicht mit den vorliegenden Daten übereinstimmt, die sich diesbezüglich unter anderem mit den Ergebnissen von Dankwarth und Püschel (1991a), Nissen (1993) und Steinhausen (1993) decken. Wenn alle Suizide von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden zusammen betrachtet werden, findet sich in der aktuellen Untersuchung ein Verhältnis von 16 männlichen Suizidenten zu 8 weiblichen. Somit nehmen sich doppelt so viele Jungen und Männer wie Mädchen und Frauen im Alter bis 20 Jahren das Leben. In der Gruppe der Heranwachsenden findet sich jedoch eine nahezu ausgeglichene Geschlechtsverteilung.

Schmidtke et al. (2000) postulieren für die Zukunft ansteigende Zahlen der **Alterssuizide** aufgrund der steigenden Absolutzahlen älterer Menschen in der Bevölkerung. Sie machen deutlich, dass das Faktum, dass seit den 70er Jahren die Suizidraten in Deutschland langsam sinken nichts an der Tatsache ändert, dass insgesamt ein höherer Anteil älterer und alter Suizidenten zu verzeichnen ist und verweisen auf das sogenannte 'ungarischen Muster'. Dieses bildet die mit dem Alter signifikante Zunahme der Suizidrate bei beiden Geschlechtern ab.

1993 wurden 25% bis 30% der gesamten Suizide in der BRD von über 65-Jährigen begangen, so Stech (1994), obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung nur 15% betrug (während der Suizid von 65-Jährigen bis zu den über 75-Jährigen von 34 auf 38 Personen pro 100.000 Einwohner stieg und der Anteil der Jüngeren durchschnittlich 20,6 Personen pro 100.000 ausmachte).

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) gibt in ihrer Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland" (2006) an, dass durchschnittlich alle 2 Stunden ein alter Mensch in Deutschland durch Suizid stirbt. Neueren Berichten zufolge beträgt der Anteil der über 60-jährigen Suizidenten ca. 40% aller Suizidenten, während ihr Anteil an der Bevölkerung nur etwa 24 % beträgt.

Steffen (2000) erwähnt in seiner Arbeit über das Hamburger Suizidgeschehen von 1985 bis 1999, dass die Zahlen für Hamburg seit 1937 einen Rückgang auch im Suizidgeschehen des höheren Alters erkennen lassen. Er nennt einen durchschnittlichen Anteil der Suizidenten ab 60 Jahren am Gesamtsuizidgeschehen von 1985 bis 1999 von 40%. In der vorliegenden Arbeit ergibt sich ein Anteil der Alterssuizide ab 60 Jahren an allen Suiziden von im Mittel 46,1 %. Somit ist der durchschnittliche Anteil der Alterssuizide an allen Suiziden gestiegen bei einem Rückgang der durchschnittlichen Suizidzahl pro Kalenderjahr von 287 (vgl. Steffen 2000 für den Zeitraum 1985 bis 1999) auf 264 pro Jahr im Untersuchungszeitraum 2003 bis 2005 bzw. 250 pro Jahr im Zeitraum 2003 bis 2007.

Die Suizidrate der Menschen ab 60 Jahren ist im Zeitraum von 2003 bis 2005 um 13,8% von 29 auf 25 Suizide pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe zurückgegangen. Bei den Männern ab 60 Jahren findet sich im Berichtszeitraum ein Rückgang um 9,8% von 41 auf 37 Suizide pro 100.000 Einwohner dieser Gruppe und bei den Frauen zeigt sich ein Rückgang der Suizidrate im genannten Zeitraum um 20% von 20 auf 16 Suizide pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen die auch im Alter höhere Suizidrate der Männer gegenüber den Frauen was in einem deutlich erniedrigten Bevölkerungsanteil der Männer im höheren Lebensalter, insbesondere in der Altersgruppe ab 90 Jahren begründet liegt.

Insgesamt ergibt sich von 2003 bis 2005 ein Rückgang der Suizide jeweils pro 100.000 Einwohner der betrachteten Altersgruppe ab 90 Jahren von 51,1 Prozent. Diese Abnahme der Suizidrate ergibt sich aus einem Rückgang der Suizidrate bei den Frauen dieser Altersgruppe um insgesamt 71,2 Prozent sowie aus einer Verringerung der Rate der Männer in der entsprechenden Altersgruppe um 34,6 Prozent jeweils im gesamten Berichtszeitraum. Auffallend ist die Verdoppelung der Suizidrate der Frauen in der Altersgruppe 60-69 Jahre auf 17 Suizide pro 100.000 Einwohner im genannten Zeitraum, während die Suizidrate der Männer dieser Altersgruppe sich in diesem Zeitraum um 29,4% auf 24 verringert hat. Unterdessen ist die Suizidrate der Frauen in der Altersgruppe 70-79 Jahre um 38,1% auf 13 Suizide pro 100.000 Einwohner zurückgegangen und die der Männer in dieser Gruppe leicht um 7,9% auf 41 angestiegen. In der Altersgruppe 80-89 Jahre ist die Suizidrate der Männer im Untersuchungszeitraum auf 80 Suizide pro 100.000 Einwohner um 37,9% angestiegen und die der Frauen auf 21 um 46,1% gesunken.

Die Einwohnerzahlen der verschiedenen Altersgruppen blieben im Berichtszeitraum nahezu unverändert. Der Bevölkerungsanteil der Menschen ab 60 Jahren hat sich im Untersuchungszeitraum von 2003 mit 24,16% bis 2005 mit 24,06% ebenso kaum verändert.

Leider lassen sich in der Literatur keine Suizidraten für die Alterssuizide in Hamburg finden, die mit den Ergebnissen dieser Untersuchung direkt verglichen werden können. Dies liegt zum einen an jeweils unterschiedlichen Einteilungen der Altersgruppe z.B. < 60 Jahre, 60-74 Jahre und ab 75 Jahre (Steffen 2000) oder 60-70, 70-80 und >80 Jahre (Moskalez 2003), wobei die Zahlen dann häufig nicht genannt werden, so dass nur versucht werden kann, diese aus den dazugehörigen Grafiken abzulesen, ebenso bei einer ansonsten grundsätzlich vergleichbaren Altersgruppeneinteilung, wenn auch in 5-Jahresgruppen, bei Korte (2005). Zum anderen werden Gesamtsuizidraten für unterschiedlich lange Untersuchungszeiträume angegeben, beispielsweise für 5 Jahre, 6 Jahre, 10 Jahre, und 15 Jahre. Bisweilen werden in Studien Suizidraten für alte Menschen explizit genannt, für die dann aber kein Untersuchungszeitraum angegeben wird. Darüber hinaus sind, wie bereits erwähnt, abweichende Zahlen für gleiche Jahre bei unterschiedlichen Quellen der Erhebungen mit dieser Arbeit bekannt. Das gleiche gilt auch für veröffentlichte Suizidraten verschiedener Altersgruppen anderer Bundesländer.

So bleibt zu sagen, dass die Gesamtsuizidrate der Menschen im Alter ab 60 Jahren (Suizide pro 100.000 Einwohner dieses Alters) 2005 in Hamburg um gut das 2,5-fache über der Gesamtsuizidrate der Menschen im Alter unter 60 Jahren liegt (25,3 : 9,8). Bezogen auf die Männer ergibt sich für 2005 eine um das 2,7-fache höhere Suizidrate der Männer ab 60 Jahren gegenüber den Männern unter 60 Jahren (37,3 : 13,8). Bei den Frauen ab 60 Jahren liegt die Suizidrate 2005 in Hamburg um das 3-fache über der Suizidrate der Frauen unter 60 Jahren im gleichen Jahr (16,5 : 5,5).

Besondere Beachtung verdient die Verdoppelung der Suizidrate der Frauen in der Altersgruppe von 60-69 Jahren auf 17 pro 100.000 Einwohner dieser Gruppe im Zeitraum von 2003 bis 2005. Auch die im gleichen Zeitraum angestiegene Suizidrate der Männer in der Altersgruppe von 80-89 Jahren um 37,9% auf 80 Suizide pro 100.000 Einwohner dieser Gruppe sollte weiter beobachtet werden.

Nach den Ergebnissen der Untersuchung erscheint es angebracht die Hamburger Suizidraten zukünftig in Abstimmung mit den zuständigen Behörden für gleiche Altersgruppen zu erheben, zu dokumentieren sowie zu veröffentlichen. Bei

gleichzeitiger Betrachtung der bereits genannten Problematik im Zusammenhang mit möglichen Fehlerquellen bei der Erhebung von Suizidzahlen, liegt es nahe in der Hansestadt den Grundstein für eine einheitliche Datenerhebung in der Suizidforschung zu legen, der auch für eine einheitliche bundesweite Vorgehensweise als Basis dienen könnte. In diesem Zusammenhang sollte auch die Diskussion einer Erweiterung der Todesbescheinigungen um den Punkt „Suizid/-verdacht“ im Abschnitt Art des Todes gestattet werden. Bezogen auf die künftigen Erhebungen des Institutes für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wäre eine spezielle Datenbank für die Suizidforschung mit einheitlicher Datenmaske in Erwägung zu ziehen. Diese könnte als Basis individueller Studien deren Vergleichbarkeit in Hinblick auf entsprechend zu diskutierender und festzulegender relevanter Kategorien und Items erheblich erleichtern und somit auch die Generierung neuer Arbeitshypothesen fördern.

Eine Verschiebung der Suizidmethoden im Alter hin zu den harten Methoden, wird vor allem den weiblichen Suizidenten von Grüneberg (1977), Trube-Becker (1986) und De Leo und Diekstra (1993) zugeschrieben.

Bei den Suizidenten ab 60 Jahren wird im Untersuchungszeitraum insgesamt am häufigsten die Methode des Erhängens für den Suizid gewählt, gefolgt von der Vergiftung auf Rang 2 und dem Sturz/Sprung aus großer Höhe auf Rang 3. Das Erhängen hat einen Anteil von 28,77% an allen Suiziden der genannten Altersgruppe in diesem Zeitraum. Bei Männern ab 60 Jahren ist ebenfalls das Erhängen die häufigste angewandte Suizidmethode im Beobachtungszeitraum. Sie hat ihren Gipfel mit 36 Suiziden in der Altersgruppe von 60-69 Jahren. Auf Rang 2 folgt bei den Männern im Alter das Erschießen. Bei den Frauen ab 60 Jahren wird in dieser Zeit die Vergiftung als häufigste Methode für die Selbsttötung gefunden, die ebenso wie das Erhängen auf Rang 2 ihren Gipfel (16 Suizide) in der Altersgruppe von 80-89 Jahren zeigt (Erhängen 10 Suizide).

Dankwarth und Püschel (1991b) untersuchten am Institut für Rechtsmedizin der Universität Essen den Zehnjahreszeitraum von 1980 bis 1989 insbesondere im Hinblick auf die Alterssuizide. Bei Männern im Senium fanden sie die gleichen

Suizidmethoden wie bei den Jüngeren, wobei der Tod durch Erschießen dabei etwas häufiger als das Ertrinken war. Unter den Frauen spielte das Erschießen keine Rolle. Sie kommen zu dem Schluss, dass in unserer technokratischen und leistungsorientierten Gesellschaft der abrupte Verlust beruflicher Aufgaben und Positionen mit dem Rentenalter besonders ins Gewicht fällt, da familiäre Strukturen mit Integration der älteren Menschen häufig fehlen. Somit fehlen ihrer Meinung nach auch wichtige Voraussetzungen, präsuizidale Krisen zu erkennen und wirksam zu intervenieren.

Durkheim (1983) bezeichnet Integration und Halt in einer Gruppe als ausgesprochen wichtig. Er stellt einen Zusammenhang zwischen Suiziden und der sozialen Struktur der Umwelt dar und beschreibt den Selbstmord als Folge von Isolation von persönlichen und gesellschaftlichen Beziehungen.

Mit 57,5% sind über die Hälfte der Suizidenten im Alter ab 60 Jahren im Zeitraum von 2003 bis 2005 alleinlebend. Das Geschlechtsverhältnis ist bei diesen Suizidopfern mit 103 Frauen zu 107 Männern nahezu ausgeglichen. Bei den in einer Partnerschaft lebenden Suizidenten dieser Altersgruppe findet sich jedoch im Berichtszeitraum ein Missverhältnis von Frauen zu Männern (1 : 4,8). Unter Berücksichtigung dieser Zahlen erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass das Zusammenleben in einer Partnerschaft für Frauen ab 60 Jahren zumindest im Hinblick auf die Vollendung eines Suizides protektiv wirkt. Leider erlauben die vorliegenden Zahlen eine solche Annahme nicht im Hinblick auf weibliche Suizidalität zu formulieren, da hierfür noch keine gesicherten Daten vorliegen.

Erwähnt werden müssen noch die sogenannten „stillen Suizide“, durch bewusstes Weniger-Essen, Anders-Essen (z.B. bei Diabetes und Herzkrankheiten), Nachlassen des Trinkens, Einnahme von zu viel oder zu wenig Medikamenten. Die Art der „stillen Suizide“ ist gewöhnlich eher bei älteren und alten Menschen zu beobachten. Oft aber werden diese Arten der bewussten Suizide gar nicht festgestellt und fallen daher aus der offiziellen Statistik heraus. Weitere stille Suizide, die auch „larvierte Suizide“ genannt werden, sind bei alten Menschen z.B. Treppenstürze und mit Altersschwäche begründete, plötzliche, unklare, natürliche Todesursachen, wie

Herzversagen nach längeren Beschwerden. Zudem gibt es, laut Hirzel-Wille (2002), auch bei Verkehrsunfällen alter Menschen, die gegen Hindernisse prallen oder Geisterfahrten unternehmen, Vermutungen, dass hinter einigen dieser Taten auch ein Sterbewunsch steckt – auch wenn diese Fälle in der Minderheit sind. Weitere Namen für stille Suizide sind der „passive“, „chronische“ und „indirekt autodestruktive“ Suizid sowie der „protrahierte Suizid“. Vor allem in Heimen, so Hirzel-Wille (2002), sind diese Formen zu beobachten, wenn Menschen selbstschädigend auf ihren Körper einwirken, sodass dieser eine verkürzte Lebenserwartung hat, da der Übergang in eine Institution und Abhängigkeit nicht akzeptiert wird.

Die **Köhlbrandbrücke** ist ein imposantes Bauwerk, welches das Bild des Hamburger Hafens prägt. Es handelt sich um eine Schrägseilbrückenkonstruktion mit einer Gesamtlänge von 3940 Metern und einer Gesamtbreite von 17,6 Metern. Auf der Brücke gibt es jeweils 2 Fahrspuren pro Richtung, die durch eine Mittelleitplanke getrennt sind. Die rechten Fahrbahnen werden jeweils zur Außenkante der Brücke hin mit einer weiteren Leitplanke abgegrenzt. Der sich beidseits hieran anschließende Betriebsgang ist lediglich für die Nutzung durch Betriebs- oder Wartungspersonal freigegeben. Die Köhlbrandbrücke ist nur für den Kraftfahrzeugverkehr zugelassen, Fußgänger und Radfahrer dürfen sie nicht benutzen. Das Halten oder Parken auf der Brücke ist nicht gestattet. Kästner (2001) schreibt in seiner Facharbeit im Fach Polizei über Suizide von der Hamburger Köhlbrandbrücke, dass die Einhaltung des ausgeschilderten Verbots gegen die Benutzung der Brücke durch Fußgänger oder Radfahrer von installierten Videokameras überwacht wird. Diese Kameras überwachen die Zufahrtsrampen zu beiden Seiten sowie den Scheitelpunkt der Brücke mit dem Ziel unter anderem auch sprungwillige suizidale Personen rechtzeitig zu erkennen und sie am Besteigen der Brücke zu hindern. Die lichte Durchfahrtshöhe, das heißt der Abstand zwischen Fahrbahn und Wasseroberfläche beträgt unterhalb des Scheitelpunktes 53 Meter über Normalnull. Die Bilder der Videokameras werden am Zolldurchlass Waltershof überwacht, der sich an der westlichen Zufahrt der Brücke befindet. Von dort aus erfolgt im Bedarfsfall eine telefonische Meldung an das Wasserschutzpolizei-

kommissariat 2, welches umgehend einen Streifenwagen zur Brücke entsendet. Auch ein von dem, in unmittelbarer Nähe der westlichen Zufahrt befindlichen, Kommissariat 1 der Wasserschutzpolizei entsendeter Streifenwagen kann im Ernstfall in wenigen Minuten den Scheitelpunkt der Brücke erreichen.

Trotz der geschilderten Sicherungsmaßnahmen ist seit Bestehen der Brücke 83 Menschen der Sprung in den Tod gelungen. Bei der deutlich höheren Zahl von 202 Menschen konnte der Sprung jedoch, sowohl durch die genannten Maßnahmen als auch durch eine Vielzahl ineinander greifender Maßnahmen, die mit dem Erreichen der sprungwilligen Person auf der Brücke durch einen Beamten einsetzen, verhindert werden. Kästner (2001) schildert in seiner Arbeit sehr detailliert, wie sich neben der notwendigen Kontaktaufnahme zum Suizidenten ein großes „Rettungsnetz“ spannt, welches unter anderem die Sperrung der Brücke, die Alarmierung weiterer Einsatz- und Rettungskräfte, die Benachrichtigung, Befragung und gegebenenfalls Beiholung von Angehörigen, die Entsendung von Streifenbooten und auch die Warnung der durchgehenden Schifffahrt über die nautische Zentrale beinhaltet.

Blohm und Püschel (1998) berichten in ihrer Arbeit über die epidemiologischen und phänomenologischen Aspekte beim Suizid durch Sprung von einer hohen Brücke unter anderem über die Ergebnisse der Untersuchung von 56 Suiziden durch Sprung von der Köhlbrandbrücke seit ihrer Freigabe für den Verkehr 1974 bis 1997. Sie schreiben, dass in ihrem Berichtszeitraum 93 Fälle dokumentiert sind, in denen es der Polizei gelungen ist, bereits auf der Brücke befindliche lebensmüde Personen vom Suizid abzuhalten. Sie weisen darauf hin, dass eine derartige Eingriffsmöglichkeit immer dann entfällt, wenn ein Fahrzeug auf der Brücke abrupt gestoppt wird und der Suizident sich unverzüglich über das Brückengeländer stürzt.

Leider ist die noch erhaltene Dokumentation über die Suizide und die Suizidversuche durch Sprung von der Köhlbrandbrücke nicht eindeutig. So finden sich bei den Daten von Blohm und Püschel (1998) 3 Suizide, 1985, 1994 und 1997, die nicht in der Statistik der Wasserschutzpolizei auftauchen. Da für diese Suizide keine Geschlechtsangabe vorliegt, werden diese, ebenso wie die Suizide vor 1985, entsprechend in die Übersicht aller Suizide eingefügt. Die Angabe von insgesamt 39

Sprüngen oder Sprungversuchen für den Zeitraum 1974 bis 1984 in der Statistik der Wasserschutzpolizei kann nicht den Tatsachen entsprechen. Im Zeitraum von 1985 bis 1997 ist es zu 60 von insgesamt 93 Suizidversuchen in der Zeit von 1974 bis 1997 gekommen. Entsprechend müssten 33 der verzeichneten 39 Sprünge *oder* Sprungversuche eindeutig Suizidversuche gewesen sein. Somit hätte es nach dieser Dokumentation nur 6 Suizide im genannten Zeitraum gegeben. Tatsächlich sind aber von Blohm und Püschel (1998) 56 Suizide für diesen Zeitraum dokumentiert.

Neben den von Blohm und Püschel (1998) genannten Daten, die für die Zusammenfassung aller Suizide seit Bestehen der Brücke in der vorliegenden Arbeit mit verwendet wurden, berichten sie auch über detaillierte rechtsmedizinische Ergebnisse der Untersuchung. So geben sie beispielsweise an, dass der Zeitraum bis zur Bergung des Leichnams aus dem Wasser zwischen wenigen Minuten nach dem Ereignis (Anmerkung: nach dem suizidalen Sprung) und mehreren Monaten (maximal 6 Monate) lag. Zugleich weisen sie auf Messungen der Strömungsverhältnisse unterhalb der Köhlbrandbrücke hin, welche eine Fließgeschwindigkeit der Elbe an dieser Stelle von 75 cm/sec (in 6/19m Wassertiefe) ergaben. Sie halten fest, dass die Erfahrung zeigt, dass Leichen, die im Bereich der Brücke ins Elbwasser gelangten, in der Regel innerhalb eines Radius von einem Kilometer im Bereich der Brücke wieder aufgefunden werden. Sie geben aber auch Ausnahmen an, die sich auch bei der Untersuchung von 5 Suiziden durch Sprung von der Köhlbrandbrücke sowie zweier Barkassenunglücke 1972 und 1985 gezeigt haben. Sie kommen zu dem Schluss, dass in Einzelfällen ein Leichnam im Wasser über viele Kilometer und unter Umständen auch entgegen den natürlichen Strömungsverhältnissen bewegt wird. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sind für den Zeitraum von 2003 bis 2005 keine Daten über die Zeiten vom Sprung bis zum Auffinden der einzelnen Suizidenten der Köhlbrandbrücke erhoben worden. Generell stellt sich die Frage, ob eine detaillierte regelmäßige Dokumentation für Zeiten vom Eintauchen in das Elbwasser (unabhängig von einem Suizid und vom Ort der Köhlbrandbrücke) bis zum Auffinden einer Leiche oder eines Verletzten vorhanden ist und ob sie für die Hamburger rechtsmedizinische Forschung und somit auch für die Arbeit der Kriminalpolizei neue Erkenntnisse bringt oder auch ob sie erst begonnen werden müsste.

Blohm und Püschel (1998) berichten ferner von einem 27-jähriger Mann, der unter dem Drängen von Stimmen im Rahmen einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, den Sprung von der Köhlbrandbrücke lediglich mit einer Humerusfraktur mutmaßlich überlebt haben soll. In diesem Zusammenhang erwähnen sie auch die Arbeit von Rosen (1975), der 7 der bis dahin 10 bekanntgewordenen Überlebenden untersuchte, die in suizidaler Absicht von der „Golden Gate Bridge“ und der „Bay Bridge“ (beide etwa 75 Meter hoch) in San Francisco gesprungen waren. Er berichtet, dass diese Personen zum Teil schwere, zum Teil nur leichte Verletzungen aufwiesen und in einzelnen Fällen auch gänzlich unverletzt waren. Bei den obduzierten Suizidfällen finden Blohm und Püschel (1998) in 42% der Fälle Ertrinken als Todesursache dokumentiert, häufig auch Polytrauma und/oder Verbluten, zum Teil auch eine Kombination der verschiedenen Mechanismen. Sie stellen fest, dass sich das Verletzungsmuster beim Aufschlag auf die Wasseroberfläche aus einer Höhe von über 50 Metern graduell nur wenig vom Aufschlag auf festen Boden unterscheidet. Auch Kästner (2001) erwähnt, dass unterschiedliche Aufprall- und Eintauchwinkel für die Schwere von Verletzungen entscheidend sind. Bei einer entsprechenden Sprungtechnik sind schon weitaus größere Höhen verletzungsfrei bewältigt worden (z.B. sogenannte „Acapulco-Springer“). Zum Zeitpunkt der Niederschrift dieser Arbeit, liegen keine Information über den zweiten Überlebensfall nach Sprung von der Köhlbrandbrücke vor.

Im Zeitraum von 1985 bis zum 12.04.2009 haben sich 53 Männer und 11 Frauen durch Sprung von der Köhlbrandbrücke suizidiert. Vergleicht man dieses Geschlechtsverhältnis von 4,8:1 mit dem der gesamten Suizide der Hansestadt im untersuchten Zeitraum von 2003 bis 2005 (2:1), so liegt die Überzahl der männlichen Suizidenten der Köhlbrandbrücke gegenüber den Frauen um den Faktor 2,4 höher als bei den gesamten männlichen Suizidenten im genannten Zeitraum. Dies macht deutlich, dass der Sprung von der Köhlbrandbrücke als Kombinationssuizid, trotz der nicht selten von den Frauen gewählten Suizidmethode des Sturzes/Sprunges aus großer Höhe (im gesamten Untersuchungszeitraum 2003 bis 2005 in jedem Jahr unter den 6 am häufigsten von den Frauen gewählten Methoden), keine Alternative zu den anderen häufig gewählten Methoden für sie darstellt.

Da Hamburg über mehr Brücken als Venedig verfügt, erstaunt es doch, wie selten andere Brücken über Gewässer der Stadt für Suizide genutzt werden. In ihrer Arbeit über den Vergleich der Suizide der „Golden Gate Bridge“ in mit denen der „Bay Bridge“, beide in San Francisco, im Zeitraum von 1937 bis 1979 schreiben Seiden und Spence (1982), dass ein Hauptgrund für die Bevorzugung der „Golden Gate Bridge“ (672 Suizide) gegenüber der 6 Meilen entfernten und ebenfalls etwa 75 Meter hohen „Bay Bridge“ (121 Suizide) sicherlich in der Zugänglichkeit für Fußgänger liegt. Als wesentlich für die Wahl der „Golden Gate Bridge“ geben sie allerdings auch ihren Popularitätsgrad an. Kästner (2001) spricht, in Anlehnung an die Schlüsselbegriffe der modernen Polizeipsychologie von Hermanutz et al. (2001), über die Sicherungsmaßnahmen der Hamburger Köhlbrandbrücke als passive sekundäre (Suizid-)Prophylaxe. Auch er erwähnt, dass die Videoüberwachung wirkungslos ist, wenn die Suizidenten nicht zu Fuß, sondern mit einem PKW oder Taxi die Brücke bzw. deren Scheitelpunkt erreichen. Er berichtet, dass eine ursprünglich erwogene Anbringung von Gittern oder Plexiglasscheiben an der Brücke zur Verhinderung oder Erschwerung von Suiziden, wegen der notwendigen Zugänglichkeit des Betriebsganges für das Wartungspersonal im Falle einer Störung des Brückenbefahrgerätes wieder verworfen worden sei. Auch das sonstige waagerechte Anbringen von Fangnetzen oder Gittern sei, wegen der dadurch entstehenden zusätzlichen Windangriffsflächen, die zu schwer abschätzbaren Windschwingungen führen können, nicht möglich gewesen. Angesichts des, im Zuge der gewünschten Entlastung der Köhlbrandbrücke, geplanten Baus einer neuen Hochbrücke im Bereich der sogenannten „Hafenspange“, sollte die erwähnte passive sekundäre Suizidprophylaxe rechtzeitig Beachtung finden, um eine zeitgemäße Hochbrückenarchitektur mit der bereits schon praktizierten zeitgemäßen Vorbeugung vor weiteren Suiziden durch Sprung in das Elbwasser erfolgreich verbinden zu können. So bleibt nur zu hoffen, dass die zuständigen Beamten, die, wie die anderen Einsatzkräfte auch, durch einen vollendeten Suizid, aber mindestens ebenso ausgeprägt durch einen zu verhindernden Suizid im Bereich der Köhlbrandbrücke psychisch erheblich belastet sind, die bisher schon sehr erfolgreich angewendeten Strategien (vgl. Trum et al. 1987) im Umgang mit Suizidenten auf der Hochbrücke in ihrem vollen Umfang zukünftig nur noch selten anwenden müssen.

Bei knapp einem Drittel (252) von insgesamt 791 untersuchten Suiziden im Zeitraum von 2003 bis 2005 kann ein **Abschiedsbrief** in der Ermittlungsakte des Landeskriminalamtes gefunden werden. Hiervon sind 162 von Männern und 90 von Frauen geschrieben. Die meisten Briefe wurden von Suizidenten im mittleren Alter von 30-59 Jahren geschrieben. Es darf nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um alle Briefe handelt, die von Suizidenten in diesem Zeitraum hinterlassen wurden. So weist beispielsweise Pollak (2005) auf die Möglichkeit versuchter Vertuschung von Selbsttötungen durch Angehörige hin, die hierfür unter anderem durch Entfernung von Hinweiszeichen (z.B. Abschiedsbrief) die Auffindungssituation verändern. Grundsätzlich können auch weniger als 252 Abschiedsbriefe von Suizidenten stammen. Unter der Berücksichtigung der bereits genannten Möglichkeit der Simulation eines Suizides, kommen durchaus auch Mörder und Totschläger als Verfasser von den Briefen in Frage. Als Beispiel sei hier der von Stuhr und Püschel (2004) erwähnte Fall eines erweiterten Suizids genannt, bei dem der Täter einen kurzen Abschiedsbrief in der asiatischen Sprache seiner Ehefrau ohne Unterschrift hinterließ, um Anlass für die Annahme zu geben, er habe die Frau auf deren Verlangen getötet. Tatsache ist, dass ein Abschiedsbrief am Fundort einer Leiche grundsätzlich primär zu der Annahme verführt, es könne ein Suizid begangen worden sein. Werden seitens der Angehörigen noch entsprechende Äußerungen zum Gemütszustand oder gar einer bekannten psychischen Erkrankung gemacht, so ist schnell ein in sich schlüssiges Bild zu erhalten. Eine Prüfung des jeweiligen Schriftbildes der Toten war in den Akten des Landeskriminalamtes in keinem der Fälle dokumentiert.

Entsprechend den Ergebnissen von Salib et al. (2002), die bei ihrer Auswertung von 12 Studien zu der Hinterlassenschaft von Abschiedsbriefen Prozentsätze von 12 bis 38% finden, findet sich in der vorliegenden Untersuchung ein Anteil von knapp 32% von Verfassern von Abschiedsbriefen unter allen Suizidenten des Berichtszeitraumes 2003 bis 2005. Es fällt auf, dass die Untersuchungszahlen in der Literatur sich stark von einander unterscheiden. So finden sich neben der sehr umfangreichen Untersuchung von Heim und Lester (1990), die 943 Abschiedsbriefhinterlasser mit 2184 Suizidopfern ohne Abschiedsbrief verglichen, unter vielen anderen auch Untersuchungen mit 108 (Shneidman und Farberow 1957), 54 (O'Connor et al.

1998) und 33 Abschiedsbriefen (Black 1993) bei entsprechend geringer Gesamtpopulation. Vergleichbar mit der vorliegenden Untersuchung von 252 Abschiedsbriefen findet sich beispielsweise die Arbeit von Ho et al. (1998), in der von 769 Suizidopfern aus Hongkong 224 Abschiedsbriefe von 154 Personen untersucht werden, die Studie von Cohen und Fiedler (1974), die 220 Abschiedsbriefhinterlasser in Pittsburgh in ihrer Arbeit einschließen und die Untersuchung von Tuckman et al. (1959) mit 165 Abschiedsbriefhinterlassern unter 742 Suizidopfern in Philadelphia. Die meisten Studien, die sich mit Abschiedsbriefen befassen, vergleichen die Daten der Abschiedsbriefhinterlasser mit denen der Suizidenten, die keinen Abschiedsbrief hinterlassen haben. Ho et al. (1998) finden in ihrer Stichprobe bei den jungen Menschen deutlich mehr Frauen als Männer als Abschiedsbriefverfasser und bei den älteren Menschen häufiger Männer als Frauen. In der vorliegenden Untersuchung für Hamburg finden sich in nahezu allen Altersgruppen mehr Männer als Frauen, die Abschiedsbriefe hinterlassen. Lediglich in der Altersgruppe ab 90 Jahren hinterlassen mehr Frauen (6) als Männer (4) Briefe. Heim und Lester (1990) finden hingegen mehr Frauen als Männer unter den Briefhinterlassern bei Untersuchung einer Abschiedsbriefanzahl, welche die der vorliegenden Erhebung um das 3,7-fache (!) übersteigt und einer Anzahl von insgesamt 3127 Suiziden, welche die Zahl der Hamburger Untersuchung um beinahe das 4-fache übersteigt. Entsprechend den Hamburger Zahlen von 2003 bis 2005, haben auch sie mehr ältere als jüngere Menschen unter den Abschiedsbriefhinterlassern gezählt.

Eisenwort et al. (2006) kommen nach ihrer Untersuchung von 173 Suiziden und Vergleich von 53 Abschiedsbriefhinterlassern mit 106 Suizidenten, die keinen Abschiedsbrief hinterlassen haben, zu dem Ergebnis, dass sich bezüglich der Faktoren Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf, psychiatrische Behandlung, Motiv und Suizidmethode keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Abschiedsbriefhinterlassern und Suizidopfern finden, die keinen Abschiedsbrief hinterlassen haben. In der Auseinandersetzung mit den Arbeiten vieler, zum Teil auch hier genannter, Autoren, weisen sie zurecht auf die Validität beeinflussende, unterschiedliche Vorgehensweisen hin, wie beispielsweise eine routinemäßige Einberufung und Befragung Angehöriger, Freunde und behandelnder Ärzte nach einem stattgefundenen Suizid in einigen Ländern. Sie konkludieren, dass ihre

Untersuchung die Annahme, auch vieler anderer Untersucher, unterstützt, wonach Abschiedsbriefhinterlasser repräsentativ bezüglich wichtiger demographischer Faktoren für die Gesamtgruppe der Suizidopfer sind.

Während bei Heim und Lester (1990) 80% der Abschiedsbriefhinterlasser Vergiftung oder Erhängen als Suizidmethode gewählt haben, sind es in der aktuellen Hamburger Untersuchung 58%, die eine dieser Methoden gewählt haben. Insgesamt werden hier die fünf häufigsten Suizidmethoden der Briefverfasser für 85% ihrer Suizide gewählt. Die Angabe von Eisenwort et al. (2006) von gleich vielen Briefverfassern (jeweils 17), die als häufigste Methoden Erhängen und Sturz aus der Höhe gewählt haben und die Erwähnung von Erschießen als von diesen Opfern gewählte Methode auf Rang 2 mit 9 Fällen, weicht von den Hamburger Ergebnissen deutlich ab. Hier findet sich beispielsweise die Vergiftung mit Medikamenten auf Rang 1, die in der Untersuchung der Wiener Forschungsgruppe auf Rang 3 zu finden ist. Auffallend ist bei der Untersuchung von Eisenwort et al. (2006) auch das Fehlen von Kombinationssuiziden der Abschiedsbriefhinterlasser. Spätestens hier stellt sich die Frage, ob die beispielhaft genannten Studien 1. bei der unterschiedlichen Zahl von untersuchten Abschiedsbriefen bzw. Gesamtzahlen von Suizidenten, 2. über ethnisch-kulturelle Unterschiede hinweg und 3. bei unterschiedlichen, länderspezifischen Vorbedingungen überhaupt Vergleiche gestatten. Gerade auch die sehr hohe Zahl von untersuchten Abschiedsbriefen und Suiziden in der Untersuchung von Heim und Lester (1990), die im Vergleich zu vielen anderen Untersuchungen auch hinsichtlich einiger epidemiologischer Daten zu konträren Ergebnissen kommt, sollte Anlass zur Überprüfung von Studiendesigns geben, gerade auch wenn es um die weitere Untersuchung von Abschiedsbriefen über ihre Repräsentativität für die suizidale Gemütsverfassung und Motivlage hinaus geht.

In der Untersuchung der Abschiedsbriefe der Hamburger Suizidenten in der Zeit von 2003 bis 2005 findet sich mit 162 Fällen ein großer Anteil von Briefen in denen der Verfasser versucht seine Tat zu erklären. Dieses Anliegen gewährt nicht nur einen Einblick in die individuelle suizidale Erlebenswelt, sondern gibt sehr häufig auch einen Hinweis auf die bisweilen nicht unerhebliche Dauer des Prozesses der suizidalen Entwicklung. Unabhängig von der intrapsychischen Dynamik wie sie

Ringel (1953) mit dem präsuizidalen Syndrom beschrieben hat und unabhängig von den Entwicklungsstadien oder -phasen der Suizidalität, die beispielsweise bei Pöldinger (1968) und vielen anderen Autoren nachzulesen sind, ist hier vorrangig auf das Zeitfenster hinzuweisen, welches Raum für mögliche Interventionen lässt. Spätestens wenn die Umwelt der zugrunde liegenden Wünsche, Ideen und Absichten der Betroffenen, wie beispielsweise für die Diagnostik der Suizidalität von Wolfersdorf und Wetz (1995) und Lehle et al. (1998) benannt, gewahrt wird, sollte das Thema Suizid offen kommuniziert und professionelle wie persönliche Unterstützung angeboten werden. Hierfür ist weiterhin eine Aufklärung der Menschen, auch weit über die Grenzen von Hamburg hinaus, erforderlich.

Gut die Hälfte aller Abschiedsbrieffinterlasser im Untersuchungszeitraum sprechen Hinterbliebene mit persönlichen Worten an, die auf eine, von den Suizidenten noch verspürte, nahe Beziehung hinweisen. In eben diesen Beziehungen liegt ein nicht unerhebliches Potential für die bereits genannte Kommunikation des konkreten Suizidthemas sowie darüber hinaus, einer häufig vorhandenen depressiven Symptomatik (Wolfersdorf 2008). Gerade diese nötige couragierte Handlung medizinisch-psychologischer Laien bedarf der professionellen Aufmerksamkeit. Sie ist es, die noch mehr mit Suizidideen und -absichten beschäftigte Menschen zur Annahme professioneller Hilfe bewegen kann. Insofern ist der Aufklärung, wie sie unter anderem für den Hamburger Raum seit 2004 durch das Harburger Bündnis gegen Depression geleistet wird, eine Priorität einzuräumen. Hierbei sollte sich aber, aus den genannten Gründen, nicht auf die Aufklärung über Erscheinungsformen und Behandlung der Depression sowie die Diskussion der Umgehensweise hiermit im familiären bzw. nahen Umfeld beschränkt werden. Vielmehr sollten Bezugspersonen auch über ihr eigenes Interventionspotential im Hinblick auf die frühzeitige Zuführung suizidaler Menschen zum professionellen Hilfesystem aufgeklärt und unterstützend angeleitet werden.

In der vorliegenden Untersuchung finden sich in den Abschiedsbriefen der Suizidenten ab 60 Jahren, abweichend unter anderem von Ho et al. (1998), Black und Lester (2002) und Eisenwort et al. (2007), seltener Angaben zu Erbregelungen bzw. zum Thema Hinterlassenschaft als bei den jüngeren Abschiedsverfassern.

Bei einem Vorkommen von 252 Abschiedsbriefen in den Akten des LKA 4-17 allein im 3-Jahreszeitraum von 2003 bis 2005 sollte eine separate psycholinguistische Analyse von Abschiedsbriefen und letzten Notizen von Suizidenten, wie zuletzt von Eisenwort et al. (2007) in Wien durchgeführt, angestrebt werden. Bei dieser Analyse wären die umfangreichen praktischen Erfahrungen des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der Therapie suizidaler Patienten sowie in der Erforschung suizidrelevanter Themen von großem Vorteil, nicht zuletzt bei der Erarbeitung eines entsprechenden Studiendesigns und der Untersuchungsmethode. Aufgrund des Einblickes in die Denk- und Wahrnehmungsweisen der Suizidenten in der letzten Phase der Entwicklung ihrer individuellen Suizidalität, könnten durch die genannte Analyse von Abschiedsbriefen fundierte Daten für die zukünftige Hamburger Suizidprävention gewonnen werden.

Bei der Untersuchung der 6 am häufigsten angewandten **Suizidmethoden** der Männer und der Frauen in den verschiedenen Altersgruppen findet sich das Erhängen mit 247 Suiziden an erster Stelle, deutlich führend vor den Vergiftungen mit 152 Suiziden und dem Sturz/Sprung aus großer Höhe mit 124 Suiziden. Neben dem Wechsel einiger Suizidmethoden auf den führenden 6 Rängen bei den einzelnen Geschlechtern und der bereits erwähnten höheren Zahl der Suizide der Männer im Untersuchungszeitraum, fällt deutlich die geringer werdende Methodenvielfalt zum hohen Alter hin ab 60 Jahren bei beiden Geschlechtern im Verlauf des genannten Zeitraumes auf. Das Gleiche gilt für das Vorkommen der verschiedenen Suizidmethoden in der jüngsten Altersgruppe.

Während unter anderem Kreitman (1980) und Wächtler (1991) noch konstatieren, dass für alle Altersgruppen bei den Frauen nachgewiesen werde, dass die weichen Methoden überwiegen und Trube-Becker (1986) angibt, dass 70% der Frauen und 80% der Männer harte Methoden anwenden, sehen Böcker (1973), Wellhöfer (1981) und Sainsbury (1986) eine trendhafte Verschiebung hin zu weichen Methoden für beide Geschlechter, für die Frauen jedoch besonders ausgeprägt.

Bei den Ergebnissen wurde auf die Verwendung der Begriffe der „harten“ und „weichen“ Suizidmethoden zurückgegriffen, um eine Vergleichbarkeit mit der vorhandenen Literatur vermeintlich zu erleichtern. Die sogenannten „harten“ Suizidmethoden können bei den Frauen, außer im Jahre 2005, wo die jüngste Altersgruppe keine der Suizidmethoden der Top 6 angewendet hat, durchgehend in allen Altersgruppen im gesamten Beobachtungszeitraum gefunden werden. Es zeichnet sich eine mindestens leichte Zunahme dieser Methoden seit 2003 ab. Pollak (2005) gibt an, dass bei *primär kombinierten Suiziden* der tödliche Ausgang durch ein geplantes Zusammentreffen bzw. durch wechselseitige Beschleunigung von 2 oder mehr Methoden sichergestellt werden soll (z. B. Zufügung einer Schussverletzung und Erhängen). Von einem *sekundär kombinierten Suizid* spricht man laut Pollak (2005), wenn sich die zunächst angewandte Methode als untauglich erweist oder nicht rasch genug zum Tod führt oder starke Schmerzen verursacht, so dass der Suizident spontan (ungeplant) zu einer anderen Begehungsart wechselt (z. B. oberflächliche Pulsaderschnitte in der 1. Phase und Vollendung der Tat durch anschließendes Erhängen). Diese Begriffsklärung macht auch die Möglichkeit der Kombination unterschiedlich „harter“ Methoden deutlich. Da bei den zu den Top 6 der Suizidmethoden zugehörigen Kombinationssuiziden keine detaillierte Aufschlüsselung der Einzelmethode erfolgte, ist nicht auszuschließen, dass es sogar zu einer deutlichen Zunahme der Anwendung sogenannter „harter“ Suizidmethoden bei den Frauen im Berichtszeitraum gekommen ist.

Aufgrund der immer wieder in der Literatur nachzulesenden Verknüpfung der Beschreibung von Suizidmethoden als „hart“ oder „weich“ mit der Einordnung der jeweiligen Suizidhandlung in unterschiedlichste Kategorien von Ernsthaftigkeit mit welcher der Tod gesucht wurde, muss an dieser Stelle deutlich gesagt werden, dass diese Einordnung abgelehnt wird.

Auch wenn nach rechtsmedizinischer Betrachtung einer Suizidmethode oder eines Suizidmittels diese(s) nicht als geeignet erscheint den Tod eines Menschen sicher oder überhaupt herbeizuführen, so muss zum einen eingeräumt werden, dass nicht jeder Mensch über die notwendigen todbringenden Kenntnisse verfügt, zum anderen wird an diesem Punkt die viel zitierte, häufig zum Tatzeitpunkt und oft auch schon in

der suizidalen Entwicklung vorhandene depressive Symptomatik scheinbar gänzlich außer Acht gelassen. Nicht umsonst bemüht Ringel (1953) den Begriff der Einengung zur Beschreibung des suizidalen Syndroms. Was in der psychiatrischen Lehre neben den geläufigen Symptomen als depressive Denkhemmung beschrieben wird, kann eine Ausprägung erreichen, die als „Pseudodemenz“ bezeichnet wird, was gerade auch bei schwer depressiv erkrankten alten Menschen zu folgenschweren Fehleinschätzungen der Erkrankung und somit auch ihrer Behandlung führen kann. Diese Symptomatik ist durchaus geeignet die Wahl einer mehr oder weniger offensichtlich nicht geeigneten Suizidmethode zu erklären.

Darüber hinaus ist die Vermeidung der offensichtlichen Schädigung bzw. Zerstörung des eigenen Körpers, der sterblichen Hülle, eines Suizidenten zu respektieren. Mit Recht schreibt Junge (1987) in seiner Analyse des Hamburger Suizidgeschehens, dass die Wahl des Suizidmittels auch von der Vorstellung vom Sterben und Totsein abhängt. Wegen der Wiederauferstehungshoffnung, so Junge, ist die Integrität des eigenen Körpers erwünscht. Diese bei Junge genannte Hoffnung stellt eines der Probleme dar, auf das die moderne Medizin auch immer wieder im Zusammenhang mit dringend benötigten Organspenden stößt. Die Unvermeidbarkeit des Sterbens auf dem Weg zum gewünschten Tod, mit der Unsicherheit auf welche Art (schmerzvoll?) und wie lange sich dieser Prozess hinziehen kann, lässt immer wieder viele Menschen zu sedierenden Medikamenten und/oder Alkohol, auch in Kombination mit anderen Methoden greifen. Auch die Rücksichtnahme auf die Menschen, die den Leichnam sehen werden, lässt viele Menschen den Körper zerstörende und entstellende Methoden meiden. Auch ist der bisweilen in der klinischen Praxis geäußerte Wunsch nach einer nicht bloßstellenden Präsentation im Tod, einem Belassen menschlicher Würde bzw. des Gesichtes (auch im übertragenen Sinn) durchaus nachvollziehbar.

Der Suizidversuch wird von Wolfersdorf (2000) als Versuch, sich das Leben zu nehmen, ernst genommen, sofern dieser bewusst stattgefunden hat. Hier spielt es seiner Ansicht nach, trotz des kommunikativen Charakters eines Hilferufes, keine Rolle, welche objektive Letalität die Methode hatte und ob der Versuch selbst oder

durch Dritte unterbrochen wird. Die Intention des Durchführenden steht im Mittelpunkt und diese ist gewöhnlich die Konsequenz des Todes.

Konsequenterweise sollten die Autoren der verschiedenen Disziplinen daher zukünftig von dem Gebrauch der Bezeichnungen der Suizidmethoden als „hart“ oder „weich“ wieder Abstand nehmen und sich bei öffentlichen Diskussionen über die Ernsthaftigkeit von Suiziden bewusst machen, dass sie den Bemühungen der Suizidprävention, gerade Hinblick auf die Aufklärung über das erhöhte Suizidrisiko bei Überlebenden von Suizidversuchen, schädigend entgegenwirken.

Aufgrund von Diskussionen im Zusammenhang mit Ereignissen der jüngsten Vergangenheit ist es erwähnenswert, dass in beinahe einem Viertel der Fälle von Suiziden durch Erschießen eine Waffe benutzt wurde, die sich illegal im Besitz des jeweiligen Suizidenten befunden hat. In immerhin knapp 44% der Fälle ergibt sich nach Durchsicht der Handakte des Landeskriminalamtes, dass die Legalität des Waffenbesitzes unbekannt ist. Das Fehlen eines abschließenden Vermerkes zum Vorhandensein einer Waffenbesitzkarte bedeutet nicht automatisch, dass eine solche nicht vorhanden gewesen ist. Es ist durchaus denkbar, dass diesbezüglich eine Prüfung erfolgt, aber nicht dokumentiert ist. Es wäre bei diesem hohen Anteil an den gesamten Fällen suizidalen Erschießens jedoch durchaus interessant zu wissen, wie viele Suizidenten insgesamt tatsächlich eine illegale Waffe für ihre Selbsttötung benutzt haben.

Bei einer Gesamtzahl von 791 Suiziden in der Untersuchung überrascht die Tatsache, dass lediglich 3 Mal ein **Rechtsmediziner** zu einem vermeintlichen Tatort gerufen wurde.

Schon früher wurde in der rechtsmedizinischen Literatur das Problem der Entscheidung Tötung/Mord versus Selbsttötung/-mord diskutiert. Hier findet sich zumeist der Fokus auf der Methode des Erhängens (Marx 1923, Laves 1930, Berka 1935, Neugebauer 1937, Böhmer 1939/40). So berichten auch Mallach und Pollak (1998) von einem simulierten Suizid durch Erhängen nach vorausgegangener

Drosselung durch fremde Hand. Sie weisen darauf hin, dass durchaus bis zu 50% der Opfer von Morden und vorgetäuschten Selbstmorden *typisch* hängen können. Auch Püschel et al. (1984) weisen ausführlich auf die Vielzahl möglicher Hinweise auf eine Fremdtäterschaft unabhängig von erhängungsabhängigen Spuren am Leichnam hin, wozu sie insbesondere auch die Aufhängesituation zählen. Sie schätzen, dass auf 1000 Erhängungssuizide 1 Fall von Fremdtötung kommt.

Lieske et al. (1987) berichten in ihrer Arbeit, anlässlich eines Suizides mit 120 Bruststichverletzungen, über die Untersuchungen von Suiziden mit ungewöhnlich hoher Zahl an Stichverletzungen anderer Autoren und stoßen unter anderem auf einen Fall bei dem der Betroffene sich 358 Wunden zugefügt hat (Egaña und Lavallo 1933). Sie betonen, dass es sich im Regelfall bei mehr als 40 Einzelläsionen um einen Homizid handelt, eine Abgrenzung zum Suizid allein aufgrund der Zahl der Einzelläsionen natürlich nicht möglich ist. Im Zusammenhang mit scharfer Gewalt erwähnen beispielsweise Püschel und Schröder (2007) postmortal zugefügte Schnittverletzungen der Handgelenksbeuge zur Vortäuschung eines Suizids.

Pollak (2005) schreibt in seiner Arbeit über die verschiedenen Aspekte des Suizids, dass der mehrheitlich von Frauen als Suizidmethode gewählte Stromtod in der Wanne erhebliche diagnostische Probleme aufwirft, da elektrothermische Hautläsionen in Form von Strommarken sehr häufig fehlen. Er macht deutlich, dass die Stromeinwirkung in solchen Fällen oft nur indirekt aus den elektrotechnischen Gegebenheiten des Falles erschlossen werden kann. Aus kriminalistischer Sicht muss, so Pollak, bei Stromtodesfällen im Badezimmer immer auch an die Möglichkeit eines Unfalles oder eines Tötungsdeliktes gedacht werden. Grundsätzlich wird die Möglichkeit der Simulation eines Suizides für nahezu alle in dieser Untersuchung vorgestellten Methoden in der rechtsmedizinischen Literatur begründet diskutiert.

Allein diese kurze Literaturübersicht wirft die Frage auf, warum in der Hansestadt nicht auch bei vermeintlich eindeutigen Suiziden die Unterstützung durch einen erfahrenen Rechtsmediziner schon am mutmaßlichen Tatort in Anspruch genommen wird. Schon die hohe Zahl der Fälle durch Erhängen in der Untersuchung sollte diesbezüglich Anreiz genug sein. Die Beobachtung, dass allein im Zeitraum von

2004 bis 2005 der Rückgang der Sektionen am Institut für Rechtsmedizin in Hamburg den Rückgang der Aufnahmen im gleichen Zeitraum um 76,1% übersteigt, bestätigt zwar den fortschreitenden bundesweiten Trend, ist aber deshalb nicht weniger besorgniserregend. So zeigt auch ein zunächst unverändert geringer Anteil der Sektionen von Suizidenten an allen Sektionen bis 2004 im Jahre 2005 plötzlich einen Abfall von fast 5% auf knapp 3% bei praktisch unverändertem Anteil aller Sektionen an den Leichenaufnahmen über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2003 bis 2005.

Ergänzend sei an dieser Stelle Pollak (2005) erwähnt, der Brinkmann et al. (1997) mit einer multizentrischen Studie zu Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik anführt, in deren Verlauf bei unsystematisch durchgeführten Obduktionen zahlreiche „Zufallsentdeckungen“ von Suiziden gemacht wurden, was auf ein beträchtliches Dunkelfeld im Bereich der Suizidstatistik hinweist. Er schreibt, dass zu vermuten ist, dass vor allem suizidale Intoxikationen älterer Menschen irrtümlich als natürliche Todesfälle aufgefasst werden, sofern charakteristische Umstände oder äußere Hinweiszeichen einer Selbsttötung fehlen.

Um ein Ereignis wie im *Fallbeispiel 23* geschildert zu verhindern bedarf es aber keineswegs eines *Rechtsmediziners* am Tatort. Hier wäre vielmehr eine korrekt durchgeführte Leichenschau vor Ort bereits ausreichend gewesen die mögliche Gefahr für alle Beteiligten, die von der unentdeckten Waffe ausging, zu bannen.

Ändra (1982) beschreibt zum Thema **Suizid und Chronologie**, in ihrer Arbeit über die Untersuchung der Fünfjahreszeiträume 1964-68 und 1974-78 in Hamburg, ohne altersmäßige Zuordnung eine Erhöhung der Selbstmordrate im Frühjahr und im Herbst. Junge (1987) findet bei seiner Analyse des Suizidgeschehens in Hamburg von 1980 bis 1984 kein ausgeprägtes Jahreszeitenhoch, stattdessen aber weniger Suizide im Februar und im Juni. Steffen (2000) kommt in seiner Arbeit über das Hamburger Suizidgeschehen der Jahre 1985 bis 1999 zu dem Ergebnis einer allgemeinen Häufung der Suizide im Januar und während der Frühlingsmonate ohne deutliches Frühjahrshoch. Ansatzweise ist bei ihm eine allgemeine Phase der

gesenkten Suizidhäufigkeit im Februar, Oktober und Dezember erkennbar. Die nationale und internationale Literatur beschreibt zumeist ein Frühjahrshoch für die Suizide. In der aktuellen Untersuchung der Hamburger Suizide von 2003 bis 2005 zeigt sich durchgehend eine Häufung der Suizide beider Geschlechter im Frühling und im Sommer.

Im Hinblick auf für die Selbsttötung bevorzugte Wochentage ergibt sich bei der aktuellen Untersuchung kein klares Bild. Es kann für den ganzen Berichtszeitraum festgehalten werden, dass sich die meisten Suizidenten in der Woche und nicht am Wochenende das Leben nehmen. Steffen (2000) kommt zu dem Ergebnis einer Suizidhäufung zu Wochenbeginn am Dienstag. Minimale Werte werden auch von ihm am Wochenende gefunden. Junge (1987) nennt den Dienstag als Tag mit den meisten Suiziden und den Samstag als den mit den wenigsten. Ansonsten finden sich bezüglich des Maximums der Suizide in der Woche insgesamt häufig voneinander abweichende Ergebnisse in der Literatur, lediglich das Minimum am Wochenende oder an einem Tag des Wochenendes wird häufig genannt (z.B. de Vries 1996, Brehm 1990 oder Zwingmann 1965).

Bei der Untersuchung der Tageszeiten zu denen die Betroffenen sich selbst getötet haben, zeigt sich durchgehend im Berichtszeitraum eine Häufung der Taten in der Zeit von 06:00 bis 17:59 Uhr, während die Abend- und insbesondere die Nachtzeiten auffallend weniger genutzt wurden. Dieses Ergebnis kann unter anderem als Abbildung der bekannten Tagesschwankungen im Rahmen von depressiven Episoden interpretiert werden, wonach die Betroffenen zumeist ein Stimmungstief am Morgen und eine Stimmungsaufhellung zum Abend hin erleben.

Insgesamt sind die Daten zur Verteilung der Suizide auf die einzelnen Wochentage und die unterschiedlichen Tageszeiten bei einem sehr hohen Aufkommen von Suiziden im Berichtszeitraum, bei denen diese Parameter unbekannt sind (40,1% und 52,3%!), nur äußerst zurückhaltend zu werten.

Der Nutzen der Analyse der Chronologie der Suizide für die Suizidforschung und -prävention erscheint gering. Möglicherweise wäre eine Analyse der Suizidhandlung

im Hinblick auf Zusammenhänge zu bekannten Daten von besonderen Lebensereignissen der Suizidenten (z.B. Geburtstag, Hochzeitstag, Geburtstag eines Kindes, Todestag des Lebenspartners oder anderer Angehöriger) weiterführend. Einige dieser Daten sind mit geringem Aufwand über die Eintragung in der Sterbeurkunde zu erhalten. Zum Teil werden solche Ereignisse oder Daten in Abschiedsbriefen genannt oder sind in den Aufzeichnungen des Landeskriminalamtes zu finden.

Bei Betrachtung des Themas **Suizid und Vorerkrankung** ist festzustellen, dass immer wieder in der Literatur auf das erhöhte Suizidrisiko von Menschen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen hingewiesen wird. So zeigt auch Wolfersdorf (2008) in seinem Beitrag über Suizidalität eine Übersicht über die Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten. Hierin finden sich die Menschen mit psychischen Erkrankungen (allen voran die affektiven Erkrankungen), mit bereits vorliegender Suizidalität, alte Menschen, junge Erwachsene und Jugendliche, Menschen mit traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen sowie Menschen mit „schmerzhaften, chronischen, lebenseinschränkenden, verstümmelnden, körperlichen Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit“.

In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass über ein Drittel aller Suizidenten von 2003 bis 2005 unter einer psychischen Erkrankung und ein Viertel aller Suizidenten unter einer chronischen, terminalen oder akuten Erkrankung zum Tatzeitpunkt gelitten hat. Natürlich finden sich unter den körperlich erkrankten Suizidenten auch psychisch Kranke, sehr häufig geht eine psychische Erkrankung gerade mit einer terminalen oder chronischen Erkrankung einher. Hier kann die Dunkelziffer durchaus höher sein, da nicht alle körperlichen Erkrankungen dem Umfeld bekannt gewesen sein müssen oder diese im Rahmen der Todesermittlung keine Erwähnung gefunden haben. Die Risikogruppe mit Suizidversuch(en) in der Vorgeschichte ist mit einem Anteil von 13,2% in der Untersuchung zu finden, wobei

auch hier mit einer nicht geringen Dunkelziffer dem Umfeld nicht bekannter oder im Rahmen der Ermittlung nicht benannter Suizidversuche ausgegangen werden muss.

Die Überlegungen zur **Suizidvorankündigung** lassen an Pöldinger und Sonneck (1980) denken, die von einer suizidalen Entwicklung sprechen, bei der erst der Suizid als Möglichkeit erwogen wird, es dann zum Stadium der Konfrontation selbstzerstörerischer und selbsterhaltender Kräfte und schließlich zur Phase des Suizidentschlusses kommt. Im Stadium der Konfrontation kann es zu Suizidandrohungen kommen, wobei fehlende Reaktionen aus der sozialen Umwelt einen wesentlichen Grund für die Realisierung des Suizids darstellen.

Im Beobachtungszeitraum haben 95 der 791 Suizidenten (12%) ihren Suizid mindestens einmal angekündigt, 12 von ihnen hatten in der Vergangenheit bereits einen Suizidversuch unternommen. Es ist nicht auszuschließen, dass gerade nahe Angehörige eine Vorankündigung des Suizids gegenüber den ermittelnden Beamten aus Scham- und/oder Schuldgefühl verschwiegen haben. Auffallend ist, dass über die Hälfte (54,7) der Menschen, die ihren Suizid angekündigt hatten, alleinlebend waren.

Bei der vorliegenden Untersuchung der **Doppelsuizide** wurden die **Suizide nach Tötung auf Verlangen** nicht eingeschlossen, sondern separat betrachtet. Insgesamt ist es im Beobachtungszeitraum zu einer vergleichsweise geringen Anzahl von 8 versuchten Doppelsuiziden mit 14 Todesopfern gekommen. Auch Paschen (2006) zeigt mit ihrer Arbeit mit Formulierung neuer Kategorien zur Zuordnung von Doppelsuiziden und **erweiterten Suiziden**, trotz Analyse von einer großen Anzahl von Fällen aus den Jahren 1990 bis 2005, wie gering der Anteil dieser Suizide am gesamten Suizidgeschehen ist. Im vorliegenden Beobachtungszeitraum von 2003 bis 2005 findet sich ein relativ hoher Anteil von Todesopfern bei versuchtem Doppelsuizid im Alter ab 60 Jahren von 64,3%. Insgesamt haben 10 Frauen und 6 Männer versucht im Rahmen eines Doppelsuizides zu Tode zu kommen, 2 Frauen haben diesen Versuch überlebt. Es wurde aber nur in einem Fall von versuchtem Doppelsuizid der Pulsaderschnitt als Methode angewandt, wobei eine der Frauen

überlebte. In allen anderen Fällen wurde die Intoxikation mit einem oder mehreren Medikamenten, zum Teil in Verbindung mit der Einnahme von Alkohol, als Suizidmethode gewählt, wobei eine weitere Frau überlebte. Die Tatsache, dass diese Methode dennoch zumeist zum gewünschten Erfolg führte liegt wohl nicht zuletzt auch an dem genannten hohen Anteil älterer Suizidenten bei denen häufig nicht unerhebliche Erkrankungen den Suizid mitbegründeten.

Ausgehend von der üblichen Definition, dass eine „gemeinschaftliche Selbsttötung“ (Doppel- bzw. Mehrfachsuizid, „suicide pact“) die Handlungsweise von 2 oder mehr Menschen bezeichnet, die mit einander aus dem Leben scheiden wollen und deshalb einvernehmlich entweder sich selbst töten oder vom Partner töten lassen sowie der üblichen Definition dass ein erweiterter Suizid (auch Mitnahmesuizid, „homicide-suicide“) dann vorliegt, wenn eine zur Selbsttötung entschlossene Person einen (oder mehr) Menschen *ohne* dessen/deren Einverständnis oder *gegen* dessen/deren Willen in die Tötungshandlung einbezieht (vgl. Pollak 2005), erscheint es sinnvoll hier kurz separat auf den Suizid nach Tötung (hier der Lebenspartnerin) auf Verlangen einzugehen. Nicht immer lassen sich die beiden Konstellationen des Doppelsuizids und des erweiterten Suizids klar voneinander abgrenzen bzw. eine von ihnen ausschließen. Nach kritischer Darstellung bekannter Publikationen zum Thema „erweiterter Suizid“ und Doppelsuizid“, kommt Paschen (2006) zur Verwendung des Begriffes der „kombinierten Fremd- und Selbsttötung“. Hiermit soll sowohl die doppelte Richtung der Tat wie auch die besondere Beziehung zwischen Täter und Opfer berücksichtigt werden. Neben diesem Begriff erscheint zwar die Einordnung des Suizides nach Tötung auf Verlangen unter dem Begriff des Doppelsuizids im Hinblick auf das (suizidale) Einverständnis des Opfers mit der Tötung sinnvoll, sie trägt jedoch in keiner Weise dem Umstand Rechnung, dass zum einen eine Tötungshandlung vorliegt, welche zum anderen den Täter in eine höchst ambivalente Situation im Hinblick auf seine Beziehung zum Opfer bringt. So kann auch nicht immer sicher gesagt werden, ob der Täter primär überhaupt einen Suizid erwogen hat oder der Suizid das Resultat der Tat selbst sowie des damit einhergehenden schmerzliche Verlustes einer/s meist geliebten Partnerin/s ist. Entsprechend berichten Guddat und Püschel (2007) in ihrer Arbeit über 5 untersuchte Fälle von Tötung auf Verlangen: Alle 5 Opfer wiesen schwerste prä- bzw. finale Erkrankungen

bzw. Erkrankungen, die mit starken Schmerzen einhergehen, auf. Sie hatten zuvor suizidale Absichten geäußert; es fehlte ihnen jedoch die Möglichkeit, Schusswaffen oder Medikamente zu bekommen, oder sie waren durch ihre Erkrankungen (chronische Polyarthrititis bzw. ALS) physikalisch nicht in der Lage sich zu suizidieren. Tötung auf Verlangen ist in Deutschland eine seltene Straftat. Die Täter stammen oft aus dem engsten Kreis der Angehörigen des Opfers, töten aus Mitleid und sind häufig mit ihrer eigenen Tat überfordert. Spätere Suizide oder Suizidversuche der Täter im Anschluss an die Tat, weil sie ohne das Opfer oder mit ihren Schuldgefühlen nicht leben können, sind bei Ehepartnern häufig. In dem Artikel wird auch der von dem ehemaligen Hamburger Justizsenator Dr. Roger Kusch vorgelegte Gesetzentwurf, dass durch Änderung des § 217 im Strafgesetzbuch (StGB) „... die Tötung durch einen Arzt ...“ legalisiert wird, wenn sie „... die Beendigung schwerster, vom Betroffenen zu ertragender Leiden zum Ziel hat, welche nicht durch andere Maßnahmen behoben oder auf ein für den Betroffenen erträgliches Maß gelindert werden können“ diskutiert. Würde dieses Gesetz so in Kraft treten, wäre, nach Guddat und Püschel (2007), in eindeutigen Fällen, wie in einigen der im Artikel beschriebenen Fällen, in denen die Verstorbenen an schwersten präfinalen und unheilbaren Krankheiten litten, die Inanspruchnahme von aktiver, ärztlicher Sterbehilfe möglich.

Unabhängig von der Bewertung einzelner Protagonisten der aktiven, ärztlichen Sterbehilfe, sollte die Diskussion hierüber, auch nach den vorliegenden Zahlen zu Suiziden schwer erkrankter Menschen sowie zu Suiziden im Zusammenhang mit vorangegangener Tötung auf Verlangen, weitergeführt werden. Dies heißt nicht, dass der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung, die vielerorts bereits erfolgreich praktiziert werden, nicht eindeutig Vorrang zu geben wäre. Dennoch gilt es auch dem Willen des leidenden Menschen zu entsprechen.

Abschließend bleibt an dieser Stelle zu sagen, dass es zwar Ziel der Suizidologie und der Suizidprävention sowie der Gesellschaft sein muss, den Menschen im Erleben von belastenden Lebenssituationen, Erkrankungen und dem Prozess des Älterwerdens mit all seinen Verlusten vor einem Suizid nach Möglichkeit zu

bewahren, nicht aber eine grundsätzliche Akzeptanz unveränderbarer Lebensbedingungen von ihnen einzufordern.

Zusammenfassung

Im Zeitraum von 2003 bis 2005 haben sich 791 Menschen in Hamburg das Leben genommen. Unter Berücksichtigung der aktuellen Veröffentlichungen des Statistikamtes Nord der Hansestadt Hamburg steigt die Suizidzahl bis einschließlich 2007 auf 1252 an. Bei Betrachtung des gesamten Zeitraumes von 2003 bis 2007 ergibt sich ein Rückgang der Suizidrate von 15,2 auf 13,8 Suizide pro 100.000 Einwohner. Insgesamt ist im Zeitraum von 2003 bis 2007 eine Stabilisierung der Suizidrate um $14,3 \pm 0,7$ Suizide pro 100.000 Einwohner eingetreten. Nach den erhobenen Daten nimmt Hamburg weiterhin einen Spitzenplatz in der Suizidstatistik der Bundesrepublik ein. Es fanden sich Abweichungen der erhobenen Zahlen und der berechneten Raten gegenüber den von der Stadt, vom Bund und von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Zahlen und Raten für einzelne Jahre. Hiermit wird erneut die Schwierigkeit der Reliabilität und Validität solcher Erhebungen im Rahmen der Gesundheitsforschung deutlich.

Im Erhebungszeitraum von 2003 bis 2005 haben sich 365 Menschen im Alter ab 60 Jahren in der Hansestadt selbst getötet. Ihre Suizidrate ist in diesem Zeitraum um 13,8% von 29 auf 25 Suizide pro 100.000 Einwohner zurückgegangen. Inwieweit sich hier ein Trend abbildet bleibt abzuwarten. Zuletzt 2005 zeigt sich weiterhin eine im Alter ab 60 Jahren höhere Suizidrate der Männer (37/100.000 Einwohner) gegenüber jener der Frauen (16/100.000 Einwohner). Die Suizidrate der Männer dieser Altersgruppe ist um 9,8%, die der Frauen der gleichen Altersgruppe um 20% zurückgegangen bei nahezu unveränderten Einwohnerzahlen der verschiedenen Altersgruppen. Die Gesamtsuizidrate dieser Altersgruppe liegt 2005 um gut das 2,5-Fache über der Gesamtsuizidrate der Menschen im Alter unter 60 Jahren (25,3 : 9,8). Mit einem Anteil von knapp 30% an allen Suiziden der Altersgruppe ab 60 Jahren ist das Erhängen die häufigste angewandte Suizidmethode der alten Menschen.

Seit Freigabe der Köhlbrandbrücke für den Verkehr im September 1974 bis zum 12.04.2009 sind 83 Menschen von der Brücke in den Tod gesprungen. Insgesamt überwiegen bei den Suizidenten die Männer (Männer : Frauen = 4,8 : 1). Bisher haben ein Mann und eine Frau den Sprung von der Köhlbrandbrücke überlebt. Im

gleichen Zeitraum konnten die visuellen Sicherungsmaßnahmen an der Brücke sowie das schnelle Eingreifen von Polizeibeamten und anderen Einsatzkräften, aber auch von Passanten, den Sprung von 202 Menschen erfolgreich verhindern. Somit kann gesagt werden, dass die angewandten und weiterentwickelten, bauwerkunabhängigen präventiven Sicherungsmaßnahmen im Bereich der Köhlbrandbrücke als erfolgreich betrachtet werden können.

Von knapp einem Drittel aller Suizidenten (252) von 2003 bis 2005 wurde ein Abschiedsbrief vorgefunden. 162 der Briefe sind von Männern und 90 von Frauen geschrieben. Die meisten Briefe wurden von Menschen im mittleren Alter von 30-59 Jahren geschrieben. In 162 Fällen versuchen die Suizidenten im Abschiedsbrief ihre Tat zu erklären. Gut die Hälfte aller Abschiedsbriefhinterlasser sprechen die Hinterbliebenen mit persönlichen Worten an, die Rückschlüsse auf eine noch verspürte nahe Beziehung zulassen. In 43 Briefen wird ein detaillierter Bestattungswunsch geäußert, dabei wird in 18 Fällen unter anderem eine anonyme Bestattung gewünscht. Es fanden sich bei den Verfassern ab 60 Jahren nicht einmal halb so oft Angaben zu Erbregelungen bzw. zum Thema Hinterlassenschaft (14 Briefe) wie bei jüngeren Verfassern (32 Briefe). Das Vorkommen von Abschiedsbriefen in den Akten der Abteilung Todesermittlung des Landeskriminalamtes ist für den genannten Zeitraum ausreichend hoch für eine weiterführende, umfangreiche psycholinguistische Untersuchung. Die vorhandene Anzahl an Abschiedsbriefen würde, nach dem aktuellen Stand der Literatur, eine Einordnung einer solchen Untersuchung im Bereich der Studien gestatten, die eine eher selten hohe Briefzahl vorzuweisen haben.

Anhang

Altersgruppe	gesamt	Männer	Frauen
00-09	151 671	78 005	73 666
10-19	157 430	80 787	76 643
20-29	238 738	117 220	121 518
30-39	310 906	162 503	148 403
40-49	254 918	130 401	124 517
50-59	201 417	99 206	102 211
60-69	212 725	102 133	110 592
70-79	125 703	49 988	75 715
80-89	65 285	18 976	46 309
90-99	15 290	3 368	11 922
00-99	1 734 083	842 587	891 496

Abbildung 29: Bevölkerung Hamburg 2003 nach Altersgruppen

Altersgruppe	gesamt	Männer	Frauen
00-09	150.953	77.485	73.468
10-19	157.448	80.619	76.829
20-29	242.357	118.636	123.721
30-39	301.429	157.609	143.820
40-49	263.961	135.459	128.502
50-59	198.012	97.205	100.807
60-69	212.451	102.318	110.133
70-79	126.667	51.392	75.275
80-89	65.699	19.181	46.518
90-99	15.853	3.676	12.177
00-99	1.734.830	843.580	891.250

Tabelle 7: Bevölkerung Hamburg 2004 nach Altersgruppen

Altersgruppe	gesamt	Männer	Frauen
00-09	151.249	77.428	73.821
10-19	156.606	80.143	76.463
20-29	244.778	119.233	125.545
30-39	295.887	154.920	140.967
40-49	274.381	141.762	132.619
50-59	201.135	98.929	102.206
60-69	206.530	99.658	106.872
70-79	130.039	53.794	76.245
80-89	67.464	19.918	47.546
90-99	15.558	3.682	11.876
00-09	1.743.627	849.467	894.160

Tabelle 8: Bevölkerung Hamburg 2005 nach Altersgruppen

Jahr	Frühling	Sommer	Herbst	Winter
2003	21. März 02:00 MEZ	21. Juni 21:10 MESZ	23. September 12:47 MESZ	22. Dezember 08:04 MEZ
2004	20. März 07:49 MEZ	21. Juni 02:57 MESZ	22. September 18:30 MESZ	21. Dezember 13:42 MEZ
2005	20. März 13:33 MEZ	21. Juni 08:46 MESZ	23. September 00:23 MESZ	21. Dezember 19:35 MEZ

Tabelle 9: Astronomische Jahreszeitenanfänge

Literaturverzeichnis

- Ändra CG (1982): Analyse des Hamburger Suicidgeschehens unter besonderer Berücksichtigung der aufeinanderfolgenden Fünfjahreszeiträume von 1964-68 und 1974-78. Med Diss Hamburg.
- Berka F (1935): Mord oder Selbstmord durch Erhängen. In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 24: 222.
- Black S (1993): Comparing genuine and simulated suicide notes: a new perspective. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 61: 699-702.
- Black S, Lester D (2002): The content of suicide notes: Does it vary by method of suicide, sex or age? In: Omega: Journal of Death & Dying 46 (3): 241-249.
- Blohm C, Püschel K: Epidemiologische und phänomenologische Aspekte beim Suizid durch Sprung von einer hohen Brücke. In: Archiv für Kriminologie 202: 129-139.
- Böcker F (1973): Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Böhmer K (1939/40): Tötung durch Erhängen. In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 32: 449-453.
- Brand H, Bardehle D. (2003): Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. 3. neu bearbeitete Fassung. Ministerium für Gesundheit, Soziales Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)
- Brehm M (1990): Der Suizid. Med Diss Ulm.
- Brinkmann B, Banaschak S, Bratzke H, Cremer U, Drese G, Erfurt C, Giebe W, Lang C, Lange E, Peschel O, Philipp KP, Püschel K, Risse M, Tutsch-Bauer E, Vock R, Du Chesne A (1997): Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie. In: Archiv für Kriminologie 199: 1-12, 65-74.
- Cohen SL, Fiedler JE (1974): Content analysis of multiple messages in suicide notes. In: Suicide and Life-Threatening Behavior 4: 75-95.
- Dankwarth G, Püschel K (1991a): Suizide im Kindesalter. In: Hautnah Dermatologie 3 (2): 44-47.

- Dankwarth G, Püschel K (1991b): Suizide im Senium. In: Zeitschrift für Gerontologie 24: 12-16.
- De Leo D, Diekstra RFW de (1993): Treatment of suicidal elderly persons. In: Böhme K (Hg.): Suicidal behavior: the state-of-the-art. Proceedings of the XVI Congress of the International Association for Suicide Prevention. Regensburg: Roderer Verlag, 98-101.
- De Vries B (1996): Suizidales Verhalten alter Menschen. Hamburg: Dr. Kovač.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Arbeitsgruppe "Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland" (Hg.) (2006): Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter. : Rostock, Publikationsverband der Bundesregierung. Online verfügbar unter www.bmfsfj.de; (Download unter: "Publikationen", Suche unter "Wenn das Altwerden zur Last wird").
- Durkheim E (1983): Der Selbstmord. Lizenzausgabe, 1. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Egaña RA, Lavallo F (1933): Selbstmord durch viele Wunden mit der blanken Waffe. In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 22: 189.
- Eisenwort B, Berzlanovich A, Willinger U, Eisenwort G, Lindorfer S, Sonneck G (2006): Abschiedsbriefe und ihre Bedeutung innerhalb der Suizidologie. Zur Repräsentativität der Abschiedsbriefhinterlasser. In: Der Nervenarzt 77: 1355-1362.
- Eisenwort B, Berzlanovich A, Heinrich M, Schuster A, Chocholous P, Lindorfer S, Eisenwort G, Willinger U, Sonneck G (2007a): Suizidologie: Abschiedsbriefe und ihre Themen. In: Der Nervenarzt 78: 672-678.
- Eisenwort B, Heinrich M, Schuster A, Willinger U, Berzlanovich A. (2007b): Suizide im Alter. In: Rechtsmedizin 17: 359-362.
- Fiedler, G (2007): Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2005. (Version 6.0). Online verfügbar unter http://www.uke.de/extern/tzs/daten/frame_d.html, zuletzt aktualisiert am April 2007, zuletzt geprüft am 15.06.2009.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2007): Sterbeziffer, Vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10 X60-X84). Suchworte: Sterbeziffer vorsätzliche Selbstschädigung (ICD-10 X60-X84). Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>, zuletzt geprüft am 15.06.2009.

- Grüneberg F (1977): Zur Phänomenologie suizidaler Handlungen. In: Zeitschrift für Gerontologie 7: 91-100.
- Guddat SS, Püschel K (2007): Tötung auf Verlangen. In: Der Nervenarzt, 17: 141-145.
- Hawton K, Harriss L, Zahl D (2006): Death from all causes in a long-term follow-up study of 11583 deliberate self-harm patients. In: Psychological Medicine 36: 397-405.
- Heim N, Lester D (1990): Do suicides who write notes differ from those who do not? A study of suicides in West Berlin. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 82 (5): 372-373.
- Hermanutz M, Ludwig C, Schmalzl HP (2001): Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart, München, Hannover, Berlin, Weimar, Dresden: Boorberg Verlag.
- Hirzel-Wille M (2002): Suizidalität im Alter: individuelles Schicksal und soziales Phänomen. Bern, Berlin, Brüssel, Frankfurt a. M., New York, Oxford, Wien: Lang.
- Ho TP, Yip PSF, Chiu CWF, Halliday P (1998): Suicide notes: what do they tell us? In: Acta Psychiatrica Scandinavica 98 (6): 467-473.
- Junge W (1987): Analyse des Suizidgeschehens in der Freien und Hansestadt Hamburg. Spezielle Aspekte zum Panoramawandel der Suizidmittel (1980 - 1984). Med Diss Hamburg.
- Kästner A (2001): Suizid von der Hamburger Köhlbrandbrücke. Besonderheiten beim Sprung aus großer Höhe ins Wasser und daraus resultierende Probleme für Polizeibeamte im Einsatz. Facharbeit Hamburg. Fachhochschule für öffentliche Verwaltung, Fachbereich Polizei.
- Korte W (2005): Hamburger Suizidbericht 2005. Freie und Hansestadt Hamburg (Hg.). Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung.
- Kreitman N (1980): Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. In: Der Nervenarzt 51: 131-138.
- Laves W (1930): Tötung durch Erwürgen mit nachträglichem Aufhängen der Leiche zur Vortäuschung eines Selbstmordes. In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 14: 275-283.

- Lehle B, Grebner M, Neef I (1998): Empfehlungen zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch psychotherapeutischen Behandlung. In: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (Hg.): Suizidprophylaxe Sonderheft. Regensburg: Roderer Verlag .
- Lieske K, Püschel K, Bußmann E (1987): Suizid durch 120 Bruststichverletzungen. In: Archiv für Kriminologie 180: 143-149.
- Mallach HJ, Pollak S (1998): Vortäuschung einer suizidalen Selbsterhängung nach vorausgegangener Drosselung durch fremde Hand. In: Archiv für Kriminologie 202: 17-28.
- Marx AM (1923): Die Bedeutung von Verletzungsbefunden für die Frage "Selbstmord oder Mord". In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 2: 412-421.
- Mösler TA, Welz R, Weidenhammer W, Demling J. (1988): Suizidhandlungen des höheren Lebensalters im Nürnberger Stadtgebiet von 1976 bis 1985. In: Böhme K, Lungershausen E (Hg.): Suizid und Depressionen im Alter. Regensburg: Roderer Verlag, 42-54.
- Moskalez S (2003): Suizidales Geschehen unter besonderer Berücksichtigung sozialpsychiatrischer Aspekte : Hamburg-Eimsbüttel 1995-1999. Med Diss. Hamburg
- Neugebauer W (1937): Zur Frage Selbstmord oder Mord durch Erhängen. In: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 28: 111-131.
- Nissen G (1993): Suizidversuche und Suizide. In: Eggers G, Lempp R, Nissen G, Strunk P. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 301-309.
- O'Connor RC, Sheehy NP, O'Connor DB (1999): A thematic analysis of suicide notes. In: Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide Prevention 20 (3): 106-114.
- Paschen A (2006): Handlungen von Fremd- und Selbsttötung. Med Diss. Hamburg.
- Pohlmeier H (1983): Selbstmord und Selbstmordverhütung. 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban & Schwarzenberg.
- Pöldinger W (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Bern: Huber.
- Pöldinger W, Sonneck G (1980): Die Abschätzung der Suizidalität. In: Der Nervenarzt 51: 147-151.

- Pollak S (2005): Rechtsmedizinische Aspekte des Suizids. In: Rechtsmedizin 15: 235-249.
- Püschel K, Holtz W, Hildebrand E, Naeve W, Brinkmann B (1984): Erhängen: Suizid oder Tötungsdelikt? In: Archiv für Kriminologie 174: 141-153
- Püschel K, Schröder J (2007): Die Bedeutung rechtsmedizinischer Untersuchungsergebnisse bei der Erstellung von Fallanalysen. In: Musolff C, Hoffmann J (Hg.): Täterprofile bei Gewaltverbrechen. Mythos, Theorie, Praxis und forensische Anwendung des Profiling. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 177-205.
- Ringel E (1953): Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Wien: Maudrich
- Rosen DH (1975): Suicide Survivors. In: The Western Journal of Medicine 122 (4): 289-294.
- Sainsbury P (1965): Der Altersselbstmord. In: Zwingmann C (Hg.): Selbstvernichtung. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsgesellschaft, 178-186.
- Salib E, Cawley S, Healy R (2002): The significance of suicide notes in the elderly. In: Aging Mental Health 6: 186-190.
- Schmidtke A, Weinacker B, Löhr C (2000): Epidemiologie der Suizidalität im 20. Jahrhundert. In: Wolfersdorf M, Franke C (Hg.): Suizidforschung und Prävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Regensburg: Roderer .
- Schmitt W, Mundt C (1991): Differentialtypologie von Patienten mit harten und weichen Suizidmethoden. In: Der Nervenarzt 62: 440-444.
- Seiden RH, Spence MC (1982): A tale of two bridges. Comparative suicide incidence on the Golden Gate Bridge and San Francisco-Oakland Bay Bridges. In: Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide Prevention 3: 32-40.
- Shneidman ES, Farberow NL (1957): Clues to suicide. New York: McGraw-Hill.
- Stech F (1994): Biographie und Suizidalität. Ein tätigkeitspsychologisches Modell. Regensburg: Roderer Verlag.
- Steffen F (2000): Das Hamburger Suizidgeschehen. Eine Analyse der Jahre 1985-1999 unter besonderer Berücksichtigung des Alterssuizides. Med Diss. Hamburg.
- Steinhausen HC (1993): Suizidversuche und Suizid. In: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin, München, Wien: Urban & Schwarzenberg, 271-277.

- Stuhr U, Püschel K (2004): Erweiterter Selbstmord: Tötungsdelikt mit Anschluss-suizid. Eine heuristische Studie. In: Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 11: 1035-1062.
- Trube-Becker E (1986): Zum Suizid älterer Menschen. In: Häsler WT, Schuh J (Hg.): Der Selbstmord / Le suicide. Brüssel: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit; Arbeitsgruppe für Kriminologie, 253-266.
- Trum H, Schmalzl HP, Langer M (1987): Einen Schritt weiter - und ich springe! Die angedrohte Selbsttötung durch Sprung in die Tiefe. Stuttgart, München, Hannover, Berlin, Weimar, Dresden: Boorberg Verlag.
- Tuckman J, Kleiner RJ, Lavell M. (1959): Emotional content of suicide notes. In: American Journal of Psychiatry 116: 59-63.
- Vennemann M, Berger K, Richter D, Baune B (2006): Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern. In: Deutsches Ärzteblatt 103 (18): A 1222-1226.
- Wächtler C (1991): Suizidalität. In: Oswald WD, Herrmann WM, Kanowski S, Ursula M, Lehr UM, Thomae H (Hg.): Gerontologie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 597-605.
- Wellhöfer PR (1981): Selbstmord und Selbstmordversuch. Ergebnisse, Theorien und Möglichkeiten der Prophylaxe. Stuttgart: Fischer.
- Wolfersdorf M, Franke C (Hg.) (2000): Suizidforschung und Prävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Regensburg: Roderer.
- Wolfersdorf M (2008): Suizidalität. In: Der Nervenarzt 79: 1319-1336.
- Zimmermann U, Heinemann A, Püschel K, Fiedler G (2005): Suizide im Kindes und Jugendalter. In: Rechtsmedizin 15: 211-217.

Danksagung

Ich danke Herrn Professor Püschel für die Überlassung des Themas, seine motivierende und freundliche Unterstützung sowie für das Vertrauen, dass er mir entgegengebracht hat.

Herrn Professor Beck-Bornhold danke ich für die ermunternden, motivierenden und aufklärenden Gespräche und Anmerkungen sowie seine hilfreichen Seminare.

Frau Staatsanwältin Hiersemenzel danke ich für die Genehmigung zur Akteneinsicht und zur Verwendung der Abschiedsbriefe.

Ich bedanke mich bei Herrn Paap, dem Leiter der Abteilung 4-17 Todesermittlung des Landeskriminalamtes in Hamburg, für seine Zustimmung zur Datenerhebung durch Einsichtnahme in Handakten der Abteilung sowie für die Überlassung eines stets zugänglichen eigenen Arbeitsplatzes. Auch bei den anderen Mitarbeitern der Abteilung Todesermittlung bedanke ich mich für die freundliche Unterstützung. Insbesondere danke ich Herrn Welslau für seine Erstellung von Vergleichslisten über die polizeilich dokumentierten Suizide im sogenannten Tagebuch der Abteilung sowie für seine Unterstützung bei der Suche nach zwischenzeitlich dem Archiv entnommenen Akten.

Mein Dank gilt weiter den Mitarbeitern des Kommissariats 2 der Hamburger Wasserschutzpolizei. Hier möchte ich mich besonders bei Herrn Brickart und Herrn Kästner für die Überlassung der Statistik des Kommissariats und die offene Berichterstattung über ihre Ermittlungen und Erlebnisse bedanken.

Ferner bedanke ich mich für die stets freundliche und rasche Unterstützung von Frau Schlüter und Frau Harmel vom Statistikamt-Nord.

Last but not least möchte ich mich bei meiner geliebten Frau bedanken, die mir diese Dissertation durch Entbindung von vielen Aufgaben und Pflichten, ihre Toleranz und ihr Vertrauen erst ermöglicht hat. Darüber hinaus bedanke mich bei den lieben Verwandten für die regelmäßigen motivierenden Gespräche und Aufmunterungen.

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Dissertation selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den 26.06.2009