

Suizid, erweiterter Suizid oder Amok?

Von Micha Hilgers

Kein Zweifel, es war Mord an 149 ahnungslosen Menschen. Denn der Co-Pilot des German-Wings Flugs 4U 9525 leitete unmittelbar, nachdem sein Kollege mal austreten musste, gezielt und planmäßig den Sinkflug ein, sperrte die Crew aktiv aus und reagierte auf keine Ansprachen. Die Tat war geplant und erfüllt das Kriterium der besonderen Heimtücke. Über den Zeitraum von mindestens einer Woche recherchierte Andreas Lubitz im Internet die Sicherheit der Cockpit-Türen, informierte sich über Suizid-Methoden und unterschlug seinem Arbeitgeber Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Bis hier reichen die Gewissheiten.

Das Böse braucht stets eine Erklärung

Ab diesem Punkt setzt eine Mischung aus Ungenauigkeiten, Unkenntnis und Unsinn ein. Alle sind sich einig: Andreas L. muss krank gewesen sein! Wieso eigentlich? Weil es schier unerträglich wäre, Lubitz nicht mittels Diagnose zu einem Sonderfall zu deklarieren: Das Böse wird mittels Diagnose relativiert. Unser aller Ohnmacht angesichts der monströsen Tat erfährt Linderung, weil man ja hätte. Nämlich hätte erkennen, behandeln, irgendwie verhindern können. Diesen emotionalen Notausgang bietet das Böse als letzte Erklärung nicht. Daher das öffentliche Interesse an einer psychiatrischen Einordnung.

Und tatsächlich spricht vieles für eine Störung des Co-Piloten, vor allem die im Alter von Anfang zwanzig gestellte Diagnose der schweren depressiven Episode (F 32.2). Doch erklärt das bereits einen Massenmord? Weltweit erkranken etwa jeder achte Mann und jede vierte Frau mindestens einmal im Leben an einer Depression. Mindestens drei Millionen Deutsche sind gerade jetzt depressiv erkrankt. Jährlich suizidieren sich mindestens 10.000 Deutsche, die Dunkelziffer ist hoch.

Depression ist ein Begleitsymptom vieler Störungen, aber keine ausreichende Erklärung für die Tat des Andreas Lubitz

Die Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD) stellt im Kapitel V (F) für schwere depressive Episoden fest: „Es ist sehr unwahrscheinlich, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche (!) Aktivitäten fortzuführen, allenfalls begrenzt“. Daher ist es völlig abwegig, dass so jemand wochenlang über jeweils viele Stunden sozial mit der Crew interagiert und ein Flugzeug fliegt. Dies ist bereits bei einer mittelgradigen depressiven Episode nahezu ausgeschlossen. Mit leichter depressiver Episode ist man aber nicht akut suizidal. Das bedeutet, Andreas Lubitz mag depressive Symptome gehabt haben, was aber keineswegs automatisch eine Depression als Grunderkrankung begründet. Einzig Depression als ursächliche Erkrankung und Erklärung für Motiv und Tat ist mehr als unwahrscheinlich.

Wer eine akute Psychose hat, kann kein Flugzeug fliegen

Ein paar wilde Spekulationen kann man ebenfalls getrost vergessen: Etwa, dass Lubitz eine Psychose hatte, eine wahnhaftige Depression oder eine bipolare Störung. Dazu muss man sich den Berufsalltag eines Lufthansa-Piloten vorstellen: In der Herrgottsfrühe aufstehen, die Crew treffen, mit ihnen angemessen und vernünftig (!) kommunizieren, die Checks vor den Flügen durchführen, das Gerät mit dem Piloten gemeinsam fliegen, wozu Starts und Landungen zählen, Kommunikation mit Tower und Lotsen. Hinzu kommen hohe soziale Dichte mit Kommunikation und Teamorientierung, dazu Konzentration, Disziplin, Belastbarkeit über Stunden und formal geordnetes Denken. Selbst bei guter Realitätsanpassung bei bestehenden psychotischen oder wahnhaften Symptomen ist ein Betroffener allenfalls über sehr kurze Zeit im Stande, auch nur annähernd den Anforderungen eines Piloten gerecht zu werden.

Die Debatte um die Flugzeugkatastrophe entbehrt nicht wilder Spekulationen, wohl aber einer Systematik der Analyse

Dass Andreas Lubitz unter depressiven Symptomen litt, scheint klar zu sein. Diese begründen jedoch noch keine Depression, denn Depressivität kommt bei zahlreichen psychiatrischen Erkrankungen begleitend vor. Beispiel: Wer unter einer schweren Zwangserkrankung leidet, die fast den gesamten Alltag in Beschlag nimmt, wird kaum gehobener Stimmung sein, sondern seine Erkrankung niedergeschlagen und verzweifelt erleben. Lubitz teilte seinen Ausbildern irgendwann 2009 mit, seine schwere depressive Depression sei erfolgreich behandelt worden. Damals war er ungefähr 22 Jahre alt; nimmt man die sechsmonatige Behandlungszeit und den vermutlich deutlich früheren Symptombeginn hinzu, dann haben wir es zum damaligen Zeitpunkt mit einem Mann in der Spätadoleszenz zu tun.

Bekanntlich wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus guten Gründen ein gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie unterschiedliches Diagnoseglossar verwandt: Weil bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die psychische Reifung noch sehr für Veränderung offen ist, sind auch die Diagnosen weniger festlegend und tragen damit möglichen – oft nicht vorhersehbaren - Entwicklungen Rechnung. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode im frühen Erwachsenenalter mag daher zum Zeitpunkt der Behandlung pragmatisch angemessen gewesen sein, weil sie eine sofortige medikamentöse und psychotherapeutische Therapie ermöglichte. Sie schließt aber keineswegs weitere tiefgreifende Persönlichkeitsstörungen aus, die vermutlich weder zum damaligen Behandlungsauftrag noch zur Fragestellung gehörten. Höchst wahrscheinlich existierte auch keinerlei Notwendigkeit einer über den akuten Behandlungsbedarf hinausreichenden Fragestellung, etwa jene nach einer späteren Eignung als Zivilpilot.

Kurz: Es ist sehr wahrscheinlich, dass die vormals gestellte Diagnose eine Behandlungsdiagnose war, nicht aber eine, die auf einer umfassenden Untersuchung der Persönlichkeit beruhte und schon gar keine, die Aussagen über spätere Entwicklungen der Persönlichkeit des Andreas L. zuließe. Dies ist keine Kollegenschelte, sondern gibt psychiatrischen Alltag wieder, der nicht zuletzt dem Wohl junger Patienten dient, denen man keine stigmatisierende Diagnose geben mag, zumal deren Validität im vorliegenden Fall sehr unsicher gewesen wäre. Stellt sich der Behandlungsverlauf als komplizierter heraus, wird man die Beteiligung einer Persönlichkeitsstörung in Betracht ziehen, was im Rahmen stationärer Behandlungen relativ leicht fällt, wenn der Patient in seinem Alltagsverhalten auf Station,

gegenüber Personal und Mitpatienten beobachtet werden kann. Erfolgt die Therapie ambulant, ist dies viel schwieriger. Wie also war das Setting der Behandlung und ermöglichte es die Erfassung persönlichkeitspezifischer Merkmale?

Damit ist die entscheidende Frage nach der Beteiligung einer Persönlichkeitsstörung aufgeworfen. Es handelt sich eben nicht um einen so genannten erweiterten Suizid, bei dem mehr oder weniger zufällig zahlreiche Unbekannte ums Leben kamen. Im Gegenteil, die Kaltblütigkeit, mit der Andreas L. handelte, spricht gegen eine Beziehungstat, bei der sich jemand konkret an einzelnen Personen rächen will oder diese subjektiv vom Jammertal der Erde zu erlösen wünscht, wie dies bei der Beteiligung eines Wahns der Fall sein könnte.

Anonymität und Wahllosigkeit der Opfer – mit Ausnahme der Crew - und ihre hohe Zahl sprechen vielmehr entweder für eine Amoktat oder ein irgendwie ideologisch oder religiös motiviertes Handeln. Letzteres kann nach allem, was man über die zurückhaltende, unauffällige Person des Co-Piloten weiß, ausgeschlossen werden. Gegen eine Radikalisierung innerhalb weniger Wochen, wie dies bei islamistischen Personen häufiger zu beobachten ist, spricht auch das Fehlen typischer Internetauftritte oder Nutzerdaten und vor allem ein Bekennerschreiben, ohne das ein ideologisch begründeter Anschlag keinerlei Sinn macht.

Mithin bleibt nur die begründete Annahme einer Amoktat, die in Art und Ausführung zunächst ungewöhnlich erscheint. In der Geschichte der zivilen Luftfahrt gibt es jedoch Belege für willentlich herbeigeführte Abstürze durch Piloten oder Suizide mit Sportflugzeugen. Den Tod aus der Luft wählte auch der zuletzt schwer belastete FDP-Politiker Jürgen Möllemann – als letzten sensationellen Öffentlichkeitscoup.

Der wesentliche Unterschied zwischen so genanntem erweitertem Suizid und Amok besteht nach Ansicht von Adler et al. im Angriff auf völlig Unbeteiligte, hier also auf mehr als einhundertvierzig Fluggäste, selbst wenn Nahestehende, also die Crew, mitbetroffen waren. In einer kontentanalytischen Vergleichsuntersuchung von deutschen Amokläufern kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Opfer überwiegend Fremde sind (Adler et.al., 2006, S. 582-590). Die Täter sind fast ausschließlich Männer, was eine Kommentatorin der Zeitschrift Emma zu dem bemerkenswerten Schluss brachte, man möge vorwiegend Frauen ins Cockpit entsenden. Genauso gut könnte man angesichts des Risikos postpartaler psychiatrischer Erkrankungen frisch Entbundener verlangen, die Neugeborenenfürsorge ausschließlich den Vätern zu überlassen.

Andreas Lubitz war ein Narzisst

Man muss sich die Situation im Flugzeug vorstellen und sich in das Erleben von Lubitz versetzen: Sie wissen, Sie haben Familien, Kinder an Bord, die Sie alle entschlossen sind, in den Tod zu fliegen. Dazu Schreie und Rufe, die Sie hören, Angst und Verzweiflung dringen durch die Cockpittüre. Das erträgt nur, wer völlig kalt und bar jeder Empathie ist. Oder wer diese letzten Minuten und die (großartige) Macht, die ihm gottähnlich zukommt, genießt, weil man Herr über Leben und Tod von 149 Menschen ist.

Die Untersuchung von Adler et. zeigt, dass sehr unterschiedliche Personengruppen Amok begehen, u.a. Persönlichkeitsgestörte. Die Häufigkeit von Amok sei rückläufig, die Art und Weise jedoch störungsabhängig. Lubitz wählte einen spektakulären Abgang. Denn er hätte

sich auch in eine Sportmaschine setzen können, um alleine in den Tod zu fliegen. Stattdessen führte er einen triumphalen – sozusagen großartigen - Abgang herbei. Das wird Lubitz ausgekostet haben.

Lubitz war ein extrem kontrollierter Mensch – sowohl vor seiner Tat als auch bei ihrer Ausübung. Um 149 Menschen gezielt, kaltblütig und lange geplant umzubringen, bedarf es mehr als einer Depression. Die Zeitspanne zwischen der Abwesenheit des Piloten und dem Aufprall mit mehrmaligen Beschleunigungen der Maschine, den Rufen, Schreien und das verzweifelte Klopfen mit ruhiger Atmung zu absolvieren, passt nicht zu einer Depression als Grunderkrankung. So kann man nur handeln, wenn das eigene Gewissen dem nicht entgegensteht, sondern einverstanden ist. Wer selbstgerechte Wut ohne Mitgefühl in rücksichtslose Handlung gegen andere umsetzt, ist ein Narzisst. Andreas Lubitz war so ein Narzisst.

Wie entdeckt man unter schrecklich netten, unauffälligen Menschen potentielle Amoktäter?

Ein Amok ist nicht ohne begleitenden Hass, ohne das Bedürfnis nach Revanche denkbar. Einzig Rache und generalisierte Feindseligkeit ermöglichen das wahllose Töten Unbeteiligter. Hass auf sich und andere schlechthin vereinen sich in der finalen Zerstörung zum Triumph über sich und die Welt. Stattdessen werden Amoktäter im Nachhinein als „ruhig, unauffällig, freundlich, nett“ beschrieben. So auch bei Lubitz. Der zudem nicht den Fehler machte, sein Vorhaben im Internet hinaus zu posaunen.

Seien wir bescheiden: Wir würden einen Täter wie Lubitz bei jährlich stattfindenden – sagen wir – 50minütigen Gesprächen nicht identifizieren. Dazu bedürfte es ganz anderer Settings. Allenfalls würden wir bemerken, dass jemand verschlossen ist, zurückhaltend, etwas misstrauisch. Doch wer wäre das nicht, wenn es um seinen Job geht?

Lit.: Adler L, D Marx, H Apel, M Wolfersdorf, G Hajek: Zur Stabilität des „Amokläufer“-Syndroms. Fortschr Neurol Psychiat 2006; 74:582-590

