

Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. med. U. Trenckmann
Dienstort: Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer

Schizophrenie und Gewalt:
Vorhersage anhand von Risikoprädiktoren
Eine retrospektive Studie medizinisch-psychiatrischer Gutachten

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
Julia Eva-Maria Anja Charlotte Grafe
aus Dresden (Geburtsort)

2006

Dekan: Prof. Dr. med. G. Muhr

Referent: Prof. Dr. med. U. Trenckmann

Koreferent: Prof. Dr. med. G. Juckel

Tag der Mündlichen Prüfung: 05. Dezember 2006

Inhaltsverzeichnis

1. Fragestellung der Arbeit.....	1
2. Einführung.....	2
2.1. Fremdaggressive Gewalt und psychische Erkrankung	2
2.2. Gewalt und Schizophrenie.....	3
2.3. Suizidalität.....	5
2.4. Schizophrenie.....	6
2.4.1. Epidemiologie, Ätiologie und Psychopathologie.....	7
2.4.2. Subtypen.....	8
2.4.3. Prognose, Verlauf und Therapie.....	9
2.5. Ursachen von Gewalt.....	11
2.5.1. Frustrations-Aggressions-Modell.....	11
2.5.2. Ursachen schizophrener Gewalt.....	11
2.6. Prognose und Prädiktoren	12
2.6.1. Schwierigkeiten bei der Prognose.....	12
2.6.2. Prognose unter verschiedenen Behandlungsbedingungen.....	13
2.6.3. Auswahl der Prädiktoren.....	14
2.6.4. Prädiktor Geschlecht.....	15
2.6.5. Prädiktor Alter	16
2.6.6. Prädiktor Subtyp der Schizophrenie	17
2.6.7. Prädiktor Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen	18
2.6.8. Prädiktor Komorbidität mit Substanzmissbrauch	19
2.6.9. Prädiktor Behandlung und Therapie	21
2.6.10. Prädiktor Soziale Stellung	22
2.6.11. Prädiktor Krankheitsdauer und Erstmanifestation.....	22
2.6.12. Prädiktor Gewalt in der Vorgeschichte	23
2.7. Zusammenfassung.....	24
2.7.1. Stationäres Setting.....	24
2.7.2. Ambulantes Setting.....	25
2.7.3. Epidemiologische Studien.....	25
2.7.4. Zusammenfassung der Prädiktoren.....	27
3. Material und Methoden.....	28
3.1. Material.....	28
3.1.1. Gutachten und Gutachter.....	28
3.1.2. Ausschlusskriterien.....	29
3.2. Methoden.....	30
3.2.1. Straftat.....	31
3.2.2. Geschädigte Personen und Sachgegenstände.....	31
3.2.3. Handlungsintention.....	32
3.2.4. Alter und Geschlecht.....	33
3.2.5. Diagnose.....	34

3.2.6. Medikamentencompliance.....	35
3.2.7. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen.....	36
3.2.8. Komorbidität mit weiteren Erkrankungen.....	37
3.2.9. Gewalt in der Vorgeschichte.....	38
3.2.10. Krankheitsdauer/Erstmanifestation.....	38
3.2.11. Psychosoziale Versorgungssituation.....	39
3.2.12. Gesetzlicher Betreuer.....	40
3.2.13. Soziale Stellung und Integration.....	40
3.2.14. Schulbildung.....	41
3.2.15. Muttersprache.....	42
3.2.16. Familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen.....	43
3.2.17. Statistische Methoden.....	43
4. Ergebnisse.....	44
4.1. Beschreibung des Gesamtkollektives.....	44
4.1.1. Beschreibung der Anlaßstraftat.....	44
4.1.2. Häufigkeitsverteilung demographischer Variablen.....	45
4.1.3. Häufigkeitsverteilung klinischer Variablen.....	47
4.1.4. Zusammenfassung der Häufigkeitsverteilung im Gesamtkollektiv.....	51
4.2. Beschreibung von Teilkollektiven.....	52
4.2.1. Vergleich der Anlaßstraftat.....	53
4.2.2. Vergleich demographischer Variablen.....	54
4.2.3. Vergleich klinischer Variablen.....	58
4.2.4. Zusammenfassung Vergleich der Teilkollektive.....	66
5. Diskussion.....	69
5.1. Ergebnisse zur Anlaßstraftat.....	69
5.1.1. Straftat.....	69
5.1.2. Tötungsdelikt.....	70
5.1.3. Körperverletzungsdelikt.....	73
5.1.4. Allgemeine Kriminalität.....	75
5.2. Ergebnisse der demographischen Variablen.....	76
5.2.1. Alter und Geschlecht.....	76
5.2.2. Soziale Stellung.....	76
5.2.3. Schulbildung.....	78
5.2.4. Familäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen.....	79
5.2.5. Muttersprache.....	79
5.3. Ergebnisse der klinischen Variablen.....	80
5.3.1. Diagnose.....	80
5.3.1.1. Paranoia/Paraphrenie.....	81
5.3.1.2. Schizoaffektive Störung.....	82
5.3.2. Medikamenten-Compliance.....	82
5.3.3. Komorbidität mit weiteren Erkrankungen.....	84
5.3.4. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen.....	85

5.3.5. Gewalt in der Vorgeschichte.....	86
5.3.6. Krankheitsdauer und Erstmanifestation.....	87
5.3.7. Psychosoziale Versorgungssituation.....	88
5.3.8. Gesetzlicher Betreuer.....	89
6. Zusammenfassung.....	90

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Einteilung der Prädiktorvariablen	15
Tab.2: Gewaltprädiktoren nach aktueller Studienlage	27
Tab. 3: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Handlungsintension	45
Tab. 4: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Geschlechtsverteilung	46
Tab. 5: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Soziale Stellung	46
Tab. 6: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Familiäre Belastung	47
Tab. 7: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Nationalität	47
Tab. 8: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Gewalt in der Vorgeschichte	50
Tab. 9: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Gesetzlicher Betreuer	51
Tab. 10: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Geschädigte Personen	54
Tab. 11: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Handlungsintention	54
Tab. 12: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Altersverteilung	55
Tab. 13: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Geschlecht	55
Tab. 14: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Soziale Stellung	56
Tab. 15: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Schulbildung	57
Tab. 16: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Familiäre Belastung	58
Tab. 17: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Nationalität	58
Tab. 18: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Diagnose	59
Tab. 19: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Medikamenten-Compliance	60
Tab. 20: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Komorbidität mit weiteren Erkrankungen	61
Tab. 21: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen	62
Tab. 22: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gewalt in der Vergangenheit	63
Tab. 23: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Krankheitsdauer/Erstmanifestation	64
Tab. 24: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Psychosoziale Versorgungssituation	65
Tab. 25: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gesetzlicher Betreuer	66
Tab. 26: Zusammenfassung Intragruppenvergleich	68
Tab. 27: Zusammenfassung Ergebnisse Intragruppenvergleich	93

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Frustrations-Aggressions-Modell.....	11
Abb. 2: Anlaß der Gutachtenerstellung.....	28
Abb. 3: Verteilung der Gutachter.....	29
Abb. 4: Häufigkeitsverteilung im Gesamtkollektiv - Anlaßstraftat.....	44
Abb. 5: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Geschädigte Personen und Sachgegenstände.....	45
Abb. 6: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Altersverteilung.....	45
Abb. 7: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Schulbildung.....	47
Abb. 8: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Diagnose.....	48
Abb. 9: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Medikamenten-Compliance.....	48
Abb. 10: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Komorbidität mit weiteren Erkrankungen.....	49
Abb. 11: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen.....	49
Abb. 12: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Krankheitsdauer/Erstmanifestation.....	50
Abb. 13: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Psychosoziale Versorgungssituation.....	51
Abb. 14: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Geschädigte Personen.....	53
Abb. 15: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Altersverteilung.....	55
Abb. 16: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Soziale Stellung.....	56
Abb. 17: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Schulbildung.....	57
Abb. 18: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Diagnose.....	59
Abb. 19: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Medikamenten-Compliance.....	60
Abb. 20: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Komorbidität mit weiteren Erkrankungen.....	61
Abb. 21: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gewalt in der Vergangenheit.....	63
Abb. 22: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Krankheitsdauer/Erstmanifestation.....	64
Abb. 23: Häufigkeiten in Teilkollektive - Psychosoziale Versorgungssituation.....	65
Abb. 24: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gesetzlicher Betreuer.....	66

1. Fragestellung der Arbeit

Gibt es einen deutlich nachweisbaren Zusammenhang zwischen Schizophrenie und vermehrter Gewalttätigkeit?

Diese Arbeit beschäftigt sich mit straffällig gewordenen schizophrenen Menschen und untersucht dieses Patientenkontinental anhand von forensisch-psychiatrischen Strafrechts- und Prognosegutachten. Ziel der Arbeit ist es, einen Beitrag zur Vorhersage aggressiven und gewalttätigen Verhaltens in dieser Patientengruppe zu leisten.

Dazu werden im ersten Schritt demographische und klinische Variablen am Kollektiv der forensisch relevanten schizophrenen Gewalttäter erhoben und die gefundenen Ergebnisse mit den in der Literatur gefundenen Prädiktoren zur Vorhersage aggressiven und gewalttätigen Verhaltens bei schizophrenen Patienten verglichen. Die Daten werden retrospektiv aus wissenschaftlich-psychiatrischen Strafrechts- und Prognosegutachten für schizophrene Straftäter herangezogen.

Es wird erwartet, dass die in der Literatur beschriebenen Prädiktoren für aggressives und gewalttätiges Verhalten auch in dem hier untersuchten Kollektiv Gültigkeit haben und bestätigt werden.

Im zweiten Schritt erfolgt eine Unterteilung der Gesamtstudienpopulation nach der Schwere der begangenen Straftat, wobei zwischen Tötungsdelikt und versuchter Tötung als schwerer Straftat, Körperverletzung und sexueller Gewalt als mittelschwerer Straftat und Sachbeschädigung, Bedrohung und Diebstahl als leichter Straftat unterschieden wird. Mit Hilfe des Mann-Whitney-Tests für unabhängige nicht normal verteilte Stichproben wird untersucht, ob die gefundenen Unterschiede hinsichtlich der Prädiktoren zwischen den Tätern leichter, mittelschwerer und schwerer Straftaten statistisch signifikant sind.

Abschließend werden statistisch signifikante Unterschiede und Tendenzen zwischen den drei Subgruppen zusammenfassend dargestellt.

2. Einführung

2.1. Fremdaggressive Gewalt und psychische Erkrankung

Die unwidersprochene Überzeugung, dass Geistesgestörte in hohem Maße gewalttätig sind spiegelt sich schon in den alten Lehrbüchern der forensischen Psychiatrie vor ca. 100 Jahren bei CRAMER (1908) und BUMKE (1928) wieder. Es bildete sich ein allgemeines Meinungstereotyp heraus, was besagt: „Geistesranke, von einem unverständlichen Leiden der Vernunft beraubt, sind unberechenbar und allgemeingefährlich“. Insbesondere die Erkrankungen aus der Gruppe der Schizophrenien, welche mit einer „Gefühlsabstumpfung“ einhergehen prädisponieren „zu schweren Formen der Kriminalität, insbesondere zu Vergehen gegen Leib und Leben“ vgl. BÖKER (1973).

Das dieses Meinungstereotyp zum Teil auch noch in den achtziger und neunziger Jahren galt, konnte WAHL (1987) bei der Befragung von Collegestudenten in den USA feststellen. 52% der befragten Studenten glaubten, dass „Aggression, Feindseligkeit und Gewalt“ zutreffend bzw. sehr zutreffend für schizophrene Erkrankte sei. Ähnliche Aussagen trafen in einer Untersuchung von LINK (1987) die Einwohner von Ohio, womit gezeigt wird, dass Menschen mit Geisteskrankheiten allgemein und Schizophrene im speziellen weiterhin als „potentiell gefährlich“ von der Allgemeinbevölkerung beschrieben werden. In Deutschland konnten die Rheinischen Kliniken Düsseldorf im Jahre 2002 in einer Umfrage feststellen, dass ein Großteil der Bevölkerung Schizophrene für „gefährlich und besessen“ hält und bei einer Erkrankung im Bekanntenkreis den Kontakt abbrechen würde.

Ist diese Beschreibung nun im Sinne eines Realurteils zutreffend oder entspricht diese Attribution einer unzulässigen Stigmatisierung psychisch Kranker im Rahmen eines Vorurteils?

Tatsächlich ist es so, dass von der großen Mehrheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen für ihre Umwelt nicht mehr Gefahrenpotential ausgeht als von der Allgemeinbevölkerung. Zu diesem Ergebnis kommt TORREY (1994) in einem Übersichtsartikel, der aktuelle Studien und Medienberichte zu Gewalttaten psychisch kranker Personen auswertet. Für die Bundesrepublik Deutschland kamen BÖKER (1973) und HÄFNER in ihrer psychiatrisch-epidemiologischen Untersuchung in den Jahren 1955 - 1964 zu dem Allgemeinergebnis, dass von psychisch erkrankten Menschen kein höheres Risiko für Gewalttaten von forensischer Relevanz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgeht. Tatsächlich ist für

den einzelnen Bürger die Gefahr durch einen Alkoholiker angegriffen und verletzt zu werden deutlich höher als der mögliche Angriff eines Geisteskranken oder Schizophrenen. Die Gefahr steigt noch einmal, da es in der Bevölkerung deutlich mehr Alkoholiker als Schizophreniker gibt vgl. SWANSON (1990).

Das Allgemeinergebnis von BÖKER (1973) wurde im Rahmen der Entstigmatisierungskampagne und Öffnung der Psychiatrie für langzeithospitalisierte Patienten (Psychiatrie Enquete von 1975) oft als „Propaganda“ zitiert und beherrschte in Deutschland lange die wissenschaftliche Diskussion. Bei genauerer Betrachtung ergibt jedoch schon die Subgruppenanalyse für die Gruppe der Schizophrenen in der Studie von BÖKER und HÄFNER ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung 5fach erhöhtes Risiko, was einer deutlichen Erhöhung des aggressiven Potentials der Schizophrenen gegenüber der allgemeinen Bevölkerung entspricht. Dieses Ergebnis fand zur damaligen Zeit aus oben genannten ideologischen Gründen nicht die nötige Beachtung. Die Ergebnisse von BÖKER (1973) und HÄFNER werden zudem dadurch relativiert, als zum damaligen Untersuchungszeitpunkt eine große Anzahl schizophrener Erkrankter langzeithospitalisiert war. Die Patienten unterlagen damals erheblichen Freiheitsbeschränkungen, was naturgemäß die Möglichkeit Straftaten zu begehen, verringerte. Zudem spielte seinerzeit die Drogenproblematik bei schizophrenen Erkrankten noch nicht die Rolle wie heutzutage, wo viele Erkrankte zur Coupierung ihrer Krankheitssymptome weichen Drogen konsumieren.

Nachdem in den 70iger und 80iger Jahren der Zusammenhang zwischen Schizophrenie und erhöhtem Kriminalitäts- und Gewaltisiko kontrovers diskutiert wurde, kommen zahlreiche neuere epidemiologische Untersuchungen zu dem übereinstimmenden Ergebnis, dass es einen zuverlässigen Zusammenhang zwischen schizophrenen Psychosen und Gewalttätigkeit gibt.

2.2. Gewalt und Schizophrenie

Die im folgenden zitierten Angaben zur Prävalenz aggressiven Verhaltens variieren aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsbedingungen, Stichprobenselektionen und Definitionen von Gewalttätigkeit.

Sie sind sich in ihrer Grundaussage jedoch einig: Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalttätigkeit, so dass die eingangs gestellte Frage zumin-

dest in Teilen mit „Ja“ beantwortet werden muss. Für einen Teil der geisteskranken Patienten, nämlich für die Patienten mit Schizophrenie ist eine erhöhte Aggressivität und Gewalttätigkeit nachgewiesen.

Später im Text wird noch aufgezeigt, dass „Patienten mit Schizophrenie“ keine einheitliche Population beschreibt, sondern dass es sich hierbei um eine inhomogene Patientengruppe handelt, die sich in gewalttätige und nicht-gewalttätige Patienten unterteilen lässt.

HUBER (1979) fand in seiner Verlaufsstudie der Schizophrenie gefährliche aggressive Handlungen bei 3,1% der schizophrenen Männer und 5,7% der schizophrenen Frauen. LINDQUIST (1990) und Allerbeck untersuchten 644 schizophrene Patienten, wovon 6% aggressiv oder gewalttätig wurden. Die kumulative Kriminalitätsrate von schizophrenen Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung war um das 4fache erhöht. WESSELY (1994) zeigte anhand des Fallregisters für schizophrene Ersterkrankungen in London bei schizophrenen Frauen eine 3,3fach erhöhte Delinquenzrate, schizophrene Männer fielen durch 3,8fach erhöhte Gewalttätigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Ähnliche Ergebnisse fand auch SWANSON (1990) im Epidemiological-Catchment-Area-Projekt in den USA. Im deutschsprachigen Raum wurde dieser Zusammenhang von HALLER (2001) in dem österreichischen Bundesland Vorarlberg bestätigt. Er konnte zeigen, dass das relative Risiko überhaupt ein zur strafrechtlichen Verurteilung führendes Delikt zu begehen, bei Schizophrenen gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor 1,6 leicht erhöht ist. Das Risiko für ein Gewaltdelikt ist bei Schizophrenen schon erheblich höher als in der Normalbevölkerung (Faktor 3,2). Letztlich ist das Risiko, ein Tötungsdelikt zu verüben, im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht und zwar um den Faktor 38,0.

CALCEDO-BARBA (1994) untersuchte aggressive Handlungen von Schizophrenen in ihrem häuslichen Umfeld und fand eine Inzidenzrate von 32% Gewalt gegen andere Personen. MC NIEL (1986) fand eine Gewaltinzidenz von 18%. KARSON (1987) untersuchte Gewalt von schizophrenen Patienten im stationären und ambulanten Umfeld und beschrieb eine Inzidenz von 15%.

Insgesamt gilt eine deutlich erhöhte Disposition Schizophrener zu schweren forensisch relevanten Gewalttaten als gut gesichert. Man geht von einem 3-5fach erhöhten Risiko für Gewaltdelikte gegenüber der Allgemeinbevölkerung aus. Auch sind Schizophrene in psychiatrischen Kliniken unter dem aggressiven Klientel überrepräsentiert vgl. KIENJA (1993), MYERS (1984), TARDIFF (1984) und WATSON (1993).

TARDIFF (1980) untersuchte über 9000 stationär aufgenommene Patienten und fand bei 43% der Patienten mit aggressivem Verhalten eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis. ROSSI (1986) berichtet, dass 36% aller wegen Aggressivität stationär aufgenommenen Patienten schizophren erkrankt waren.

Diese Ausführungen zeigen, dass die Häufigkeitsangaben zur Gewaltinzidenz Schizophrener je nach Untersuchungsdesign stark schwanken. Daraus kann man ableiten, dass es sich bei den Schizophrenikern um eine sehr inhomogene Gruppe von Patienten handelt, wobei es eine Untergruppe von Patienten geben wird, die unter bestimmten Bedingungen ein sehr hohes Aggressions- und Gewaltpotential aufweist und eine Gefährdung für die Allgemeinbevölkerung darstellt, während eine andere Gruppe von Patienten mit abweichenden Bedingungen dieses deutlich erhöhte Aggressions- und Gewaltpotential nicht aufweist. Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedingungen und Merkmale der hochaggressiven und gefährlichen Untergruppe zu beschreiben und Prognosekriterien für gewalttätiges Verhalten abzuleiten.

Bevor sich die weitere Arbeit mit der Vorhersage fremdaggressiver Gewalt Schizophrener beschäftigt, an dieser Stelle einige Ausführungen zur Autoaggressivität dieser Patienten.

2.3. Suizidalität

Die Eigengefährdung bei Schizophrenen liegt höher als die Fremdgefährdung, weshalb die Diagnose Schizophrenie mit einer reduzierten Lebenserwartung von 10 Jahren einhergeht. Selbstmord ist die Hauptursache für einen vorzeitigen Tod bei Patienten mit Schizophrenie. Die Suizidrate beträgt je nach Studienlage zwischen 5-10% vgl. KLINGELHÖFER (1997) und FENTON (1997).

MORTENSEN (1993) fand in einer Erhebung an über 9000 Erstdiagnosen Schizophrenie im Zeitraum 1970-1987 an einem dänischen Krankenhaus, dass bei Männern Suizide für mehr als 50% und bei Frauen für knapp 35% aller Todesfälle verantwortlich sind. Damit ist das Suizidrisiko für diese Patientengruppe 20mal höher als für die Allgemeinbevölkerung. Das relative Risiko ist am höchsten für Patienten unter 30 Jahren, es gibt einen zweiten Altersgipfel bei Männern über 70 Jahre. In anderen Studien werden Suizidversuche mit einer Häufigkeit von 15-23% und andere autoaggressive Handlungen mit 34% angegeben vgl. STEINERT (1991) und HALLER (2001).

Verantwortlich für autoaggressive Handlungen sind hauptsächlich imperative Stimmen, das Gefühl der Ausweglosigkeit in psychotischer Angst oder Verfolgungswahn und die post-schizophrene Depression vgl. KLINGELHÖFER (1997).

Interessant im Rahmen dieser Arbeit ist der Hinweis von MC NIEL (1988) und TARDIFF (1984), dass suizidale schizophrene Patienten weniger häufig gewalttätig werden als nicht-suizidale schizophrene Patienten. So konnte MC NIEL (1988) in einer Studie an 238 unfreiwillig aufgenommenen Krankenhauspatienten zeigen, dass autoaggressive Handlungen in der Vergangenheit mit weniger fremdaggressiver Gewalt in der Gesellschaft und während des stationären Aufenthaltes einhergehen. Die zitierte Studie hat allerdings wegen des relativ kurzen Betrachtungszeitraums Querschnittscharakter. Ob sich im Längsschnitt der Ausschluss fremdaggressiver Gewalt gegenüber dritten Personen bei selbstverletzendem und suizidalem Verhalten bestätigt, bleibt weiteren systematischen Untersuchungen vorbehalten.

2.4. Schizophrenie

Schizophrenien sind psychische Störungen mit charakteristischen Veränderungen in Denken, Wahrnehmung, Willen und Leistungsfähigkeit, die in ihrer Gesamtheit zu einer Desintegration der psychischen Funktionen des Ichs führen. Aufgrund dieses Zusammenbruchs der kognitiven und emotionalen Prozesse im erkrankten Menschen prägte Eugen Bleuler 1911 den heutigen Namen Schizophrenie. Der Name setzt sich aus den griechischen Silben „schizein - spalten“ und „phrân - Geist/Gemüt“ zusammen, bedeutet aber nicht wie vielfach angenommen, die Teilung des Menschen in zwei Persönlichkeiten. Die Veränderungen erreichen in der akuten Krankheitsphase ein solches Ausmaß, dass die Fähigkeit zur sozialen Lebensbewältigung, zur zwischenmenschlichen Kommunikation und der Realitätsbezug verloren gehen. Für Außenstehende, Freunde und Angehörige erscheinen die betroffenen Personen in dieser Phase als „verrückt“.

2.4.1. Epidemiologie, Ätiologie und Psychopathologie

Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie beträgt 0,5-1%, sie ist kultur- und geschlechtsunabhängig vgl. KLINGELHÖFER (1997). In Deutschland leben ungefähr 800 000 Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind. Sie werden gehäuft in den unteren sozialen Schichten angetroffen, 45% leben in der untersten sozialen Klasse. Die Erklärung für dieses Phänomen liefert die Selektionshypothese, welche feststellt, dass Schizophrene einen sozialen und beruflichen Abstieg im Laufe ihrer Krankheit durchlaufen vgl. social drift hypothese nach YESAVAGE (1983).

Die Erkrankung manifestiert sich meist zwischen dem 20. – 40. Lebensjahr, bei einer Manifestation nach dem 40. Lebensjahr spricht man von einer sogenannten „Spätschizophrenie“ mit häufig bledem Verlauf. Bei einer Erstmanifestation vor dem 20. Lebensjahr liegt häufig eine hebephrene Verlaufsform mit ungünstiger Prognose vor vgl. KLINGELHÖFER (1997). Ätiologisch wird von einer multifaktoriellen Genese im Sinne des „Vulnerabilitäts-Stress-Modells“ ausgegangen. Eine individuelle Prädisposition führt in Verbindung mit auslösenden Belastungen zur Krankheitsmanifestation.

Folgende Faktoren zählen lt. KLINGELHÖFER (1997) zur individuellen Prädisposition:

- genetische Disposition bei vermutlich polygener Vererbung,
- Erhöhung des Neurotransmitters Dopamin im mesolimbischen System und
- eine schizothyme/paranoide Primärpersönlichkeit.

Als situative Krankheitsauslöser sind soziale Isolation und emotional belastende Lebensereignisse oder Entwicklungsschritte bei KLINGELHÖFER (1997) beschrieben.

Psychopathologisch erfolgt eine Einteilung der klinischen Störungen in Plus- und Minussymptomatik sowie in Basisstörungen. Plus-symptome sind produktive Krankheitssymptome wie Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen. Minussymptome beschreiben die Reduktion oder den Wegfall früher vorhandener Persönlichkeitsmerkmale und äußern sich in Affektverflachung, Antriebsverlust, autistischem Rückzug, formalen Denkstörungen, psychomotorischer Verlangsamung und Sprachverarmung. Als Basisstörung werden alle Veränderungen zusammengefasst, die auch in der schubfreien Phase zu Beeinträchtigung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit führen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch vom Residuum.

2.4.2. Subtypen

Die Möglichkeit der klinischen Symptome ist vielfältig und zeigt, dass es **die eine** Schizophrenie nicht gibt. Klinisch und prognostisch erfolgt die Einteilung in unterschiedliche Subtypen vgl. KLINGELHÖFER (1997).

● Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie ICD-10 F20.0

Sie ist die häufigste Unterform mit überwiegend spätem Beginn (30. – 40. Lj.) und oft günstiger Prognose. Das klinische Bild beherrschen Wahn, akustische Halluzinationen und Ich-Störungen.

● Hebephrenie ICD-10 F20.1

Sie beginnt meist früh (15. – 25. Lj) und hat eine schlechte Prognose bei prämorbid auffälliger Persönlichkeit. Das klinische Bild beherrschen affektive Störungen und eine Minus-Symptomatik, weshalb sie auch als Defektschizophrenie bezeichnet wird.

● Katatone Schizophrenie ICD-10 F20.2

Selten gewordene Unterform mit überwiegen psychomotorischen Störungen.

● Schizophrenia simplex ICD-10 F20.6

Sie ist eine symptomarme Unterform mit schleichendem Beginn und chronisch-ungünstigem Verlauf ohne produktive Symptome bei progredienter Minussymptomatik.

● Schizophrenes Residuum ICD-10 F20.5

Als möglicher Endzustand einiger Unterformen mit chronischem Verlauf und deutlicher sozialer Beeinträchtigung durch Minussymptome oder Basisstörungen.

● Paranoia/Paraphrenie

In den holzschnittartigen und vereinfachenden operationalisierten Diagnosesystemen wie der ICD 10 und DSM-IV finden sich keine direkten Entsprechungen für Paranoia/Paraphrenie. Von ersten Autoren wie Emil KREAPELIN (1883) wurde unter diesen Begriffen fixierte und systematisierte chronische Wahnerkrankungen mit ansonsten symptomarmen Verlauf und weitgehend intakter Persönlichkeit verstanden.

● Schizoaffective Störung ICD-10 F25

Das klinische Bild wird durch das gleichzeitige Auftreten von Symptomen einer typischen affektiven Störung mit depressiven und manischen Episoden **und** einer Schizophrenie geprägt. Die schizoaffective Störung ist damit halb Geistes- halb Gemütskrankung und wird als solche abweichend von der allgemeinen Schizophrenie behandelt. Schizoaffective Störungen verlaufen günstiger als Schizophrenien und ungünstiger als affektive Störungen.

● Drogeninduzierte Schizophrenie ICD-10 F1x.5

Insgesamt seltene Unterform, welche gerade zu Beginn der Erkrankung häufig diagnostiziert wird, wenn als schizophrenieauslösende Ereignisse der Konsum von psychotropen Substanzen dokumentiert ist. Oft ergibt sich im weiteren Krankheitsverlauf, dass zwischen Substanzgenuss und Krankheitsbeginn nur ein zufälliger und kein kausaler Zusammenhang besteht und es wird die Diagnose Drogeninduzierte Schizophrenie zugunsten einer anderen Schizophreniediagnose verlassen.

2.4.3. Prognose, Verlauf und Therapie

Ein Drittel der Schizophrenien nehmen einen günstigen Verlauf, ein Drittel verlaufen chronisch-schubförmig und ein Drittel verläuft chronisch mit Residualstörungen vgl. KLINGELHÖFER (1997). Allgemein für eine günstige Prognose sprechen:

- eine Erstmanifestation in höherem Alter,
- ein akuter Beginn,
- eine unauffällige Primärpersönlichkeit,
- eine abgeschlossene Ausbildung und
- gute soziale Integration.

Für einen ungünstigen Verlauf sprechen:

- eine Erstmanifestation in jüngerem Lebensalter,
- ein schleichender Beginn,
- mangelnde soziale Integration und
- Überwiegen von Minus-Symptomen.

Die Erkrankung verläuft in unterschiedlichen subtypabhängigen Stadien.

Zu Beginn steht eine unterschiedlich lange Prodromalphase mit unspezifischen Symptomen wie Abfall des Leistungsniveaus, sozialer Rückzug, Kommunikationsstörungen und zunehmende Angst und Depressivität. In der Regel werden diese uncharakteristischen Vorpostensymptome der Schizophrenie erst retrospektiv als Beginn der Erkrankung erkannt.

Es schließt sich die floride Phase der akuten Psychose mit formalen und inhaltlichen Denkstörungen, Ich-Störungen, Wahrnehmungs- und Affektstörungen an. Diese Phase ist durch einen mehr oder weniger ausgeprägten Realitäts- und Kontrollverlust gekennzeichnet.

Nach Abklingen der floriden Symptomatik tritt ein postpsychotischer Erschöpfungszustand mit Antriebsverlust und Depression ein. Dies wird auch als postremissive Phase bezeichnet und kann Wochen bis Monate dauern. Bei einigen Subtypen gibt es eine Restitutio ad integrum, bei anderen Formen kommt es zu einem Residualstadium, in dem Basisstörungen und Minussymptomatik das Bild beherrschen. Der Patient ist in seiner sozialen Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

Zur Therapie stehen eine Reihe unterschiedlicher Neuroleptika zur Verfügung. 1955 kam mit dem Chlorpromazin, einem Dopaminrezeptorblocker, das erste Medikament, auf den Markt. Neben den klassischen hoch-, mittel- und niederpotenten Neuroleptika gibt es weiterhin das Clozapin und die atypischen Neuroleptika mit dem Vorteil der deutlich verringerten extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen. Ergänzt wird diese medikamentöse Therapie durch eine Psycho- und Soziotherapie.

2.5. Ursachen von Gewalt

2.5.1. Frustrations-Aggressions-Modell

Zur Genese aggressiven Verhaltens allgemein wird das Frustrations-Aggressions-Modell herangezogen vgl. BANDURA (1983) und MUMMENDEY (1990). Es kann sowohl auf psychisch Kranke wie psychisch gesunde Personen angewandt werden. Ob Frustration mit Aggression beantwortet wird, ist von verschiedenen individuellen und Umweltfaktoren abhängig. Damit Erregung in Aggression umschlagen kann, braucht es zusätzlich eine spezifische Ursachenzuschreibung. Es erfolgt eine Identifizierung eines wirklichen oder vermeintlich feindseligen Objektes, gegen das sich die Aggression in der Folge richtet.

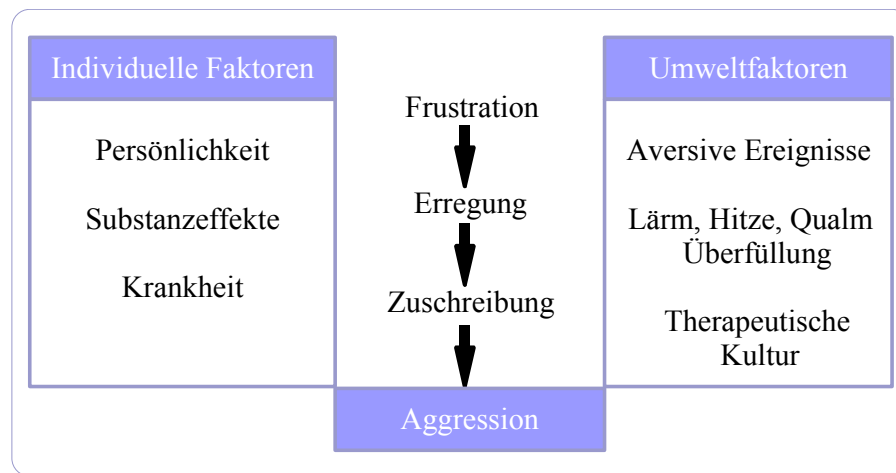


Abb. 1: Frustrations-Aggressions-Modell

2.5.2. Ursachen schizophrener Gewalt

In Anlehnung an dieses Modell gibt es speziell zu den Ursachen schizophrener Gewalt fünf unterschiedliche Hypothesen, die auch im Sinne einer multifaktoriellen Genese zusammengefasst werden können vgl. STEINERT (1998):

- Gewalt ist unmittelbare Folge neuropsychologischer Störungen SÜSSWOLD (1995),
- Gewalt ist unmittelbare Folge der schizophrenen Psychopathologie ADDAD (1981),
- Gewalt ist eine Folge der Lebensumstände,
- Gewalt erklärt sich aus der Fortsetzung prämorbid erworbener Verhaltensstile,
- Gewalt ist eine als berechtigt empfundene Reaktion auf eine ungeeignete und oft selbst gewalttätige Behandlung durch Psychiatrie und Gesellschaft.

2.6. Prognose und Prädiktoren

2.6.1. Schwierigkeiten bei der Prognose

Der Prognose zukünftigen gewalttätigen Verhaltens von Patienten kommt in der Psychiatrie und insbesondere in der forensischen Psychiatrie eine große Bedeutung zu. Lockerung der Ausgangsbeschränkung, Verlegung auf eine offene Station, Entlassung und andere Therapiefortschritte sind eng mit der Einschätzung des Aggressionspotentials des Patienten verbunden und werden in der Regel nur dann gewährt, wenn hinreichend Grund zu der Annahme besteht, dass vom Patienten zur Zeit keine Eigen- oder Fremdgefährdung ausgeht. Entsprechend umfangreich ist die Literatur zu diesem Thema.

Die hier zitierten Arbeiten beziehen sich alle auf die Einschätzung der Fremdgefährdung Schizophrener oder Patienten mit „schweren Geisteskrankheiten“ - Severe mental illness, ein Begriff aus dem Englischen, der die Schizophrenie ebenso wie andere schwerwiegende psychiatrische Störungen mit einschließt.

Vorhersagen können nach verschiedenen Gesichtspunkten eingeteilt werden. Eine mögliche Einteilung ist die nach dem Zeithorizont, in dem die Prognose zutreffen möchte. So ist zwischen kurz-, mittel- und langfristiger Prognose zu unterscheiden. Ein kurzfristiger Prognoserahmen umfasst die Vorhersage im Bereich von Tagen und Wochen, mittelfristige Prognosen erfassen einen Zeitraum von max. 2 Jahren, darüber hinaus spricht man von einer langfristigen Prognose, wobei insbesondere in diesem Bereich Schwierigkeiten liegen vgl. HINZ (1987) und MONAHAN (1981).

Eine weitere Einteilung kann nach dem Lebensumfeld, für welche die Vorhersage gelten soll, vorgenommen werden. Hier ist zu unterscheiden zwischen stationärem, häuslichen oder ambulanten Lebensumfeld des Patienten. Als nächstes wird auf diesen Punkt genauer einzugehen sein.

Einige Autoren wie MONAHAN (1976) behaupten, eine verlässliche Vorhersage von aggressivem Verhalten ist nicht möglich. Zu groß seien die individuellen und strukturellen Unterschiede als das man von der Allgemeinheit auf das Individuum schließen könnte.

2.6.2. Prognose unter verschiedenen Behandlungsbedingungen

Im psychiatrischen Bereich sind folgende Behandlungsbedingungen denkbar:

- der stationäre klinische Bereich
- der ambulante Bereich mit Tagesbetreuung/teilstationär
- der häusliche Bereich mit ambulanter Versorgung durch niedergelassene Ärzte oder Psychologen.

Zahlreiche Studien beziehen sich im Wesentlichen auf die Häufigkeit und Vorhersage aggressiven Verhaltens unter stationären psychiatrischen Bedingungen. Aufgrund methodischer Vorteile dieses Settings lassen sich in einem gut strukturierten Rahmen umfangreiche und detaillierte Angaben zur Patienten- und Krankengeschichte und zum aggressiven Ereignis erheben und auswerten. Viele dieser Studien sind prospektiv angelegt und durchgeführt. Andererseits repräsentieren die stationär behandelten Patienten nicht die Gesamtheit ihrer Diagnosegruppe, da nur besondere Vorfälle oder Schwierigkeiten in der Therapie zur stationären Aufnahme führen. Die Literatur aus dem stationären psychiatrischen Bereich zeigt eine überdurchschnittliche Repräsentanz von Schizophrenen unter den gewalttätigen Patienten vgl. STEINERT (1991), KIENJA (1993), MYERS (1984), TARDIFF (1984), WATSON (1993), NOBLE (1989), NOBEL (1997) und BARLOW (2000). Auch die deutsche epidemiologische Studie von BÖKER (1973) zeigte wie oben erwähnt, ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko für Schizophrene, schwere Gewalttaten zu begehen. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass es in der Literatur durchaus auch Studien wie die von KING KHO (1998) und MC NIEL (1988) gibt, die einen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalt nicht nachweisen können.

Das ambulante und erst recht das häusliche Umfeld sind aufgrund methodischer Schwierigkeiten weniger untersucht. Häufig sind die Studien in diesem Bereich retrospektiv. Große epidemiologische Untersuchungen bilden dabei eine Ausnahme vgl. BÖKER (1973), SWANSON (1990) und LINK (1992). Auf sie wird gesondert einzugehen sein. Insofern bildet auch die vorliegende Arbeit eine Ausnahme, als dass sich die retrospektiv untersuchten Patienten zum Zeitpunkt ihrer Straftat bis auf 11 stationäre Patienten (Fall 1, 8, 14, 65, 73, 82, 85, 87, 98, 144 und 150) in ambulanter psychiatrischer Behandlung oder ohne psychiatrische Behandlung in ihrem privaten Umfeld befanden.

2.6.3. Auswahl der Prädiktoren

Im Bereich der Vorhersage von Gewalt spaltet sich die Forschergemeinschaft in zwei Lager. Die Einen meinen, dass Gewalt bei psychisch kranken Menschen von den selben Faktoren abhängig ist wie Gewalt in der Normalbevölkerung. Gewalt sei abhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität, sozialer Klasse und früherer Gewalt.

Die Anderen meinen, dass die Rolle dieser demographischen Faktoren unbedeutend ist und aggressives Verhalten psychiatrischer Patienten allein durch Art und Schwere der Erkrankung bestimmt wird.

MILLER (1993) untersuchte retrospektiv auf psychiatrischen Stationen in Australien den Zusammenhang zwischen Gewalttätigkeit und verschiedenen Patientenmerkmalen. Die multiplen Regressionsanalysen für Gewalt zeigen keinen univariablen Zusammenhang zu einem möglichen Prädiktor im Bereich der demographischen Variablen. Die Untersuchungen ergaben, dass krankheitsdefinierte Variablen wie Art und Dauer der Erkrankung, Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungen insgesamt besser zur Vorhersage geeignet sind als demographische Faktoren.

Zum selben Ergebnis kommt ROSSI (1986) in einer Untersuchung von Patienten, die aufgrund aggressiver Handlungen stationär aufgenommen wurden. Auch er zeigt, dass klinische Variablen wie Diagnose, frühere stationäre Aufnahmen, ihre Dauer und der Unterbringungsmodus bessere Prädiktoren für Gewalt als demographische Variablen wie Alter, Ausbildung, materieller Status und Berufstätigkeit sind.

DAVIS (1991) weist in seinem Review zu Gewalt unter stationären Patienten darauf hin, dass Aggression und Gewalt das Resultat aus der Interaktion zwischen verschiedenen Variablen (er bezeichnet sie als individuelle, situationsgebundene und strukturelle Faktoren) und nicht allein der Ausdruck der individuellen Psychopathologie sind. Ein multiples Vorhersagesystem, das krankheitsdefinierte sowie personendefinierte und für den stationären Bereich auch strukturelle Merkmale mit einbezieht ist aussagekräftiger als die Gewaltvorhersage anhand eines Einzelmerkmals. Dieser Aussage schließen sich die meisten Autoren an.

Die Tabelle zeigt mögliche Prädiktoren eingeteilt in demographische und klinische Variablen.

Demographische Variablen	Klinische Variablen
Alter	Subtyp der Schizophrenie
Geschlecht	Komorbidity mit Persönlichkeitsstörung
Schulbildung	Komorbidity mit Substanzmissbrauch
Soziale Stellung	Krankheitsdauer/Erstmanifestation
Nationalität	Therapie/Compliance
Familienstand	Gewalt in der Vorgeschichte

Tab. 1: Einteilung der Prädiktorvariablen

2.6.4. Prädiktor Geschlecht

Kriminalstatistiken und Falldarstellungen über geistesgesunde Gewalttäter aus verschiedenen Ländern belegen, dass Männer an Mordhandlungen und anderen schweren Aggressionsdelikten signifikant häufiger beteiligt sind als Frauen und zwar im Verhältnis 3:1 bis 4:1.

Die Untersuchungen von BÖKER (1973) und STEINERT (1998) im deutschsprachigen Raum zeigen, dass Männer unter den geistesgestörten Gewalttätern ähnlich überrepräsentiert sind wie unter den verurteilten geistesgesunden Gewalttätern, nämlich ebenfalls im Verhältnis 3:1 bis 4:1. Das trifft auch im speziellen Fall auf schizophrene Gewalttäter zu, während bei den schizophrenen Neuerkrankungen das Geschlechterverhältnis 1:1 ist. Untersuchungen aus anderen Ländern (USA, England und Indien) fanden schwankende Ergebnisse zwischen 2:1 bis 10:1, was am ehesten durch soziokulturelle und methodische Einflüsse zu erklären ist.

RICHTER (1999) untersuchte Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. In seiner Studie wurden ein Drittel der aggressiven Übergriffe von weiblichen Patienten begangen, zwei Drittel der aggressiven Patienten waren Männer.

ROSSI (1986) fand als einzigen positiven Prädiktor für Gewalt im Bereich der demographischen Variablen ein Überwiegen des männlichen Geschlechts unter den aggressiven Patienten.

MC NIEL (1988) konnte in seiner Untersuchung zur Gewalt in der Gesellschaft und während des stationären Aufenthaltes zeigen, dass Männer häufiger in der Gesellschaft mit aggressivem Verhalten auffallen. Gleichzeitig beschreibt er aber auch, dass während des stationären Aufenthaltes es häufiger die Frauen waren, bei denen es zu aggressiven und gewalttätigen Durchbrüchen kam. Exakt dieses Ergebnis wird in der Untersuchung von BINDER (1990) bestätigt.

Für leichtere aggressive Handlungen (z.B. verbale Angriffe) und aggressives Verhalten unter stationären Bedingungen existieren in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse mit Überwiegen des männlichen Geschlechtes bei PEARSON (1986), Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei FOTTRELL (1980) oder ohne Geschlechtsunterschiede bei TARDIFF (1982), JAMES (1990), BARLOW (2000) und PALMSTIRNA (1989). Diese Differenzen lassen sich im wesentlichen auf die verschiedenen weit oder eng gefassten Definitionen von Gewalt und die unterschiedlichen Untersuchungsbedingungen zurückführen. Sie zeigen aber auch, dass die Datenlage hinsichtlich dieses Parameters sehr inkonsistent und widersprüchlich ist. Insgesamt scheint es bei schweren Gewaltverbrechen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei psychisch kranken Menschen eine Dominanz des männlichen Geschlechts zu geben. Aggressives Verhalten im weitesten Sinne jedoch kommt bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor.

2.6.5. Prädiktor Alter

Eine allgemein bekannte Tatsache ist, dass Delinquenz und Gewalttätigkeit in der Allgemeinbevölkerung zum größten Teil von jüngeren Menschen begangen wird. Die deutsche Bundesverurteiltenstatistik zeigt eine Häufung der Gewaltkriminalität zwischen dem 18. und 40. Lebensjahr. Die allgemeine Straffälligkeit nimmt mit zunehmenden Alter ab.

Mehrere Untersucher wie TARDIFF (1982), AQUILINA (1991), KENNEDY (1995), FOTTRELL (1980), JAMES (1990), PEARSON (1986) und KAY (1988) fanden Gewalttätigkeit in der psychiatrischen Klinik unter vorwiegend jüngeren Patienten.

In der Untersuchung von STEINERT (1991) zur Gewalttätigkeit in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern war die dominierende Altersgruppe die der 20-40jährigen. KING KHO (1998) untersuchte Gewalttätigkeit auf mehreren akut-psychiatrischen Stationen in London. Die meisten Gewalttaten gingen von Personen zwischen 20-30 Jahren aus. BARLOW (2000) beschrieb in ihrer australischen Untersuchung an psychiatrischen Krankenhauspatienten den gewalttätigen Hochrisikopatienten als jünger als 32 Jahre.

Andere Untersucher wie WESSELY (1994), MC NIEL (1988), ROSSI (1986) und PALMSTIRNA (1989) konnten den Zusammenhang zwischen Gewalt und Lebensalter jedoch nicht nachweisen. Sie stellten vielmehr fest, dass es unter psychiatrischen Patienten mit zunehmendem Alter keine natürliche Abnahme der Delinquenz wie in der Allgemeinbevölkerung gibt. Insgesamt ist die Datenlage zu diesem Prädiktor inkonstant und uneinheitlich.

2.6.6. Prädiktor Subtyp der Schizophrenie

Es gibt wie oben schon näher erläutert unterschiedliche Verlaufsformen der Schizophrenie mit jeweils charakteristischer Psychopathologie. Jede Verlaufsform hat ihre eigenen Besonderheiten hinsichtlich Therapie und Prognose.

In der Literatur wurde in einigen Untersuchungen auch der Frage nachgegangen, ob sich die Schizophrenieunterformen hinsichtlich ihres Aggressionspotentials unterscheiden, ob es eine Verlaufsform gibt, die durch deutlich erhöhte Gewaltinzidenzen auffällt während eine andere Verlaufsform ein geringeres Gewaltisiko bedeutet.

Mehrere Untersucher unterscheiden zwischen paranoider und nicht-paranoider Schizophrenie und finden die paranoide Schizophrenie häufiger mit Gewalt und Aggression assoziiert.

- Paranoide Schizophrenie

 - dazu gehört die Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie.

- Nicht-Paranoide Schizophrenie

 - dazu gehören die Hebephrenie

 - die Katatone Schizophrenie

 - die Schizophrenia simplex und

 - das Schizophrene Residuum.

Die Datenlage bezüglich der Gefährlichkeitsprognose beider Unterformen ist nicht einheitlich. Es kann aufgrund unterschiedlicher Studienpopulationen und Untersuchungsansätze nicht eindeutig gefolgert werden, dass paranoide Schizophrenie mit mehr Gewalt einhergeht als die nicht-paranoiden Unterformen, obwohl dieser Zusammenhang von verschiedenen Autoren wie HALLER (2001) beschrieben wird. Andere Autoren wie TARDIFF (1980) zeigen nämlich, dass gerade die nicht-paranoide Schizophrenie mit mehr Aggression und Gewalt einhergeht als die paranoide Unterform.

In Zusammenschau der vorliegenden Literatur ist es so, dass paranoide Schizophrenie in ihrer häuslichen Umgebung häufiger als die nicht paranoiden Unterformen durch aggressives Verhalten auffallen. Dieser Unterschied verschwindet jedoch, sobald der paranoide Schizophreniker stationär aufgenommen und neuroleptisch behandelt wird. In aller Regel spricht er gut auf die medikamentöse Behandlung an und die krankheitseigenen aggressionsauslösenden Ängste und Frustrationen verschwinden. Im Gegensatz dazu sprechen die nicht-paranoiden Unterformen der Schizophrenie häufig schlechter auf neuroleptische Medikation an, was zu einem längeren stationären Aufenthalt dieser Patienten führt. Im Ergebnis fällt in einer Population von Krankenhauspatienten die Gruppe der nicht-paranoiden Schizophreniker mit häufigeren aggressiven Handlungen auf wie CALCEDO-BARBA (1994) zeigt.

MUNTANER (1997) untersuchte retrospektiv über 6 Jahre psychotische Patienten und ihre Inhaftierungsrate in der Gesellschaft als Zeichen für Aggressivität und Gewalt. Er fand die höchsten Inhaftierungsraten bei Patienten mit drogeninduzierter Psychose im Vergleich zu anderen Psychosepatienten.

Zusammenfassend stellen die meisten Untersucher fest, dass Gewalt meist in einer Situation der verminderten Impulskontrolle entsprechend einer aktiven Krankheitsphase/akuten Psychose hervorbricht vgl. MCNIEL (1997), TAYLER (1995) und LINK (1992).

2.6.7. Prädiktor Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen

ROBINS (1984) zeigt bei Schizophrenen eine gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöhte Komorbidität mit dissozialer Persönlichkeitsstörung. Durch diese prämorbid Persönlichkeitsstruktur besteht nach seiner Untersuchung krankheitsunabhängig eine erhöhte Bereitschaft zur Gewalttätigkeit. Allgemein geht man von einem 5fach erhöhtem

Kriminalitätsrisiko bei Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung aus.

WESSELY (1994) konnte nachweisen, dass der stärkste Prädiktor kriminellen Verhaltens bei Schizophrenen eine bereits prämorbid vorhandene Kriminalität ist.

STEINERT (1996) untersuchte forensisch untergebrachte schizophrene Gewalttäter – was einem ähnlich selektionierten Klientel wie dem der vorliegenden Arbeit entspricht – und fand bei ca. einem Drittel der Patienten eine prämorbid bestehende dissoziale Persönlichkeitsstörung. Auch in der Untersuchung von KELK (1987) ist der Hinweis auf den Prädiktor Persönlichkeitsstörung zu finden.

In diesem Zusammenhang muss darüber nachgedacht werden, ob die als prämorbid bezeichneten dissozialen Verhaltensauffälligkeiten tatsächlich als eigenständige Persönlichkeitsstörung und damit als unabhängige Prädiktorvariable aufzufassen sind, oder ob es sich hierbei um ein Sekundärphänomen, des die Persönlichkeit deformierenden Krankheitsbildes Schizophrenie handelt. Die wissenschaftliche Diskussion geht in beide Richtungen; der formale Zusammenhang zwischen Schizophrenie und dissozialer Persönlichkeitsstörung ist beschrieben, der kausale Zusammenhang aber bisher nicht geklärt.

2.6.8. Prädiktor Komorbidität mit Substanzmissbrauch

Von Gesunden ist bekannt, dass Alkohol- und Drogenenuss durch ihre stimulierende und enthemmende Wirkung zur Entladung aggressiver Spannungen führen und damit Gewalttaten den Weg bahnen können. Alkohol und Drogen sind unter Straftätern ein weit verbreitetes Problem, egal ob mit psychiatrischer Erkrankung wie bei HOLCOMB (1988) oder ohne psychischer Erkrankung bei NICOL (1973). Die Prävalenz von Alkohol- und Drogenmissbrauch ist unter schizophrenen Männern sehr hoch und wahrscheinlich deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung wie HELZER (1988) zeigt.

SOYKA (1994) gibt die Häufigkeit von Alkoholmissbrauch bei schizophrenen Patienten mit 22-43% an. DUKE (1994) fand bei 22% der Patienten mit Schizophrenie in einer Londoner Untersuchung ein Alkoholproblem. MENEZES (1996) stellt ebenfalls in einer Londoner Untersuchung bei 36% der Patienten mit einer manifesten Psychose einen Substanzmissbrauch fest.

Die Komorbidität von Substanzmissbrauch unter gewalttätigen psychiatrischen Patienten ist noch höher. BARLOW (2000) fand bei 70% der psychiatrischen Hochrisikopatienten

für aggressives Verhalten einen Substanzmissbrauch. Der Missbrauch mehr als einer Substanz im Sinne einer Polytoxikomanie war in seiner Untersuchung üblich. LINGQUIST (1989) untersuchte schizophrene Gewalttäter und fand bei 54% ein Alkohol- und/oder Drogenproblem.

Für STEADMAN (1998) ist der Substanzmissbrauch der Schlüsselfaktor in der Vorhersage von aggressivem Verhalten bei psychisch gesunden und kranken Menschen. Er beschreibt und charakterisiert die Prävalenz von Gewalt in der Gesellschaft anhand 1136 entlassener Patienten mit Geisteskrankheiten im Vergleich zu Einwohnern der selben Gegend. Er formuliert im Ergebnis, dass es keinen Unterschied in der Prävalenz von Gewalt zwischen psychiatrischen Patienten ohne Substanzmissbrauch im Vergleich zu Einwohnern ohne Substanzmissbrauch gibt. Bei zusätzlichem Substanzmissbrauch steigt die Prävalenzrate für Gewalt in beiden Untersuchungsgruppen deutlich an, für die psychiatrischen Patienten jedoch mehr als für die Vergleichsgruppe aus Einwohnern.

CUFFEL (1994) untersuchte 103 ambulante Patienten mit Schizophrenie und schizoaffektiver Psychose mit dem Ergebnis, dass Polytoxikomanie mit erhöhter Gewalttätigkeit in Vergangenheit und Zukunft einhergeht. Alkohol- oder Drogenmissbrauch alleine erhöhte in dieser Studie die Gewalttätigkeit nicht.

Weitere Studien wie die von ADDAD (1981), STEINERT (1996), SWANSON (1990), SWANSON (1994), SOYKA (1993) und MONAHAN (1992) beschreiben eine erhöhte Gewalttätigkeit unter schizophrenen Patienten in Zusammenhang mit Substanzmissbrauch.

SCOTT (1998) stellt in seiner Studie Berechnungen für diese erhöhte Gewaltbereitschaft an: Bei Schizophrenie und Substanzmissbrauch kommt es zu 8 x häufiger zu Gewalt als bei Schizophrenie ohne Substanzmissbrauch. RÄSÄNEN (1998) untersucht eine unselektionierte norwegische Geburtenkohorte über 26 Jahre und kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten mit Schizophrenie 3,6 x mehr gewalttätig sind als die gesunde Vergleichsgruppe. Männer mit der Dualen Diagnose Schizophrenie und Alkoholmissbrauch sind sogar 25 x mehr gewalttätig als die Vergleichsgruppe gesunder Männer. Ähnliche Ergebnisse zeigt HODGINS (1992) und HODGINS (1996) in einer schwedischen und dänischen Geburtenkohortenstudie. Es gibt auch Untersucher, die keinen Zusammenhang zwischen Gewalt und Substanzmissbrauch nachweisen konnten vgl. hierzu MC NIEL (1988).

2.6.9. Prädiktor Behandlung und Therapie

Das Problem der unzureichenden Medikamentencompliance chronisch kranker Patienten ist hinreichend bekannt und gilt im Besonderen für schizophrene Patienten, bei denen krankheitsbedingt wenig Einsicht in eine regelmäßige Medikamenteneinnahme besteht.

HALLER (2001) konnte zeigen, dass die meisten der straffällig gewordenen schizophrenen Patienten zum Tatzeitpunkt nicht ihre neuroleptische Medikation eingenommen haben. Andere Untersuchungen zeigen, dass gewalttätige Patienten zum Zeitpunkt der Aggression in mehr als der Hälfte der Fälle unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen litten vgl. hierzu BARLOW (2000) und DURA (1997). Diese Trugvorstellungen werden als kausaler oder zumindest bedingender Faktor für die Aggression gewertet und sind ein Hinweis auf eine suboptimale therapeutische Behandlung oder mangelnde Medikamentencompliance.

SWARTZ (1998) untersucht in einer amerikanischen retrospektiven Studie den Effekt von Substanzmissbrauch und Medikamenten-Noncompliance in Zusammenhang mit aggressivem gefährlichen Verhalten bei Patienten mit schweren Geisteskrankheiten. In dieser Studie fällt die untersuchte Aggressionstat nicht in die Zeit des klinischen Aufenthaltes, sondern in eine viermonatige Untersuchungsphase vor dem aktuellen stationären Aufenthalt. Insofern stellt diese Untersuchung von SWARTZ (1998) eine Besonderheit dar, als dass sie den ambulanten bzw. häuslichen Bereich und die aggressiven Verhaltensweisen der Patienten in diesem Umfeld beleuchtet. Die Untersucher finden mittels multivarianter logistischer Regression einen signifikanten Zusammenhang zwischen erhöhter Gewaltbereitschaft in der häuslichen Umgebung und Substanzmissbrauch bei gleichzeitiger Medikamenten-Noncompliance. Die Daten wurden nach soziodemografischen und klinischen Variablen bereinigt. Missbrauch oder Noncompliance allein erhöhten das Risiko für Gewalttaten nicht.

Die Studien von OSHER (1996), OWEN (1996), SWANSON (1994), SWANSON (1996) und SWANSON (1997) können den Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch, Noncompliance und Gewalt auch belegen. BARTELS (1991) konnte speziell den Zusammenhang zwischen Noncompliance und Gewalt bei ambulanten Schizophrenen nachweisen.

2.6.10. Prädiktor Soziale Stellung

Die Selektions- oder Drifthythese von YESAVAGE (1983) besagt, dass psychiatrische Patienten allgemein im Verlauf ihrer Erkrankung einen sozialen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Abstieg durchlaufen und häufiger in niedrigeren sozialen Schichten als die Herkunftsfamilien zu finden sind.

„Soziale Stellung“ umfasst jedoch mehr als nur die gesellschaftliche Schicht und Stellung des Patienten. Dieser Begriff wird deshalb in dieser Studie auch weiter gefasst. Es wird geschaut, ob die Patienten einen eigenen Haushalt führen, regelmäßiger Beschäftigung in Schule, Arbeit oder einer geschützten Werkstatt nachgehen, einen Freundes- und Bekanntenkreis haben, verheiratet sind und Hobbies pflegen. Auf allen diesen Gebieten kommt es mit fortschreitendem Verlauf der Schizophrenie häufig zu signifikanten Einbußen und Verlust an Lebensqualität. Die Patienten verlieren ihre Arbeit, die Ehe zerbricht und Kontakte zu Freunden und Bekannten werden zunehmend minimiert, Interesse und Antrieb einem Hobby nachzugehen, verlieren sich.

CALCEDO-BARBA (1994) konnte in seiner Untersuchung zeigen, dass gewalttätige schizophrene Patienten deutlich weniger soziale Kontakte zur Herkunftsfamilie und zu Freunden haben als nicht gewalttätige schizophrene Patienten. In seiner Studie stellt sich der Zusammenhang zwischen Gewalt und fehlenden sozialen Kontakten im häuslichen Milieu deutlich stärker dar als der Zusammenhang zwischen Gewalt und patienteneigener Psychopathologie.

2.6.11. Prädiktor Krankheitsdauer und Erstmanifestation

Allgemein wird postuliert, dass ein früher Beginn der Erkrankung häufig mit einem schwereren Verlauf und mehr dissozialem Verhalten einhergeht als ein späterer Ausbruch der Erkrankung.

Als Ursache für diesen Zusammenhang wird aufgeführt, dass ein Erkrankungsbeginn vor dem 20. Lebensjahr in die vulnerable Phase der noch ungefestigten Persönlichkeit fällt und die Entwicklung einer stabilen Persönlichkeitsstruktur mit starkem ausgeprägtem Werte- und Moralsystem stört. Gewalt resultiert folglich aus der Frustration auf Verlust von Kraft und Kontrolle wie GUNN (1991) beschreibt. Es wird angenommen, dass der frühe Erkrankungsbeginn mit dem eintretenden Kontrollverlust für den Patienten mit deutlich mehr

Irritationen und Ängsten einher geht, welche dann eher mit tätlichen Aggressionen beantwortet werden. Ein späterer und schleichender Ausbruch der Krankheit nach Abschluss der Persönlichkeitsentwicklung geht in dieser Theorie weniger häufig mit aggressiven Verhaltensweisen einher, weil die Patienten vertrauter mit der eigenen Psychopathologie sind und weniger ängstlich auf die Veränderungen ihrer Erlebniswelt reagieren.

CALCEDO-BARBA (1994) fand bei aggressiven im Vergleich zu nicht aggressiven schizophrenen Patienten einen früheren Krankheitsbeginn und ein jüngeres Alter bei erster stationärer Krankenhausaufnahme. Er bestätigt damit die oben genannten Annahmen.

HUMPHREYS (1992) untersuchte 253 erstdiagnostizierte schizophrene Patienten in Großbritannien, und fand 20% von ihnen vor ihrer Aufnahme auffällig durch fremdaggressive Handlungen. Die Patienten waren umso häufiger fremdaggressiv, je länger sie vor der Erstdiagnose erkrankt waren und unter Wahnvorstellungen litten.

MILTON (2001) untersuchte 166 Patienten in England in ihrer ersten psychotischen Episode. Dabei fielen 10% zur Erstdiagnose mit einer schweren Gewalttat (Waffengebrauch, Sexualstraftat oder Körperverletzung) und 23% mit verschiedensten Arten fremdaggressiver Aggression auf.

2.6.12. Prädiktor Gewalt in der Vorgeschichte

In vielen klinischen Studien bemerkenswert sind die anamnestischen Angaben zu früheren aggressiven Handlungen gewalttätig gewordener psychiatrischer Patienten, welche bei STEINERT (1991) mit 72% angegeben werden.

OWEN (1998b) und OWEN (1998a) fand in ihrer prospektiven Studie über Häufigkeit und Art der aufgetretenen Aggressionen auf mehreren psychiatrischen Erwachsenenstationen in Sydney/Australien über einen Zeitraum von 7 Monaten 11% der Patienten für 69% der untersuchten Aggressionen verantwortlich. Die genauere Untersuchung dieser als Wiederholungstäter bezeichneten Patientengruppe zeigte, dass alle Patienten dieser Gruppe eine einschlägige gewalttätige Vorgeschichte hatten. Bei den Nicht-Wiederholungstätern dieser Untersuchung fand sich Gewalt in der Vergangenheit nur in 26%. Die Ergebnisse sprechen für eine kleine Gruppe wiederholt aggressiver Patienten mit einer langen Vorgeschichte gewalttätigen Verhaltens. Bestätigt werden diese Ergebnisse von BARLOW (2000) ebenfalls in einer australischen Studie an psychiatrischen Krankenhauspatienten. Sie fand in ihrem

Klientel 6% der Patienten für 71% der untersuchten aggressiven Vorfälle verantwortlich. Die genauere Untersuchung dieser als Hochrisikopatienten beschriebenen Gruppe kam zu dem Ergebnis, dass 78% dieser Patienten schon in der Vergangenheit als aggressiv und gewalttätig aufgefallen waren. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen MORRISON (1992), KENNEDY (1995), NOBLE (1989), KRAKOWSKI (1989) und MC NIEL (1988). Für mehrere Untersucher wie CONVIT (1990), BLOMHOFF (1990) und CALCEDO-BARBA (1994) ist Gewalt in der Vergangenheit der beste einzelne Prädiktor für zukünftiges gewalttätiges Verhalten insbesondere unter stationären Bedingungen. Weil die Anzahl der falsch positiven Fälle bei Berücksichtigung nur dieses einen Faktors sehr hoch sein würde, plädieren sie für die Heranziehung weiterer krankheits- und personendefinierter Faktoren um die Vorhersagewahrscheinlichkeit zu erhöhen.

2.7. Zusammenfassung

2.7.1. Stationäres Setting

RICE (1989) und Mitarbeiter haben in einer Übersicht empirischer Studien folgende Patientenmerkmale für aggressives Verhalten im stationären Setting zusammengetragen:

- gewalttätiges Verhalten in der Vergangenheit
- männliches Geschlecht
- jüngeres Alter
- medikamentöse Noncompliance
- äußern von Drohungen und offene Feindseligkeit
- akute floride Schizophrenie.

Diese Zusammenstellung entspricht auch der Quintessenz der zitierten Literatur zur Prognose von Aggression und Gewalt psychisch kranker Menschen allgemein und schizophren Erkrankter im speziellen für den stationären psychiatrischen Bereich. Noch weiter vereinfachend kann man die Ergebnisse der meisten Studien über Gewalttätigkeit im stationären psychiatrischen Bereich auf folgenden kleinsten gemeinsamen Nenner bringen: Gewalt geht meistens von jüngeren männlichen Patienten zwischen 20 und 40 Jahren aus. Unter den Diagnosen findet sich eine Häufung von Schizophrenie, organischer Hirnschädigung und Oligophrenie vgl. bei STEINERT (1991), FOTTRELL (1980) und PEARSON (1986).

2.7.2. Ambulantes Setting

Da man annehmen kann, dass sich unter den stationären Patienten möglicherweise eine Negativ-Auswahl hinsichtlich aggressiver Verhaltensweisen befindet, ist es wichtig auf einige Untersuchungen einzugehen, die Gewalt an ambulanten Patienten untersuchen.

Tatsächlich fand BARTELS (1991) in New Hampshire unter 133 ambulanten Patienten mit Schizophrenie eine erhöhte Rate von Gewalt bei Männern, Medikamenten-Noncompliance und der Untergruppe Schizoaffektive Störung. LINK (1992) verglich ambulante, stationäre und ehemalige psychiatrische Patienten in New York mit einer Kontrollgruppe von Einwohnern und fand bei den Patienten eine 2-3fach höhere Rate an Gewalt gegenüber der Kontrollgruppe aus Einwohnern. Dieser Unterschied ließ sich nicht durch demographische und sozialökonomische Faktoren erklären. Er wurde lediglich durch die Schwere der Erkrankung bestimmt, wobei man davon ausgeht, dass die weniger schwer erkrankten Patienten ambulant und die schwerer erkrankten Patienten stationär geführt werden.

Auch TORREY (1994) kommt in seiner Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass es unter den psychisch kranken Patienten eine kleine Minderheit gibt, die deutlich aggressiver und gefährlicher als die anderen Patienten sind.

Diese Minderheit an Patienten hat drei gemeinsame Nenner:

- Gewalttätiges Verhalten in der Vergangenheit,
- Medikamenten-Noncompliance und
- Substanzmissbrauch.

2.7.3. Epidemiologische Studien

SWANSON (1990) und Kollegen führten in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts eine große epidemiologische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Gewalt in der Allgemeinbevölkerung und psychiatrischer Diagnose an über 10 000 erwachsenen Personen in den USA durch. Im Ergebnis formulieren sie, dass die aggressiven gewalttätigen Personen jung (18-29 Jahre), männlich und von niedrigem sozial-ökonomischen Status sind. Der Zusammenhang besteht unabhängig von einer psychiatrischen Diagnose. Bezüglich der Diagnosen sind schizophren Erkrankte mit einer bekannten Suchterkrankungen mehr als zweimal aggressiver als Schizophrene ohne Begleiterkrankung. Es ist sogar so, dass 92% der befragten Personen mit der Einzeldiagnose Schizophrenie angaben, nie aggressiv oder

gewalttätig geworden zu sein. Das entspricht einer Inzidenz von 8%, die damit deutlich niedriger ausfällt als die Inzidenz von 18-32% in den oben zitierten Untersuchungen von CALCEDO-BARBA (1994) und MC NIEL and BINDER (1986). SWANSON (1990) zeigt aber weiterhin, dass die Inzidenz der Gewalt bei Schizophrenie mit jeder zusätzlichen Diagnose ansteigt. Schizophrenie plus Substanzmissbrauch ergibt eine Gewalt-Inzidenz von 30%. Schizophrenie plus Substanzmissbrauch plus affektive Störung ergibt eine Gewalt-Inzidenz von 100%. Insgesamt ergibt sich in dieser Studie eine durchschnittliche Inzidenz für Gewalt für jeden Schizophrenen von knapp 13%, was immer noch unter den oben zitierten Inzidenzen anderer Untersucher liegt. SWANSON erklärt sich dieses Ergebnis aufgrund unterschiedlicher Stichprobenselektionen. So werden die höheren Inzidenzen in Befragungen von stationären Patienten gefunden, die für sich genommen schon wieder eine besondere Patientengruppe darstellen, wie weiter oben gezeigt werden konnte.

Man kann davon ausgehen, dass gewalttätige schizophrene Patienten häufiger stationär aufgenommen werden als der Durchschnitt der Schizophrenen; dass die Aggressionstat in der Regel der Anlaß für die stationäre Aufnahme war. Somit sind die Gewaltinzidenzen gemessen in einer Krankenhauspopulation nicht repräsentativ für den Durchschnittsschizophrenen, sondern fallen höher als erwartet aus.

Die Ergebnisse der großen epidemiologischen deutsche Studie von BÖKER (1973) und HÄFNER schließen sich nahtlos an. Eine besondere Gefährdung gewalttätig zu werden konnte signifikant dem männlichen Geschlecht und jüngeren bis mittleren Lebensalter zugeordnet werden. Über die Hälfte der untersuchten Gewalttäter wurden diagnostisch in die Gruppe der Schizophrenen eingeteilt (53,4%). Unter den schizophrenen Gewalttätern finden sich fast fünfmal so viele Männer wie Frauen. Die Autoren verweisen auch darauf, dass die Gruppe der schizophrenen Gewalttäter inhomogen ist.

Sie erstellen zwei Täterprofile:

- Typ A Täter verheiratet, mittleres Alter, seit Jahren paranoide oder paranoid-halluzinatorische Psychose, systematisierter Wahn bei weitgehend erhaltener Persönlichkeit, konfliktreiche Beziehungen, Drohungen und Tötlichkeiten als Vorzeichen.
- Typ B Täter unverheiratet, jüngeres Alter, hebephrene oder katatone Schizophrenie, imperative Stimmen, autistisch verschlossenes Verhalten, Persönlichkeitsstörung, mehr impulsiv erscheinende Gewalttaten, Drohungen und Tötlichkeiten als Vorzeichen.

2.7.4. Zusammenfassung der Prädiktoren

So kommen also die unterschiedlichsten Studien immer wieder zu dem Ergebnis, dass es einen Zusammenhang zwischen der Diagnose Schizophrenie und Gewalt gibt und dass es neben der psychiatrischen Diagnose noch verschiedene weitere Variablen gibt, die mit erhöhter Aggressivität und Gewaltbereitschaft einhergehen. Dabei gibt es in der Literatur variierende Angaben zu fast jedem demographischen Faktor wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Schulbildung, soziale Stellung und familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen.

Die Datenlage hinsichtlich der klinischen Parameter wie Diagnose, Erkrankungsdauer und medikamentöser Therapie gestaltet sich einheitlicher. Jedoch auch bei den klinischen Parametern kommt erschwerend hinzu, dass die Untersuchungsergebnisse eines Settings nicht ohne weiteres auf ein anderes Setting übertragen werden können wie PALMSTIRNA (1989) bemerkt. Die folgende Tabelle zeigt eine Zusammenfassung der positiven Prädiktoren für Gewalt bei schizophren erkrankten Menschen wie sie sich aus der aktuellen Studienlage ergibt.

Positive Prädiktoren für Gewalt schizophrener Patienten
Männliches Geschlecht
Jüngeres Alter (20 – 40 Jahre)
Medikamenten-Noncompliance
Paranoide oder drogeninduzierte Schizophrenie
Komorbidität mit Substanzmissbrauch
Komorbidität mit dissozialer Persönlichkeitsstörung
Komorbidität mit intellektuellen Defiziten
Gewalt in der Vorgeschichte
Frühe Erstmanifestation der Erkrankung
Sozial desintegriert
Niedrige Schulbildung/Ausbildung

Tab.2: Gewaltprädiktoren nach aktueller Studienlage

3. Material und Methoden

3.1. Material

3.1.1. Gutachten und Gutachter

Um die Fragestellung der Arbeit beantworten zu können, wurden 150 psychiatrisch-wissenschaftliche Gutachten, erstellt als Strafrechts- oder Prognosegutachten nach § 14.3 bzw. § 16.3 Maßregelvollzugsgesetz-Nordrhein Westfalen (MRVG-NW), ausgewertet. Die begutachteten Patienten hatten jeweils eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und standen wegen einer begangenen Straftat vor Gericht. Diese Straftat wird im weiteren Text als Anlaßstrafat bezeichnet. Auch Patienten mit der Diagnose schizoaffektive Störung wurden in die Untersuchung eingeschlossen.

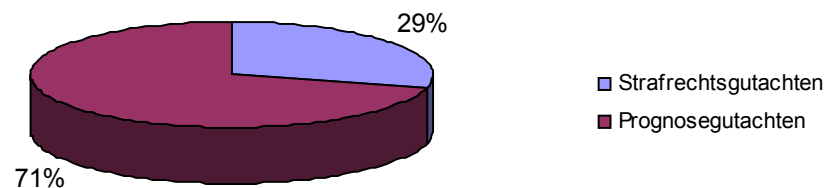


Abb. 2: Anlaß der Gutachtenerstellung

Die Strafrechtsgutachten wurden hauptsächlich im Bundesgebiet des Landes Nordrhein-Westfalen erstellt. Die Prognosegutachten wurden für die Rheinischen Landeskliniken des Landschaftsverbandes Rheinland Düren, Langenfeld, Viersen, Bonn, Bedburg-Hau, Düsseldorf-Grafenberg, für die Westfälischen Landeskliniken Münster, Warstein, und Lüdenscheid sowie für das Westfälische Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt-Eickelborn erstellt. Das Verhältnis von Strafrechts- und Prognosegutachten zeigt die Abbildung 2.

Der Zeitraum der Gutachtenerstellung erstreckt sich über 12 Jahre von 1992 – 2004.

Die Gutachter wurden von insgesamt drei verschiedenen Gutachtern erstellt. Wie die Abbildung 3 zeigt, sind über 80% der ausgewerteten Gutachten von Gutachter B.

Gutachter A ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und stellvertretender Ärztlicher Direktor einer Westfälischen Landeslinik im Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Gutachter B ist Professor für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin und Ärztlicher Direktor einer Westfälischen Landeslinik im Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Gutachter C ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Oberarzt in einer Westfälischen Landeslinik im Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

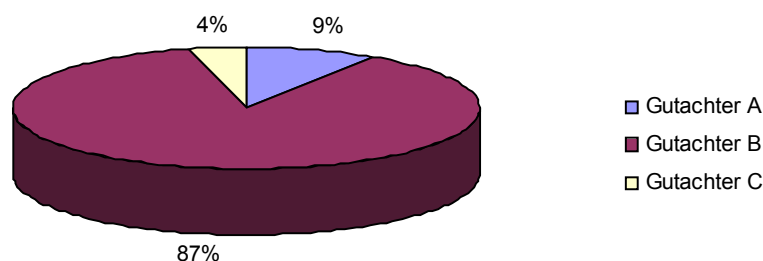


Abb. 3: Verteilung der Gutachter

3.1.2. Ausschlusskriterien

Patienten mit der Diagnose schizotypische Persönlichkeitsstörung oder schizophrene Basisstörung wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Hierbei handelt es sich nicht um reine Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ebenso erfolgte der Ausschluss des Patienten aus der Untersuchung, wenn das Gutachten zu der Frage der Prozessfähigkeit, Testierfähigkeit oder der Einrichtung einer Betreuung erstellt wurde, ohne dass eine juristisch relevante Straftat vorlag. Des Weiteren mussten mehrere Gutachten ausgeschlossen werden, weil sie im Verlauf über dieselbe Person erstellt wurden; jeder Patient konnte nur einmal in die Untersuchung eingeschlossen werden.

Es erfolgte die Aufnahme von 131 Gutachten in die Auswertung der Studie.

3.2. Methoden

Die Gutachten wurden nach unterschiedlichen Kriterien ausgewertet, welche die Straftat/Gewalttat charakterisieren. Außerdem wurde nach Variablen gesucht, welche als mögliche Gewalt-Prädiktoren in Frage kommen und Anamnese und Krankheitsverlauf des individuellen Patienten charakterisieren.

Zu den Variablen, welche die Straftat/Gewalttat charakterisieren, gehören:

- die Definition der Straftat,
- die Definition der geschädigten Personen und
- die Bestimmung der Handlungsintention.

Zu den Variablen, welche als mögliche Prädiktoren aus individueller Patientensicht in Frage kommen zählen:

- Geschlecht,
- Alter,
- Diagnose,
- Medikamentencompliance,
- Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen,
- Komorbidität mit organischen Erkrankungen,
- Gewalt in der Vorgeschichte,
- Krankheitsdauer/Erstmanifestation,
- psychosoziale Betreuung,
- gesetzlicher Vormund,
- soziale Stellung/Integration,
- Schulbildung und
- Muttersprache.

3.2.1. Straftat

Es erfolgte eine Einteilung der begangenen Straftaten in folgende Kategorien:

- allgemeine Kriminalität
- Gewaltdelikte
- Tötungsdelikte.

Als allgemeine Kriminalität oder leichte Gewalttaten werden Sachbeschädigung, Brandstiftung ohne Personenschäden, Straßenverkehrsdelikte ohne Personenschäden, verbale Gewalt bzw. Bedrohung und Beleidigung sowie Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Diebstahl, Betrug und Banküberfall eingeordnet.

Jegliche Art der Körperverletzung einschließlich sexueller Gewalt und Exhibitionismus wird unter Gewaltdelikte bzw. mittlere Gewalt eingeordnet. Als Tötungsdelikt bzw. schwere Gewalttat wird jeder Mord, versuchte Tötung und Tötung eingeordnet.

Die Information zur begangenen Straftat konnte jedem Gutachten exakt entnommen werden. War aus einem Gutachten nicht genau ersichtlich, um welche Anlaßstraftat es sich handelt, so wurde das Gutachten aus der Untersuchung ausgeschlossen.

Diese Typisierung der Straftaten entspricht einer geläufigen Einteilung in der Literatur vgl. HALLER (2001). Eine weitere Untergliederung des Straftatbestandes in mehr als 3 Kategorien ist auch aufgrund der begrenzten Größe des Datensatzes im Zuge der nachfolgenden statistischen Auswertung nicht sinnvoll.

3.2.2. Geschädigte Personen und Sachgegenstände

Die geschädigten Personen und Sachgegenstände wurden eingeteilt in:

- Angehörige und Partner
- Professionelle Kontaktpersonen
- Sonstige Personen und
- Eigentumsdelikte.

In die Kategorie Angehörige und Partner wurden als geschädigte Personen alle Verwandten einschließlich der eigenen Kinder und die Lebenspartner eingeordnet.

In die Kategorie Professionelle Kontaktpersonen wurden alle Personen eingeordnet, die im Rahmen ihrer Berufsausübung mit Schizophrenen in Kontakt kommen und Opfer fremd-aggressiver Gewalttaten wurden: Mitarbeiter von psychiatrischen Kliniken, niedergelassene Ärzte und deren Angestellte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, gesetzliche Betreuer, Vollstreckungsbeamte/Polizisten, Wach- und Sicherungspersonal.

In die Kategorie Sonstige Personen wurden alle übrigen geschädigten Personen eingeordnet: Passanten, Nachbarn, Teilnehmer im Straßenverkehr, Verkäufer, Bekannte.

In die Kategorie Eigentumsdelikte wurden alle Straftaten ohne Personenschaden eingeordnet: Sachbeschädigung, Brandstiftung ohne Personenschaden, Straßenverkehrsdelikte ohne Personenschaden, Betrug und Diebstahl.

Die geschädigten Personen und Sachgegenstände sind in jedem Gutachten genau benannt. Sollte das nicht der Fall sein bzw. waren die Angaben zu ungenau wurde das Gutachten aus der Untersuchung ausgeschlossen.

3.2.3. Handlungsintention

Die Handlungsintention der begangenen Straftat wurde eingeteilt in:

- Angekündigte Straftaten
- Unangekündigte Straftaten
- Handlungsintention nicht bekannt.

Als angekündigte Straftaten wurden Taten eingeordnet, denen in irgendeiner Weise eine Absichtserklärung vorausging. Das kann zum Beispiel eine verbale Auseinandersetzung mit Androhung von Gewalt wie „ich bring dich um“ „ich hau dir den Schädel ein“ oder ähnliche Äußerungen gewesen sein. Auch die schriftliche Ankündigung der Straftat oder die Bedrohung des Opfers in Form eines Briefes wurden dieser Kategorie zugeordnet. Weiterhin wurden solche Taten dieser Kategorie zugeordnet, wo die Handlungsabsicht sicher im Vorfeld erkennbar oder zumindest erahnbar gewesen ist und der Gutachter dies im Gutachten so formuliert und festgehalten hat.

In der Mehrzahl der Fälle gibt es zu diesem Untersuchungspunkt keine exakten Angaben, so dass eine Einordnung aus dem Gesamtbild des Tatgeschehens rekonstruiert werden musste.

Körperliche Gewalt ausgehend von Schizophrenen, die unbeteiligten Passanten in einer Einkaufspassage oder einen Fahrzeugführer nach leichtem Verkehrsunfall trifft, wurde in die Kategorie unangekündigte Straftaten eingeordnet. Dieser Kategorie wurden auch alle Fälle zugeordnet, in denen der Gutachter vermerkt, dass die Straftat „raptusartig“ begangen und das Opfer „völlig unvermittelt“ oder „überraschend“ getroffen wurde.

Konnte anhand der Angaben im Gutachten keine eindeutige Einteilung in eine der beiden Kategorien erfolgen, so wurde der Fall in die dritte Kategorie Handlungsintention nicht bekannt eingeordnet.

3.2.4. Alter und Geschlecht

Die Angabe zum Geschlecht des schizophrenen Staftäters konnte jedem Gutachten exakt entnommen werden. Das Alter des Patienten wurde für den Zeitpunkt der in Rede stehenden Straftat bestimmt und in folgende Kategorien eingeteilt:

- unter 20 Jahre
- 20 – 40 Jahre
- über 40 Jahre.

Diese Einteilung deckt sich mit der in der Literatur üblichen Einteilung in jugendliche, junge und ältere Patienten. Wie oben ausgeführt fanden mehrere Untersucher eine Häufung der Gewalttätigkeit in der Altersgruppe der 20-30 oder 20-40jährigen vgl. STEINERT (1991) und KING KHO (1998). Daher erscheint es sinnvoll, dieser Einteilung zu folgen und die jugendlichen Patienten unter 20 Jahren sowie die älteren Patienten über 40 Jahren, getrennt zu betrachten.

3.2.5. Diagnose

Alle Patienten haben eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis.

Eine Einteilung der Schizophrenie in folgende Kategorien wurde getroffen:

● Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	ICD-10 F20.0
● Drogeninduzierte Schizophrenie	ICD-10 F1x.5
● Hebephrenie	ICD-10 F20.2
● Schizoaffective Psychose	ICD-10 F25
● Paranoia/Paraphrenie	
● Sonstige Schizophrenieformen	ICD-10 F20.9

Zwei Patienten mit der Diagnose Wahnhafte Störung wurden in die Kategorie Paranoia/Paraphrenie eingeordnet. Vier Patienten mit der Diagnose Paranoides Syndrom wurden der Kategorie Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie zugeordnet. In den zwei Fällen von Propfschizophrenie handelt es sich um eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie auf dem Boden einer intellektuellen Minderbegabung. Sie wurden ebenfalls der Kategorie Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie zugeordnet. Ein Fall von organisch bedingter paranoider Psychose auf dem Boden einer Epilepsie wurde auch in die erste Kategorie eingeordnet. In der Literatur zur Gewaltproblematik schizophren Erkrankter wird häufig nicht so weitgehend differenziert wie in der vorliegenden Arbeit. Gebräuchlich ist beispielsweise die diagnostische Zweiteilung in paranoide und nicht-paranoide Unterformen oder in schizophrene Syndrome mit Plus- und Minussymptomatik vgl. KING KHO (1998), TARDIFF (1980) und TORREY (1994).

Die Diagnose wird in der Mehrzahl der Fälle vom Gutachter genau benannt und konnte somit exakt einer der Kategorien zugeordnet werden. Gelegentlich gab es diagnostische Schwierigkeiten und es waren aus Vorgutachten abweichende Diagnosen bekannt, die im aktuellen Gutachten diskutiert wurden. In die Auswertung wurde diejenige Diagnose aufgenommen, für die sich der Gutachter entschieden hat. Wurde im Gutachten von einer „Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis“ gesprochen, so erfolgte die Einordnung in die Kategorie Sonstige Schizophrenieformen als „nicht näher bezeichnete Schizophrenie“ ICD-10 F20.9. Gutachten mit der Diagnose schizophrene Psychose und schizotype Störung wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen.

3.2.6. Medikamentencompliance

Die Bewertung der Medikamenteneinnahme erfolgte in folgenden Kategorien:

- Compliant
- Nicht compliant
- Nicht behandelt
- Nicht bekannt.

Angaben zur Medikamentencompliance konnten nicht aus jedem Gutachten explizit erhoben werden.

Als compliant wurden nur diejenigen Patienten bezeichnet, bei denen regelmäßige Medikamenteneinnahme ausdrücklich vom Gutachter erwähnt wird. Medikamentöse Noncompliance wird in aller Regel nicht besonders im Gutachten hervorgehoben. Auf sie wurde aber geschlossen, wenn der Gutachter von „mangelnder Krankheitseinsicht und Compliance“ spricht. Auch bei Patienten in "desolaten und zerrütteten" Lebensumständen wird gefolgert, dass sie unter diesen Bedingungen ihre Medikamente nicht oder unregelmäßig eingenommen haben. Auch sie wurden der Kategorie Nicht compliant zugeordnet. Waren im Gutachten nur wenige oder keine Angaben zur Medikation und deren Einnahme verzeichnet, so wurde der Patient in die Kategorie Nicht bekannt eingeordnet.

In der Kategorie Nicht behandelt finden sich alle Patienten mit der Erstdiagnose Schizophrenie oder solche, die aus anderen Gründen keine medikamentöse Prophylaxe erhalten haben. Zum Beispiel wurde die Medikation von ärztlicher Seite nach etlichen Jahren der Behandlung abgesetzt. Patienten, welche die Medikation selbst abgesetzt haben, wurden als nicht compliant eingeordnet.

3.2.7. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen

Folgende Einteilung möglicher auftretender Persönlichkeitsstörungen wurde gewählt:

- Impulskontrollstörung ICD-10 F60.30
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.2
- Sonstige Persönlichkeitsstörungen
- Keine Persönlichkeitsstörung.

Von allen Achse II-Störungen in DSM IV wurden die dissoziale Persönlichkeitsstörung und die Impulskontrollstörung als am häufigsten mit Schizophrenie assoziiert gefunden und jeweils einer eigenen Kategorie zugeordnet. Beide Störungen gehen mit geringer Frustrationstoleranz und Neigung zur Gewalttätigkeit einher. Verschiedene Untersucher fanden einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der dissozialen Persönlichkeitsstörung und erhöhter Gewaltbereitschaft bei Schizophrenen vgl. ROBINS (1984) und STEINERT (1996/b). Unter Sonstige Persönlichkeitsstörungen wurden alle weiteren auftretenden Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst. Bei der großen Mehrheit der Patienten lag keine Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung vor.

Die Impulskontrollstörung entspricht einer Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Charakteristisch für die Patienten ist die Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung von Konsequenzen zu handeln und häufig Streit und Konflikte mit anderen zu suchen. Die Stimmung ist wechselnd, unbeständig und unberechenbar. Die Patienten neigen zu Wutausbrüchen, sie sind unfähig, die Kontrolle über ihr explosives Verhalten zu gewinnen. Sie reagieren bei Kritik durch andere häufig mit Aggressivität.

Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung missachten soziale Normen und Verpflichtungen. Sie zeigen einen Mangel an Empathie und sind unbeteiligt gegenüber Gefühlen anderer. Daher führen sie häufig keine längerfristigen Beziehungen obwohl sie keine Schwierigkeiten haben, eine Beziehung einzugehen. Die Patienten haben eine geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives Verhalten, sie entwickeln kein Schuldbewußtsein und lernen wenig bis nichts aus negativen Erfahrungen.

3.2.8. Komorbidität mit weiteren Erkrankungen

Hierbei wurden die Patienten und ihre weiteren Erkrankungen in folgende Kategorien eingeteilt:

- Komorbidität mit Substanzmissbrauch
- Komorbidität mit Substanzsucht
- Komorbidität mit intellektuellen Defiziten
- Komorbidität mit sonstigen Erkrankungen
- Keine Komorbidität.

In die Kategorie Komorbidität mit Substanzmissbrauch wurden alle Patienten mit Missbrauch von Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen eingeordnet. Entweder wurde im Gutachten die Diagnose Alkohol- oder Drogenmissbrauch direkt erwähnt oder aus dem Kontext geht hervor, dass der Patient psychotrope Substanzen in unangemessener Dosierung konsumiert und schädigende somatische und psychosoziale Folgen eingetreten sind.

Die Einordnung in die Kategorie Komorbidität mit Substanzsucht erfolgte nur dann, wenn im Gutachten die Diagnose Sucht im Sinne einer Dualen Diagnose Psychose und Sucht gestellt wurde. Missbrauch oder Sucht von folgenden psychotropen Substanzen kam vor: Alkohol, Heroin, Cannabis/Marihuana und LSD.

Alle Patienten mit beschriebenen intellektuellen Defiziten wurden in die dritte Kategorie Komorbidität mit intellektuellen Defiziten eingeordnet. Es wurde keine Unterteilung in die verschiedenen Demenzstufen vorgenommen. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass bei Patienten mit Minderbegabung in der psychiatrischen Terminologie der Vergangenheit von sogenannter Propfschizophrenie gesprochen wurde.

Alle weiteren auftretenden Erkrankungen wurden in die Kategorie Komorbidität mit sonstigen Erkrankungen eingeordnet. Es kamen vor: Adipositas, Angststörung, Epilepsie, Morbus Parkinson, Hirnorganisches Psychosyndrom, organisches Psychosyndrom und Innenohrschwerhörigkeit. Eine Mehrfachzuweisung in den Kategorien 1/2 - 3 und 4 ist möglich.

Patienten ohne weitere Begleiterkrankungen neben der Schizophreniediagnose wurden der letzten Kategorie Keine Komorbidität zugeordnet.

3.2.9. Gewalt in der Vorgeschichte

Die Angaben zu früheren aggressiven Handlungen wurden wie folgt eingeteilt:

- Fremdaggressive Gewalt in der Vergangenheit
- Autoaggressive Gewalt in der Vergangenheit
- Keine Gewalt in der Vorgeschichte.

Im Gutachten nimmt die Erhebung der Anamnese hinsichtlich früherer autoaggressiver und fremdaggressiver Gewalttaten einen festen Platz ein.

In die Kategorie Fremdaggressive Gewalt in der Vergangenheit wurden alle Patienten eingeordnet, die vor der Anlaßstraftat der Gutachtenerstellung mit fremdaggressiven Handlungen aufgefallen sind. Einschlägig vorverurteilte Patienten wurden ebenfalls in diese Kategorie eingeordnet.

Patienten mit anamnestisch bekanntem Suizidversuch, Suizidgedanken und anderen autoaggressiven Handlungen vor der Anlaßstraftat wurden in die Kategorie Autoaggressive Gewalt in der Vergangenheit eingeordnet.

Mehrfachnennungen in beiden Kategorien sind möglich.

Patienten ohne Hinweise auf auto- oder fremdaggressive Gewalt wurden der letzten Kategorie Keine Gewalt in der Vorgeschichte zugeordnet.

3.2.10. Krankheitsdauer/Erstmanifestation

Die Erkrankungsdauer zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat für die Erstellung des Gutachtens wurden eingeteilt in:

- Erstmanifestation der Schizophrenie
- Erkrankungsdauer 0 – 10 Jahre
- Erkrankungsdauer über 10 Jahre.

Diese Einteilung wurde gewählt um überprüfen zu können, ob mit zunehmender Krankheitsdauer die Aggressivität und Gewaltbereitschaft zu- oder abnimmt. Die Unterteilung in eine erste Erkrankungsphase von 10 Jahren und eine weitere Phase über 10 Jahre hinaus, erscheint bei dieser chronisch lebenslangen Erkrankung sinnvoll.

Eine eigene Kategorie wurde für die Erstmanifestation der Erkrankung gewählt, um die Hypothese zu überprüfen, ob sich Schizophrenie mit einer initialen Gewalttat manifestiert bzw. durch sie diagnostiziert wird. Verwiesen sei hier auf die Arbeit von MILTON (2001) in der 10% der Patienten zur Erstdiagnose mit einer ersten Gewalttat auffallen.

Die Bestimmung der Dauer der Erkrankung zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat war in allen in die Auswertung eingeschlossenen Gutachten möglich.

3.2.11. Psychosoziale Versorgungssituation

Die psychosoziale Versorgungssituation wurde wie folgt eingeteilt:

- Vollständige psychosoziale Versorgung
- Teilweise psychosoziale Versorgung
- Ohne psychosoziale Versorgung
- Psychosoziale Versorgungssituation nicht bekannt.

Psychosoziale Versorgungssituation umfasst hierbei die Begleitung des Patienten durch ärztliche, psychologische und sozialarbeiterliche Hilfe und Maßnahmen. Psychosoziale Versorgungssituation meint in diesem Fall **nicht** die Einrichtung einer zivilrechtlichen Betreuung. In die Kategorie Vollständige psychosoziale Versorgung wurden Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung und im Strafvollzug eingeordnet. Ein geringer Anteil von Patienten beging die Anlaßstraftat unter stationären klinischen Bedingungen, häufig im Rahmen der Aufnahmesituation. Eine Anlaßstraftat wurde im Strafvollzug begangen.

In die Kategorie Teilweise psychosoziale Versorgung wurden alle Patienten in teilstationären Einrichtungen wie Tagesklinik, ambulantes Therapiezentrum, betreute Werkstatt und betreutes Wohnen eingeordnet. Auch Patienten in regelmäßiger ambulanter Behandlung durch Ärzte oder Psychologen wurden dieser Kategorie zugeordnet. Ohne psychosoziale Versorgung sind alle Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat nicht in Betreuung oder Behandlung in einer der oben genannten Einrichtungen befanden. Die Aufstellung der Kategorie Unbekannte psychosoziale Versorgungssituation wurde notwendig, weil bei einem kleinen Teil der Patienten aus dem Gutachten nicht auf die Versorgungssituation geschlossen werden konnte. Das war in der Regel bei Prognosegutachten der Fall, die in zeitlich großem Abstand zur Anlaßstraftat erstellt wurden.

3.2.12. Gesetzlicher Betreuer

Es wurde festgestellt, ob zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat eine gesetzliche zivilrechtliche Betreuung/Vormundschaft vorlag und wie folgt eingeteilt:

- Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung
- Kein Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung
- Keine Angaben zur gesetzlichen Betreuungssituation.

Bei der Einteilung zum Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung wurden keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Betreuungsbereichen Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsrecht und finanzielle Angelegenheiten gemacht. Es wurde lediglich geschaut, ob eine Betreuung zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat eingerichtet war oder nicht.

Die Aufstellung einer Kategorie Keine Angaben zur gesetzlichen Betreuungssituation wurde notwendig, weil bei einem kleinen Teil der Patienten aus dem Gutachten nicht auf das Vorhandensein eines gesetzlichen Betreuers geschlossen werden konnte. Das war in der Regel bei Prognosegutachten der Fall, die in zeitlich großem Abstand zur Anlaßstraftat erstellt wurden.

3.2.13. Soziale Stellung und Integration

Die soziale Stellung des Patienten zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat wurde bewertet und wie folgt eingeteilt:

- Patient sozial integriert
- Patient sozial desintegriert
- Integrationsstatus des Patienten nicht bekannt.

Um die soziale Einordnung des Patienten bewerten zu können wurden Informationen zu fünf Bereichen des sozialen Lebens aus dem Gutachten herausgezogen und jeweils als „positiv“ oder „negativ“ gewertet. Bei einem Überwiegen der Positiv-Einschätzungen wurde der Patient in die Kategorie Patient sozial integriert eingeordnet, bei einem Überwiegen der Negativ-Einschätzungen in die Kategorie Patient sozial desintegriert.

Die fünf Bereiche umfassten

- Wohnsituation
- familiäre Bindungen
- Arbeit/Berufstätigkeit
- Freundschaften
- Hobbies.

Lebte der Patient in einer eigenen Wohnung, einem Wohnheim oder bei den Eltern, wurde die Wohnsituation positiv beurteilt. Patienten ohne festen Wohnsitz wurden in diesem Punkt negativ gewertet. Unterhält der Patient in irgendeiner Art Beziehungen zu seiner Herkunftsfamilie oder den Kindern sowie dem Ehepartner, wurde dieser Bereich als positiv gewertet. Hat der Patient alle Beziehungen zu Familienmitgliedern abgebrochen, wurde in diesem Punkt negativ gewertet. Eine regelmäßige tägliche Beschäftigung im weitesten Sinne wie Arbeit, Umschulung, Ausbildung, Arbeit in einer geschützten Werkstatt oder Schulbesuch wurden positiv gewertet. Ebenso wurde ein berenteter Patient in diesem Punkt positiv beurteilt. Patienten ohne regelmäßige Beschäftigung bekamen eine negative Bewertung in diesem Punkt. Gibt der Patient an Freunde zu haben und mindestens ein Hobby regelmäßig zu pflegen, so wurden diese beiden Punkte positiv gewertet. War das nicht der Fall, bekam der Patient jeweils eine negative Bewertung.

Wird im Gutachten von einer „desolaten sozialen Situation“ gesprochen oder der Patient als „sozial desintegriert“ vom Gutachter beschrieben, so wurde der Fall in die Kategorie Patient sozial desintegriert eingeordnet. In einigen Fällen war es aufgrund der Angaben im Gutachten nicht möglich eine Beurteilung der sozialen Stellung zu treffen. Die Patienten wurden in die Kategorie Integrationsstatus des Patienten nicht bekannt eingeordnet.

3.2.14. Schulbildung

Hierbei erfolgte die Unterteilung in folgende Kategorien:

- Kein Schulabschluss
- Abschluss einer Schulausbildung
- Abschluss einer Lehre
- Abschluss eines Hochschulstudiums.

Es wurde jeweils der höchste erreichte Ausbildungsabschluss zum Zeitpunkt der Anlaßstraf-
tat gewertet. Ein Patient der zum Zeitpunkt der in Rede stehenden Straftat noch Schüler
war, wurde in die Kategorie Kein Schulabschluss eingeordnet. Hinsichtlich des Abschlus-
ses verschiedener Schultypen wurde keine Differenzierung getroffen. In der Kategorie Ab-
schluss einer Schulausbildung finden sich Patienten mit abgeschlossener Volksschule,
Hauptschule, Realschule und Gymnasium. Einige Patienten schlossen vor begangener
Anlaßstrafat erfolgreich eine Lehre ab. Einige wenige Patienten konnten ein Hochschul-
oder Fachhochschulstudium beenden.

3.2.15. Muttersprache

Hier wurde unterteilt in:

- Deutsche Muttersprache
- Andere Muttersprache als Deutsch

Als deutsche Muttersprachler wurden alle in Deutschland geborenen Patienten mit deut-
schem Elternhaus eingeordnet. Die Einteilung bezieht sich nicht auf die Nationalität eines
Patienten.

Patienten aus nicht-deutschem Elternhaus, Flüchtlinge und Immigranten wurden in die
zweite Kategorie eingeteilt. Auch in Deutschland geborene Patienten türkischer, marokka-
nischer oder einer anderen Abstammung, bei denen es sich vor dem Gesetz um deutsche
Staatsbürger handelt, wurden in die Kategorie Andere Muttersprache als Deutsch eingeord-
net. Ebenso finden sich russlanddeutsche Spätaussiedler in der zweiten Kategorie wieder.
Eine Unterteilung zwischen verschiedenen Nationalitäten ist aufgrund der geringen Fall-
zahlen nicht sinnvoll.

3.2.16. Familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen

Hier erfolgte die Einteilung in die Kategorien:

- Ja, familiäre Belastung liegt vor
- Nein, familiäre Belastung liegt nicht vor

In dieser Einteilung wurden ausschließlich psychiatrische Diagnosen berücksichtigt. Folgende Diagnosen kommen vor und werden in den Gutachten erwähnt: Schizophrenie, Depression, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Alkohol- und Drogensucht.

3.2.17. Statistische Methoden

Die erhobenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 12.0 für Windows ausgewertet.

Zuerst wird für das Gesamtkollektiv und die drei Untergruppen eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt. Das Ergebnis wird als absolute Zahl N und in Prozent % ausgegeben.

Im zweiten Schritt wird der Mann-Whitney-Test für unabhängige nicht normal verteilte Stichproben zur Signifikanzprüfung durchgeführt. Als Signifikanzniveau wird die asymptotische Signifikanz (2-seitig) $P < 0,05$ bei einem Confidenz-Intervall von 95% eingeführt. Ein Ergebnis $P < 0,001$ bei einem Confidenz-Intervall von 95% gilt als statistisch hochsignifikant. Eine knapp verfehlte Signifikanz bis $P = 0,1$ wird im weiteren als statistische Tendenz bezeichnet.

4. Ergebnisse

4.1. Beschreibung des Gesamtkollektives

4.1.1. Beschreibung der Anlaßstraftat

Bei 131 in die Untersuchung eingeschlossenen Gutachten fanden sich in 79 Fällen Anlaßstraftaten aus der Kategorie Körperverletzung. Sie umfasste jede Art der Körperverletzung einschließlich sexueller Gewalt und Exhibitionismus und bildete mit 60,3% die größte Gruppe.

In 29 Fällen lagen Straftaten aus dem Bereich Mord, versuchte Tötung und Tötung vor, die mit 22,1% zahlenmäßig die zweitgrößte Gruppe bildet.

23 Fälle (entsprechend 17,6%) wurden der Kategorie Allgemeine Kriminalität zugeordnet. Es handelt sich hier um Sachbeschädigung, verbale Gewalt und Bedrohung, Beleidigung, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Straßenverkehrsdelikte ohne Personenschaden und Brandstiftung ohne Personenschaden.

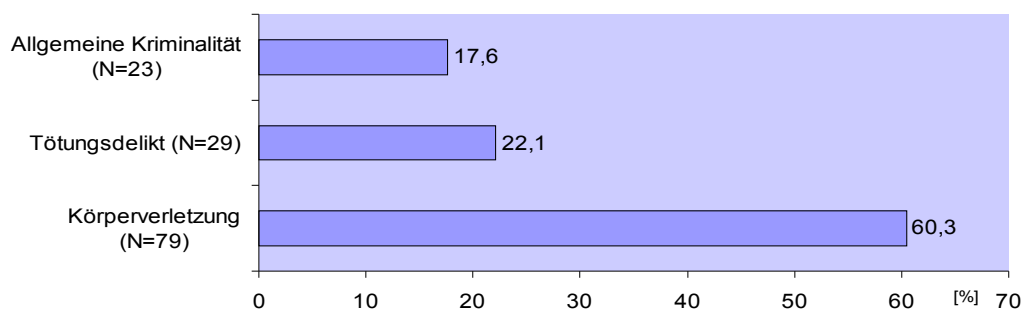


Abb. 4: Häufigkeitsverteilung im Gesamtkollektiv - Anlaßstraftat

Im Gesamtkollektiv waren Sonstige Personen - Passanten, Nachbarn, Teilnehmer im Straßenverkehr, Verkäufer, Bekannte - in insgesamt 57 Fällen (43,5%) am häufigsten Opfer der schizophrenen Straftäter.

Sie wurden gefolgt von Verwandten Personen in 38 Fällen (29%).

Etwa gleich häufig findet sich Gewalt gegen Sachen und Eigentumsdelikte in 20 Fällen (15,3%) sowie Gewalt gegen Professionelle Personen in 16 Fällen (12,2%).

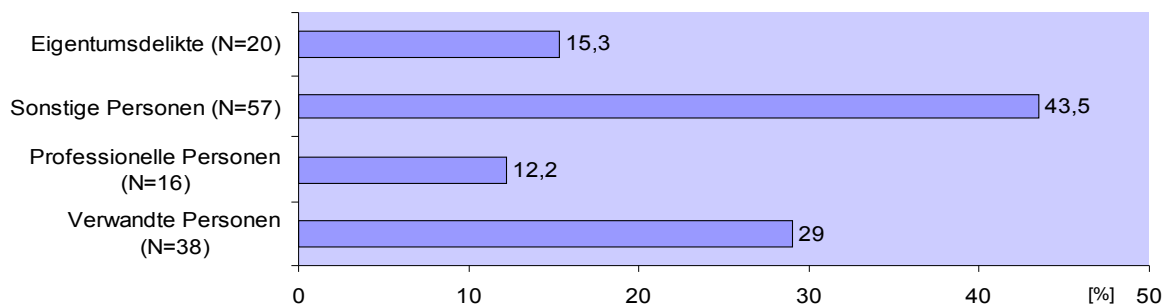


Abb. 5: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Geschädigte Personen und Sachgegenstände

Die große Mehrheit der Straftaten (79,4% oder 104 Fälle) wurde unangekündigt begangen. Nur in 27 Fällen oder 20,6% war die Tat für das Opfer absehbar und angekündigt.

HANDLUNGSINTENSION	absolute Zahlen	Prozent
Unangekündigt	104	79,4
Angekündigt	27	20,6

Tab. 3: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Handlungsintention

4.1.2. Häufigkeitsverteilung demographischer Variablen

Die Mehrheit der untersuchten Patienten ist zwischen 20 und 40 Jahren alt (N=102 oder 77,9%) und männlichen Geschlechts (N=122 oder 93,1%). 16% (N=21) der Patienten sind zum Zeitpunkt der untersuchten Straftat älter als 40 Jahre und 6,1% (N=8) jünger als 20 Jahre. Frauen sind im Gesamtkollektiv mit 6,9% (N=9) deutlich unterrepräsentiert.

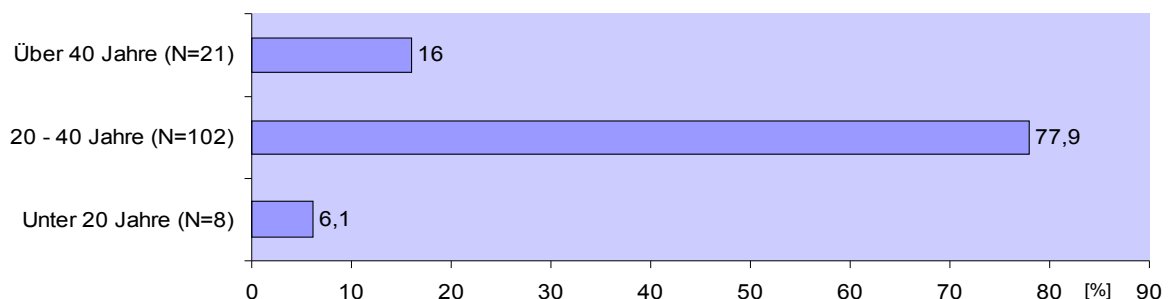


Abb. 6: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Altersverteilung

GESCHLECHT	absolute Zahlen	Prozent
Weiblich	9	6,9
Männlich	122	93,1

Tab. 4: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Geschlechtsverteilung

70,3% (N=92) der Patienten und damit die überwiegende Mehrheit wurde bezüglich ihrer sozialen Stellung zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat als Sozial Desintegriert eingeordnet.

In 29 Fällen oder 22,1% konnte die soziale Einbindung als Sozial Integriert bezeichnet werden. In 10 Fällen oder 7,6% war eine Zuordnung in eine der beiden Kategorien nicht möglich.

SOZIALE STELLUNG	absolute Zahlen	Prozent
Desintegriert	92	70,3
Integriert	29	22,1
Unbekannt	10	7,6

Tab. 5: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Soziale Stellung

Fast die Hälfte der untersuchten Patienten konnte als höchsten Bildungsabschluss den Abschluss der Schule aufweisen (47,3% oder 62 Patienten), wobei zwischen den verschiedenen Schultypen keine Differenzierung getroffen wurde.

Zahlenmäßig in etwa gleich groß ist der Anteil der Patienten die erfolgreich eine Lehre abgeschlossen haben (26% oder 34 Patienten) und der Anteil der Patienten, die es zu keinem Schulabschluss geschafft haben (22,1% oder 29 Patienten).

Erwartungsgemäß gering ist der Anteil an Patienten die zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat ein abgeschlossenes Hochschulstudium oder Fachhochschulstudium vorweisen konnten (4,6% oder 6 Patienten).

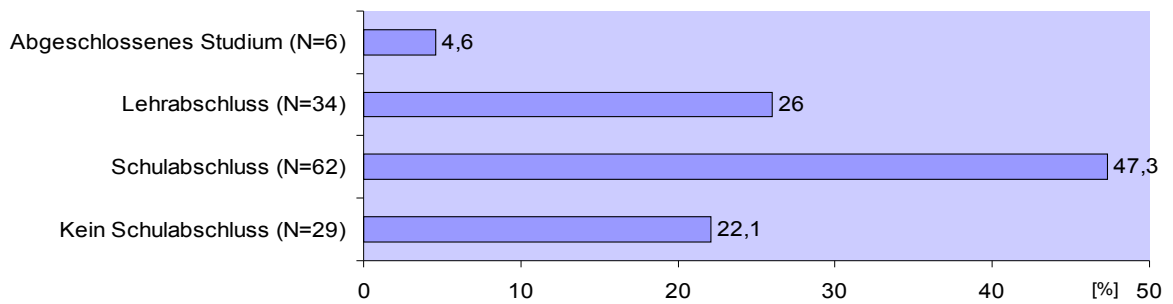


Abb. 7: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Schulbildung

Bei der Mehrzahl der Patienten konnte keine familiäre Belastung mit psychischen Krankheiten festgestellt werden 74,8% (N=98) versus 25,2% (N=33) mit familiärer Belastung.

Die meisten der untersuchten Patienten waren deutsche Muttersprachler (71,8% oder 94 Patienten). 37 (28,2%) Patienten waren nicht-deutscher Herkunft.

FAMILIÄRE BELASTUNG MIT PSYCHIAT. ERKRANKUNGEN	absolute Zahlen	Prozent
Nein	98	74,8
Ja	33	25,2

Tab. 6: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Familiäre Belastung

MUTTERSPRACHE	absolute Zahlen	Prozent
Deutsch	94	71,8
Andere	37	28,2

Tab. 7: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Nationalität

4.1.3. Häufigkeitsverteilung klinischer Variablen

Bei den meisten der untersuchten Patienten wurde eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie diagnostiziert (N=95 oder 72,5%).

Die nächst häufigste Einzeldiagnose ist die Hebephrenie bei 15 Patienten (11,5%) gefolgt von 10 Patienten (7,6%) mit einer schizoaffektiven Psychose. Selten sind die Drogeninduzierte Schizophrenie und die Paranoia/Paraphrenie in 3 bzw. 8 Fällen (2,3% bzw. 6,1%).

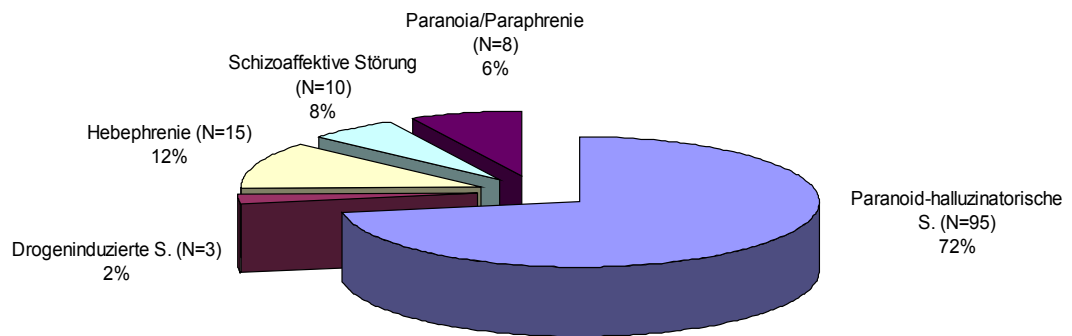


Abb. 8: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Diagnose

Über die Hälfte der Patienten (56,5% oder 74 Patienten) nahmen zum Zeitpunkt der Anlaßstrafat ihre Medikamente nicht oder unregelmäßig ein. Nur ein kleiner Anteil von 11 Patienten (8,4%) konnte zum Straftzeitpunkt als compliant bezeichnet werden.

Immerhin 40 Patienten oder 30,5% waren zum Zeitpunkt der Straftat ohne medikamentöse Behandlung. In 6 Fällen (4,6%) waren dem Gutachten keine Angaben zur Medikamenten-Compliance zu entnehmen.

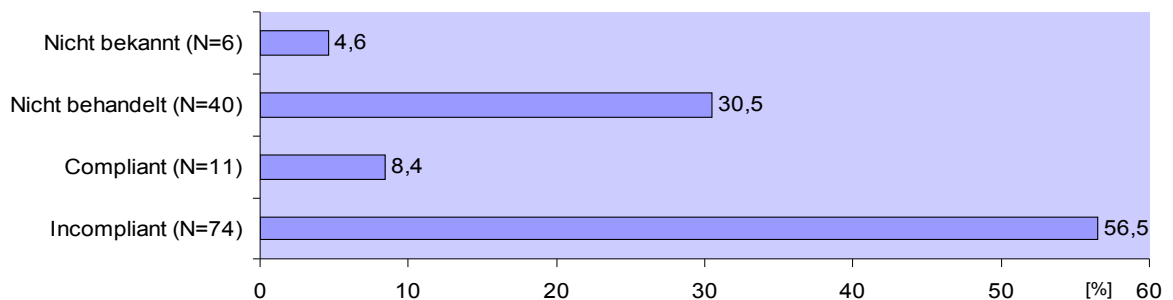


Abb. 9: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Medikamenten-Compliance

Im Bereich Komorbidität mit weiteren Erkrankungen dominieren mit 48,9% (N=64) Patienten mit mißbräuchlerischem Konsum von psychotropen Substanzen. Abhängigkeit oder Sucht von psychotropen Substanzen findet sich bei 23 Patienten oder 17,6% des Gesamtkollektives. Bei 15 Patienten (11,5%) liegt eine intellektuelle Minderbegabung vor.

8 Patienten (6,1%) haben weitere somatische und psychiatrische Diagnosen. Mehrfachnennungen von Patienten waren möglich. 26,7% (N=35) der Patienten hatten neben ihrer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis keine weitere Diagnose.

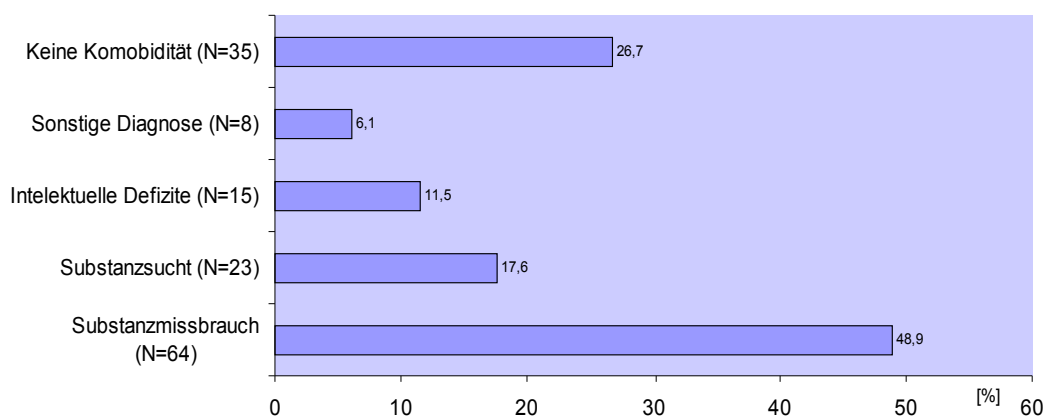


Abb. 10: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Komorbidität mit weiteren Erkrankungen

Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten nämlich 88,6% oder 116 Patienten wurde auf Achse II in DSM IV keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. 10 Patienten (7,6%) hatten eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, 2 Patienten (1,5%) eine Impulskontrollstörung, 3 Patienten (2,3%) eine sexuelle Entwicklungsstörung.

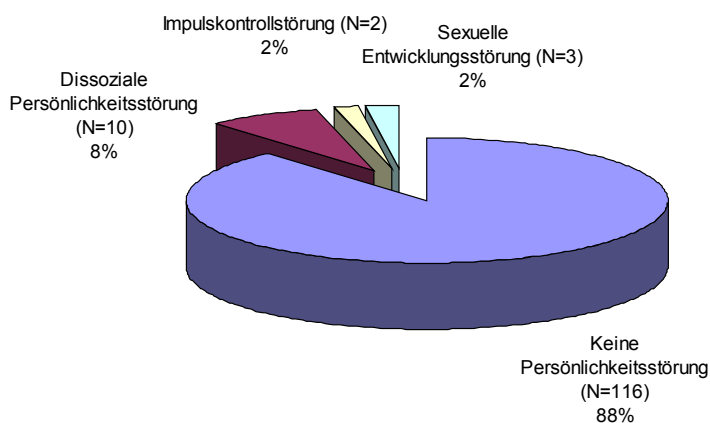


Abb. 11: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen

Bei 68,7% (N=90) der Patienten konnten fremdaggressive Handlungen vor der untersuchten Straftat dokumentiert werden. 21,4% (N=28) der Patienten gaben an, in der Vergangenheit autoaggressive Handlungen begangen zu haben. Doppelnennung in beiden Kategorien waren möglich. Bei 26 Patienten (19,8%) waren weder auto- noch fremdaggressive Verhaltensweisen vorbeschrieben.

GEWALT IN DER VERGANGENHEIT	absolute Zahlen	Prozent
Fremdaggressives Verhalten	90	68,7
Autoaggressives Verhalten	28	21,4
Kein aggressives Verhalten	26	19,8

Tab. 8: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Gewalt in der Vorgeschichte

Fast die Hälfte aller Patienten (49,7% oder 65 Patienten) waren zum untersuchten Tatzeitpunkt kürzer als 10 Jahre an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt. Bei 29 Patienten (22,1%) bestand die Erkrankung zu diesem Zeitpunkt länger als 10 Jahre. Bei 37 Patienten (28,2%) manifestierte sich die Schizophrenie erst zum Tatzeitpunkt bzw. wurde durch die Anlaßstraftat diagnostiziert.

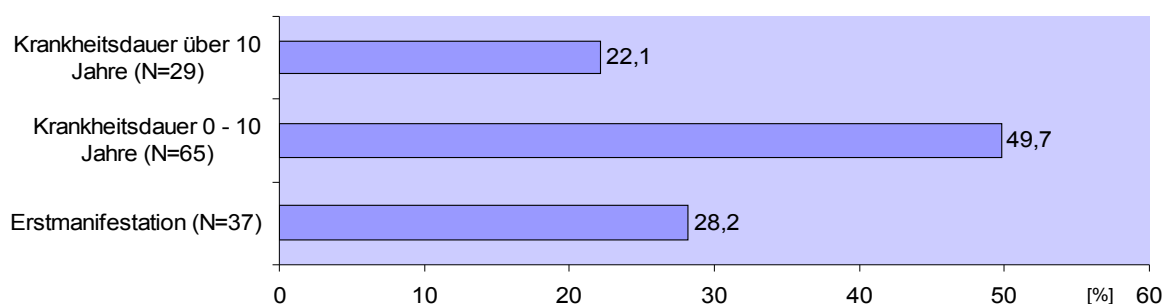


Abb. 12: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Krankheitsdauer/Erstmanifestation

Die Mehrheit der Patienten (N=86 oder 65,6%) befand sich zum Tatzeitpunkt in keinerlei medizinischer, ärztlicher oder psychologischer Betreuung. Immerhin 20,6% der Patienten (N=27) wurden teilweise in ambulanten Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens betreut. 11 Patienten (8,4%) befanden sich zum Tatzeitpunkt in stationärer klinischer Behandlung. In 7 Fällen (5,4%) ist die psychosoziale Versorgungssituation unbekannt.

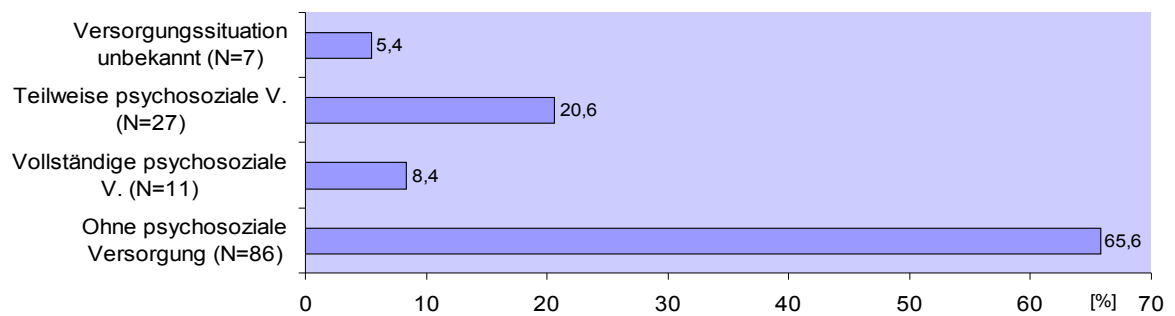


Abb. 13: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Psychosoziale Versorgungssituation

Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten lag zum Tatzeitpunkt keine gesetzlich eingerichtete Betreuung vor (N=101 oder 77,1%). Dies war bei 27 Patienten (20,6%) jedoch der Fall. In 3 Fällen (2,3%) konnte die Betreuungssituation nicht geklärt werden.

GESETZLICHER BETREUER	absolute Zahlen	Prozent
Nein	101	77,1
Ja	27	20,6
Nicht bekannt	3	2,3

Tab. 9: Häufigkeiten im Gesamtkollektiv - Gesetzlicher Betreuer

4.1.4. Zusammenfassung der Häufigkeitsverteilung im Gesamtkollektiv

Die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung der Prädiktoren im Gesamtkollektiv lassen sich wie folgt zusammenfassen: Der gewalttätige strafrechtlich in Erscheinung getretene Patient in der untersuchten Population ist

- zwischen 20-40 Jahre alt (77,9%)
- männlichen Geschlechts (93,1%)
- sozial desintegriert (70,2%)
- hat eine abgeschlossene Schulausbildung als höchsten Bildungsabschluss (47,3%)
- leidet an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (72,5%)
- ist seit höchstens 10 Jahren erkrankt (49,7%)

- nimmt Medikamente nicht regelmäßig ein (87,0%)
- weist Anzeichen von Missbrauch psychotroper Substanzen auf (48,9%)
- hat keine Persönlichkeitsstörung (88,6%)
- zeigte in der Zeit vor der Anlaßtraftat fremdaggressives Verhalten (68,7%)
- hat keinen gesetzlichen Betreuer (77,1%) und
- befindet sich außerhalb des Systems psychosozialer Versorgung (65,6%).

Bezüglich der Anlaßtraftat ist festzuhalten, dass sie in den meisten Fällen gegen Menschen aus der Kategorie Sonstige Personen gerichtet ist (43,5%) und für diese unvermittelt eintritt (79,4%). Die häufigste Anlaßtraftat ist eine Körperverletzung (60,3%).

4.2. Beschreibung von Teilkollektiven

Für die folgenden Auswertungen wurde das Gesamtkollektiv der untersuchten schizophrenen Straftäter in drei Subgruppen unterteilt:

- Patienten, die ein Tötungsdelikt (N=29) begangen hatten
- Patienten, die eine Körperverletzung (N=79) begangen hatten
- Patienten aus der Kategorie Allgemeine Kriminalität (N=23).

Sie wurden bezüglich der Prädiktoren getrennt betrachtet und gegenübergestellt. Mögliche Unterschiede in den Prädiktoren zwischen den Untergruppen werden im Intragruppenvergleich herausgearbeitet. Abschließend werden die gefundenen Unterschiede zwischen den Patienten, die eine schwere Straftat (Tötung), eine mittelschwere Straftat (Körperverletzung) und eine leichte Straftat (allgemeine Kriminalität) begingen, mittels des Mann-Whitney-Tests hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz geprüft.

4.2.1. Vergleich der Anlaßstrafat

Die folgende Abbildung 14 zeigt den statistischen Intragruppenvergleich zwischen den Subgruppen Tötungsdelikte und Körperverletzung für das Opfer der Straftat.

Es ist zu erkennen, dass die Familienmitglieder des schizophrenen Patienten, das heißt die Angehörigen und verwandten Personen, das höchste Risiko haben einem Tötungsdelikt zum Opfer zu fallen (65,5% oder 19 Personen). Dieses Risiko ist höher als die Gefahr vom schizophrenen Familienangehörigen verletzt zu werden und zeigt sich als statistisch hochsignifikantes Ergebnis ($P < 0,000$). Professionelle Kontaktpersonen werden nur in Ausnahmefällen (N=1 oder 3,4%) Opfer eines Tötungsdeliktes. Sie finden sich signifikant häufiger als Opfer eines Körperverletzungsdeliktes ($P < 0,045$). Knapp ein Drittel der getöteten Personen waren Bekannte oder fremde unbekannte Personen in der Kategorie Sonstige Personen (N=9 oder 31%). Diese Personengruppe ist aber signifikant häufiger Opfer von Körperverletzungsdelikten, nicht aber von Tötungsdelikten schizophrener Patienten (N=45 oder 57% $P < 0,017$). Allgemeine Kriminalität (nicht in Abb. und Tabelle aufgeführt) richtet sich in der Hauptsache nicht gegen Personen (N=3 oder 13%) sondern gegen Sachen und das Eigentum dritter Personen (N=20 oder 87%).

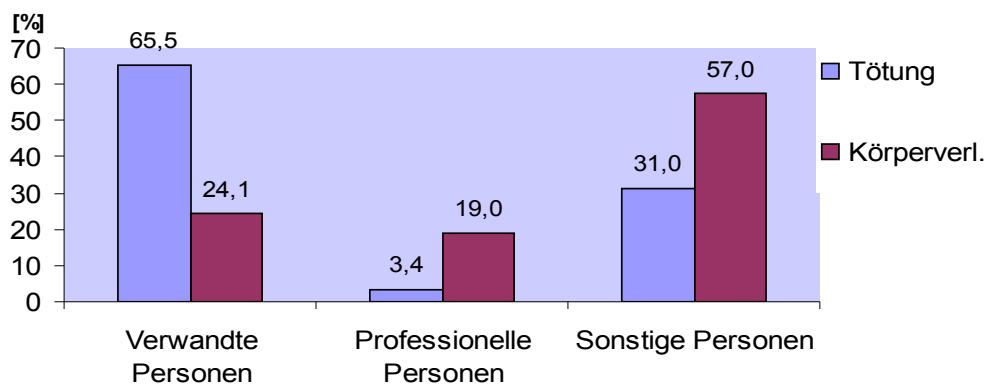


Abb. 14: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Geschädigte Personen

GESCHÄDIGTE PERSONEN	N= Tötung	N= Körperverl.	% Tötung	% Körperverl.
Verwandte Personen	19	19	65,5 ¹	24,1
Professionelle Personen	1	15	3,4	19,0 ²
Sonstige Personen	9	45	31,0	57,0 ³

¹ Tötung > Körperverletzung, $P < 0,000$

² Körperverletzung > Tötung, $P < 0,045$

³ Körperverletzung > Tötung, $P < 0,017$

Tab. 10: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Geschädigte Personen

Bei den Tötungsdelikten liegt die Zahl der angekündigten absehbaren Übergriffe bei fast 45% und damit deutlich über dem Durchschnitt für das Gesamtkollektiv (20%) und der anderen Subgruppe (15,2%). Dieser Unterschied ist statistisch hochsignifikant ($P < 0,001$). Körperverletzungen erscheinen aus Opfersicht in 84,5% unvermittelt, während Tötungsdelikte in 55,2% nicht angekündigt werden. Dieser Unterschied zwischen beiden Subgruppen ist statistisch ebenfalls hochsignifikant ($P < 0,001$).

Eine Handlungsintention aus der Sicht eines Sachgegenstandes, wie in der Mehrzahl der Fälle aus der Kategorie Allgemeine Kriminalität zu bestimmen, erübrigt sich.

HANDLUNGSINTENTION	N= Tötung	N= Körperverl.	% Tötung	% Körperverl.
Unangekündigt	16	67	55,2	84,8 ²
Angekündigt	13	12	44,8 ¹	15,2

¹ Tötung > Körperverletzung, $P < 0,001$

² Körperverletzung > Tötung, $P < 0,001$

Tab. 11: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Handlungsintention

4.2.2. Vergleich demographischer Variablen

Beim Vergleich der Altersverteilung finden sich keine deutlichen Unterschiede zwischen den Subgruppen und im Vergleich zum Gesamtkollektiv. Einzig auffällig ist, dass 20% der Patienten über 40 Jahren ein Tötungsdelikt begangen haben im Vergleich zu nur 13,9% der Patienten diese Altersgruppe mit Körperverletzungsdelikt. Dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Der Subgruppenvergleich bezüglich des Geschlechtes zeigt ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich zum Ergebnis des Gesamtkollektivs.

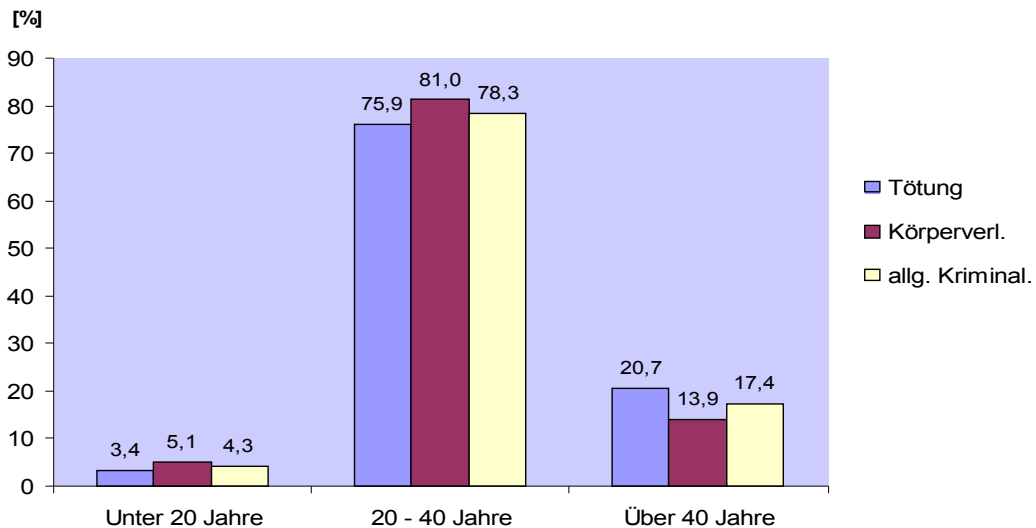


Abb. 15: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Altersverteilung

ALTERSVERTEILUNG	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Unter 20 Jahre	1	4	1	3,4	5,1	4,3
20 - 40 Jahre	22	64	18	75,9	81,0	78,3
Über 40 Jahre	6	11	4	20,7	13,9	17,4

Tab. 12: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Altersverteilung

GESCHLECHT	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Weiblich	2	5	2	6,9	6,3	8,7
Männlich	27	74	21	93,1	93,7	91,3

Tab. 13: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Geschlecht

Bezüglich der sozialen Stellung der Patienten zum Tatzeitpunkt fällt auf, dass weniger Patienten mit begangenem Tötungsdelikt als sozial integriert eingestuft wurden, als Patienten die eine Körperverletzung begangen haben (13,8% versus 20,3%). Noch auffälliger ist der Unterschied, wenn man die sozial integrierten Patienten aus der Gruppe mit Tötungsdelikten mit den Patienten aus der Kategorie Allgemeine Kriminalität vergleicht (13,8% versus 39,1%). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($P < 0,038$).

Patienten, welche eine schwere Straftat wie ein Tötungsdelikt begehen, sind statistisch signifikant weniger sozial integriert als Patienten, welche nur eine leichte Straftat wie eine Sachbeschädigung begehen.

Auch die Patienten mit verursachter Körperverletzung sind weniger häufig sozial integriert als die Patienten aus der Gruppe Allgemeine Kriminalität (20,3% versus 39,1%). Dieser Unterschied verfehlt knapp das Signifikanzniveau ($P < 0,065$) und ist als Tendenz zu werten.

In den Subgruppen Tötung und Körperverletzung wurden ungefähr gleich viele Patienten als sozial desintegriert bezeichnet (75,9% versus 72,2%). In der Subgruppe Allgemeine Kriminalität sind es etwas weniger (65,5%).

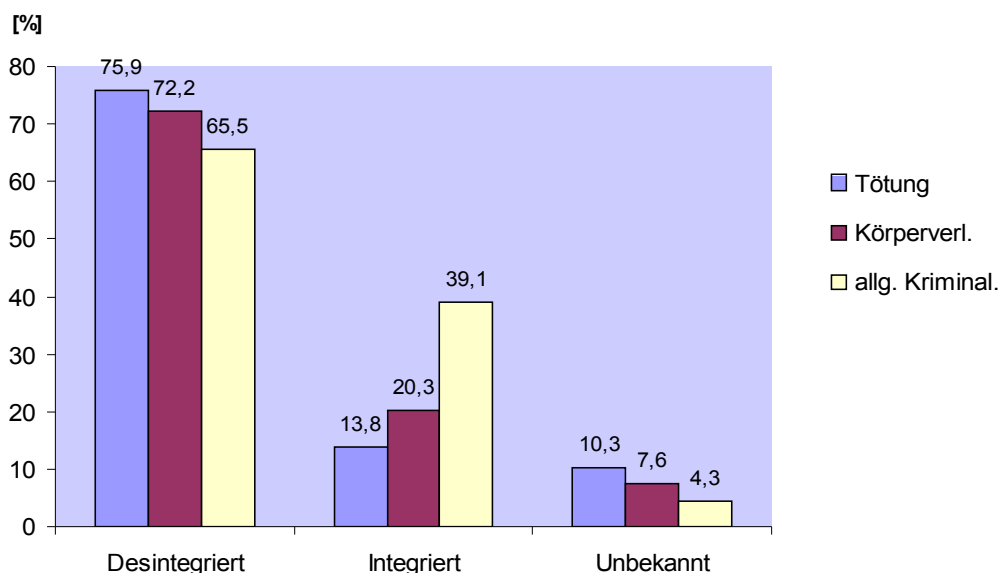


Abb. 16: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Soziale Stellung

SOZIALE STELLUNG	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Desintegriert	22	57	13	75,9	72,2	65,5
Integriert	4	16	9	13,8 ¹	20,3 ²	39,1
Unbekannt	3	6	1	10,3	7,6	4,3

¹ Tötung < allg. Kriminalität, $P < 0,038$

² Körperverletzung < allg. Kriminalität, $P < 0,065$

Tab. 14: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Soziale Stellung

Es zeigen sich zwischen den Teilkollektiven und im Vergleich zum Gesamtkollektiv keine deutlichen Unterschiede in den Kategorien, welche den Ausbildungsstand der Patienten zum Tatzeitpunkt beschreiben.

Einzig auffälliger Punkt ist die Kategorie Abgeschlossenes Studium. Hier zeigt sich, dass kein Patient, der sich eines Tötungsdeliktes strafbar machte, eine Hochschulausbildung abgeschlossen hat. Zwei Patienten mit abgeschlossenem Studium in der Kategorie Allgemeine Kriminalität gehen mit 8,7% in die Auswertung ein. Die statistische Berechnung in der Kategorie Abgeschlossenes Studium belegt im Vergleich der Tötungsgruppe zur Gruppe Allgemeine Kriminalität eine statistische Tendenz; das Signifikanzniveau wird knapp verfehlt ($P < 0,1$).

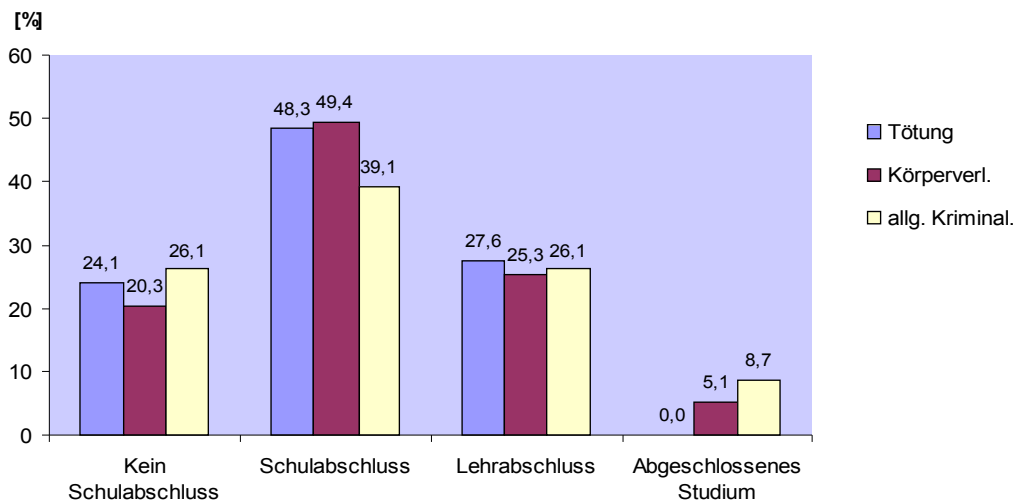


Abb. 17: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Schulbildung

SCHULBILDUNG	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Kein Schulabschluss	7	16	6	24,1	20,3	26,1
Schulabschluss	14	39	9	48,3	49,4	39,1
Lehrabschluss	8	20	6	27,6	25,3	26,1
Abgeschlossenes Studium	0	4	2	0	5,1	8,7 ¹

¹ allg. Kriminalität >Tötung, $P < 0,1$

Tab. 15: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Schulbildung

Im Subgruppenvergleich bezüglich der familiären Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen fällt auf, dass mehr Patienten eine positive Familienanamnese in Hinsicht auf psychiatrische Erkrankung in der Subgruppe Tötungsdelikt haben als in der Subgruppe Körperverletzungen (31% versus 22,8%) und als im Gesamtkollektiv (31% versus 25,2%). Der Unterschied zur Subgruppe Allgemeine Kriminalität mit 26,2% ist nicht mehr so groß. Die Unterschiede sind nicht statistisch signifikant, noch weisen sie auf eine Tendenz hin.

FAMILIÄRE BELASTUNG MIT PSYCHIATR. ERKRANKUNGEN	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Nein	20	61	17	69,0	77,2	73,9
Ja	9	18	6	31,0	22,8	26,1

Tab. 16: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Familiäre Belastung

Patienten mit deutscher Muttersprache begingen häufiger Tötungsdelikte als Körperverletzungen (86,2% versus 67,1%) oder Straftaten aus dem Bereich Allgemeine Kriminalität (86,2% versus 69,6%). Dieser Unterschied ist auch im Vergleich zum Gesamtkollektiv auffällig (86,2% versus 71,8%). Dafür sind nicht-deutsche Muttersprachler in der Subgruppe Tötung im Vergleich zu den anderen beiden Subgruppe und zum Gesamtkollektiv unterrepräsentiert. Die beschriebenen Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant, noch weisen sie auf eine Tendenz hin.

MUTTERSACHE	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Deutsch	25	53	16	86,2	67,1	69,6
Andere	4	26	7	13,8	32,9	30,4

Tab. 17: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Nationalität

4.2.3. Vergleich klinischer Variablen

Die häufigste Diagnose in allen drei Subgruppen ist die paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, die sich aber nicht von der absoluten Häufigkeit im Gesamtkollektiv unterscheidet. Ähnliches trifft auf die Drogeninduzierte Schizophrenie zu, die in allen Subgruppen genau wie im Gesamtkollektiv am wenigsten vertreten ist. Auffällig ist die geringe Repräsentanz der Hebephrenie in der Subgruppe Allgemeine Kriminalität im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen (4,3% vs. 13,8% und 12,7%) sowie im Vergleich zum Gesamtkollektiv (11,5%). Statistisch gesehen ist dieser Unterschied jedoch nicht signifikant.

Bezüglich der Diagnose Paranoia/Paraphrenie finden sich deutlich mehr Patienten in der Gruppe Tötung im Vergleich zur Gruppe Körperverletzung (13,8% versus 2,5%). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($P < 0,024$).

Der zweite statistisch signifikante Unterschied ($P < 0,05$) findet sich in der Diagnose Schizoaffektive Störung. Signifikant mehr Patienten aus der Gruppe Allgemeine Kriminalität leiden an einer schizoaffektiven Störung als Patienten aus der Gruppe Körperverletzung (17,4% versus 5,1%).

Patienten mit einer Paranoia/Paraphrenie begehen signifikant häufiger Tötungsdelikte, während eine schizoaffektive Störung eher zu leichten Gewalttaten prädisponiert.

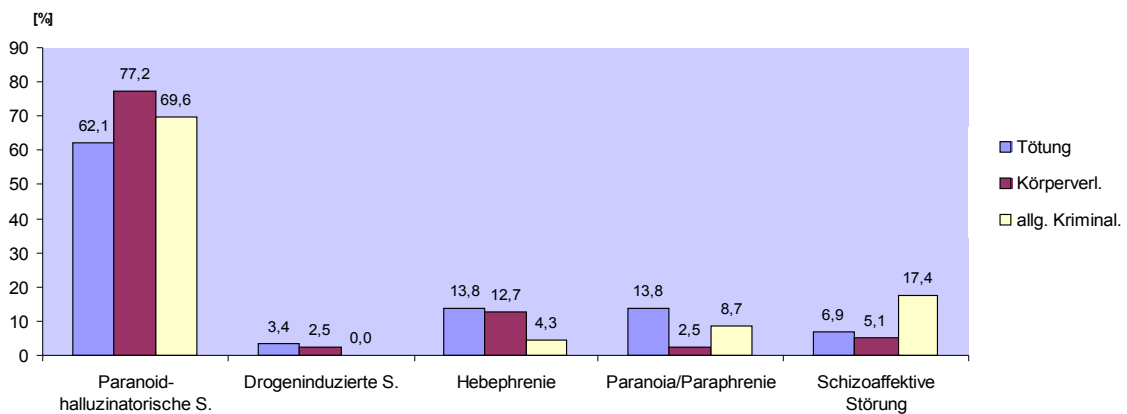


Abb. 18: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Diagnose

DIAGNOSE	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Paranoid-halluzinatorische S.	18	61	16	62,1	77,2	69,6
Drogeninduzierte S.	1	2	0	3,4	2,5	0
Hebephrenie	4	10	1	13,8	12,7	4,3
Paranoia/Paraphrenie	4	2	2	13,8 ¹	2,5	8,7
Schizoaffektive Störung	2	4	4	6,9	5,1	17,4 ²

¹ Tötung > Körperverletzung, $P < 0,024$ ² allg. Kriminalität > Körperverletzung, $P < 0,05$

Tab. 18: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Diagnose

Beim Subgruppenvergleich bezüglich der Medikamentencompliance ist auffällig, dass Patienten mit Tötungsdelikt nur halb so oft ihre Medikamente regelmäßig eingenommen haben wie Patienten im Gesamtkollektiv (3,4% versus 8,4%) oder Patienten aus der Gruppe der Körperverletzungen (3,4% versus 7,6%). Der Unterschied zu complianten Patienten in der

Subgruppe Allgemeine Kriminalität ist noch viel größer (3,4% versus 17,4%) und verfehlt knapp die statistische Signifikanz ($P < 0,093$). Damit ist hier von einer Tendenz zu sprechen. Gute medikamentöse Compliance scheint also die Patienten vor dem Begehen schwerer und schwerster Gewaltdelikte zu bewahren. Gering erhöht ist der Anteil an nicht behandelten Patienten in der Subgruppe Tötungsdelikt im Vergleich zum Gesamtkollektiv (37,9% versus 30,5%), deutlich erhöht im Vergleich zur Subgruppe Allgemeine Kriminalität (37,9% versus 17,4%). Auch hier kann man von einem statistischen Trend sprechen, da das Signifikanzniveau ebenfalls nur knapp verfehlt wird ($P < 0,092$).

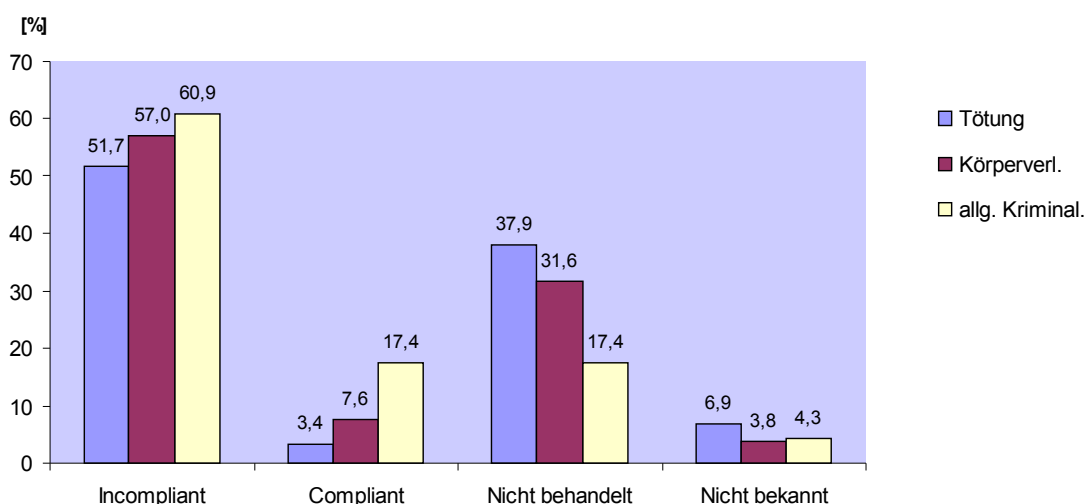


Abb. 19: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Medikamenten-Compliance

MEDIKAMENTEN-COMPLIANCE	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Incompliant	15	45	17	51,7	57,0	60,9
Compliant	1	6	4	3,4	7,6	17,4 ¹
Nicht behandelt	11	25	4	37,9 ²	31,6	17,4
Nicht bekannt	2	3	1	6,9	3,8	4,3

¹ allg. Kriminalität > Tötung, $P < 0,093$

² Tötung > allg. Kriminalität, $P < 0,092$

Tab. 19: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Medikamenten-Compliance

Im Vergleich der Komorbidität mit weiteren Erkrankungen fällt eine Häufung von Minderbegabung und intellektuellen Defiziten bei der Subgruppe Tötungsdelikt im Vergleich zum Gesamtkollektiv (17,2% versus 11,5%) auf. Auch der Vergleich zur Subgruppe Körperverletzung (17,2% versus 11,4%) und am deutlichsten der Vergleich zur Subgruppe

Allgemeine Kriminalität (17,2% versus 4,3%) zeigt diese Tendenz. Dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant. Dafür sind in der Gruppe Tötungsdelikte Patienten mit missbräucherischem Konsum psychotroper Substanzen im Vergleich zum Gesamtkollektiv (41,4% versus 48,9%), im Vergleich zur Gruppe Körperverletzung (41,4% versus 51,9%) und im Vergleich zur Subgruppe Allgemeine Kriminalität (41,4% versus 47,8%) unterrepräsentiert. Die wenigsten süchtigen Patienten im Vergleich zu den anderen Subgruppen und zum Gesamtkollektiv wurden in der Subgruppe Allgemeine Kriminalität (13,0%) gefunden. Alle gefundenen Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

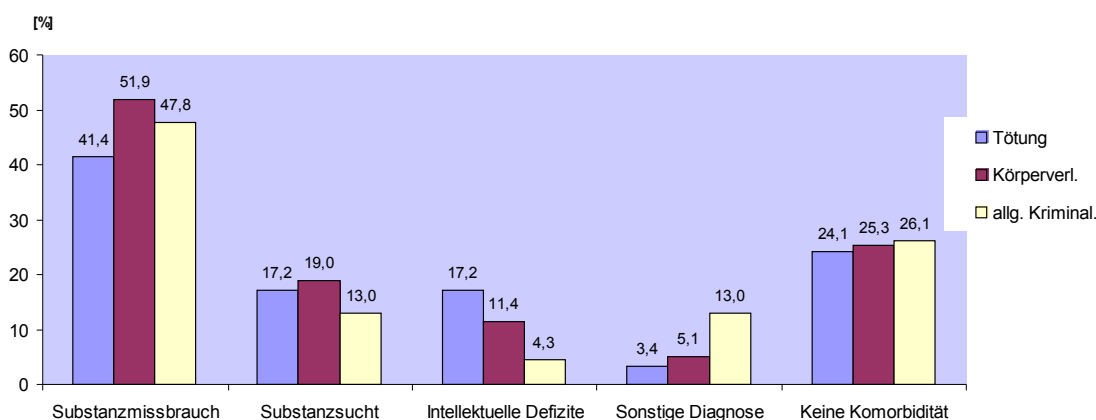


Abb. 20: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Komorbidität mit weiteren Erkrankungen

KOMORBIDITÄT MIT WEITEREN ERKRANKUNGEN	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Substanzmissbrauch	12	41	11	41,4	51,9	47,8
Substanzsucht	5	15	3	17,2	19,0	13,0
Intellektuelle Defizite	5	9	1	17,2	11,4	4,3
Sonstige Diagnose	1	4	3	3,4	5,1	13,0
Keine Komorbidität	7	20	6	24,1	25,3	26,1

Tab. 20: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Komorbidität mit weiteren Erkrankungen

Interessanter Weise finden sich in der Subgruppe Tötungsdelikte die meisten Patienten ohne Persönlichkeitsstörung im Vergleich zum Gesamtkollektiv (93,1% versus 85,0%), im Vergleich zur Gruppe Körperverletzung (93,1% versus 87,3%) und im Vergleich zur Gruppe Allgemeine Kriminalität (93,1% versus 87,0%). Die dissoziale Persönlichkeitsstörung kommt bei Körperverletzung (8,9%) und allgemeiner Kriminalität (8,7%) mehr als doppelt so häufig vor wie bei Tötung (3,4%). Alle gefundenen Unterschiede sind jedoch auch hier nicht statistisch signifikant.

KOMORBIDITÄT MIT PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Keine Persönlichkeitsstörung	27	69	20	93,1	87,3	87,0
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	1	7	2	3,4	8,9	8,7
Impulskontrollstörung	0	1	1	0	1,3	4,3
Sonstige PS/ Sexuelle Entwicklungsstörung	1	2	0	3,4	2,5	0

Tab. 21: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen

Die statistische Auswertung fremdaggressiven Verhaltens in der Vergangenheit in den Subgruppen überrascht insofern, als das in der Gruppe Körperverletzung deutlich mehr Patienten als fremdaggressiv vorbeschrieben wurden, als in den anderen beiden Subgruppen (79,7% versus 55,2% Tötung $P < 0,011$ versus 47,8% allgemeine Kriminalität $P < 0,003$). Diese Unterschiede sind statistisch hochsignifikant.

Die als gewalttätig vorbekannten Patienten begehen eher ein Körperverletzungsdelikt denn ein Tötungsdelikt.

Weiterhin ist auffällig, dass bei 31,0% der Patienten in der Subgruppe Tötungsdelikt kein aggressives Verhalten vor der Anlaßstraftat dokumentiert wurde. Während diese Aussage für 13,9% in der Gruppe Körperverletzung und für 19,8% im Gesamtkollektiv zutrifft. Der Unterschied zwischen den beiden Subgruppen ist statistisch signifikant ($P < 0,042$).

39,1% der Patienten aus der Subgruppe Allgemeine Kriminalität zeigten ebenfalls kein aggressives Verhalten in der Vergangenheit, was im Vergleich zur Gruppe Körperverletzung ein hochsignifikanter Unterschied ist ($P < 0,002$).

In Hinblick auf autoaggressive Handlungen in der Vergangenheit finden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Subgruppen und dem Gesamtkollektiv.

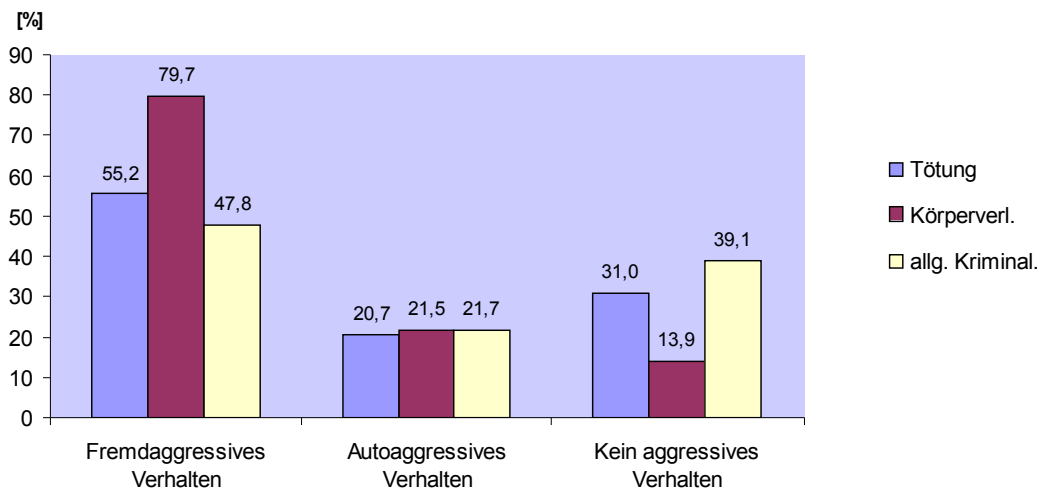


Abb. 21: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gewalt in der Vergangenheit

GEWALT IN DER VERGANGENHEIT	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Fremdaggressives Verhalten	16	63	11	55,2	79,7 ^{1,2}	47,8
Autoaggressives Verhalten	6	17	5	20,7	21,5	21,7
Kein aggressives Verhalten	9	11	9	31,0	13,9 ^{3,4}	39,1

¹ Körperverletzung > Tötung, $P < 0,011$

² Körperverletzung > allg. Kriminalität, $P < 0,003$

³ Körperverletzung < Tötung, $P < 0,042$

⁴ Körperverletzung < allg. Kriminalität, $P < 0,002$

Tab. 22: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gewalt in der Vergangenheit

37,9% der Patienten in der Gruppe Tötungsdelikt begangen die Straftat im Rahmen der Erstmanifestation der Schizophrenie. Diese Zahl liegt deutlich über der Häufigkeit der Erstmanifestation im Gesamtkollektiv von 28,2%, über der in der Subgruppe Körperverletzung von 29,1% und über der Zahl in der Subgruppe Allgemeine Kriminalität von 13,0%. Der letztgenannte Unterschied ist statistisch signifikant ($P < 0,047$) und stützt damit die Hypothese der gewalttätigen Erstmanifestation der Schizophrenie.

Unterrepräsentiert sind in der Subgruppe Tötung die Patienten mit einer Erkrankungsdauer bis 10 Jahren. Das entspricht bei knapp verfehlter Signifikanz von $P < 0,06$ einer statistischen Tendenz. Andererseits gibt es wieder ein leichtes Ansteigen in der Patientengruppe Tötung mit einer Krankheitsdauer über 10 Jahren, jedoch ohne statistische Relevanz.

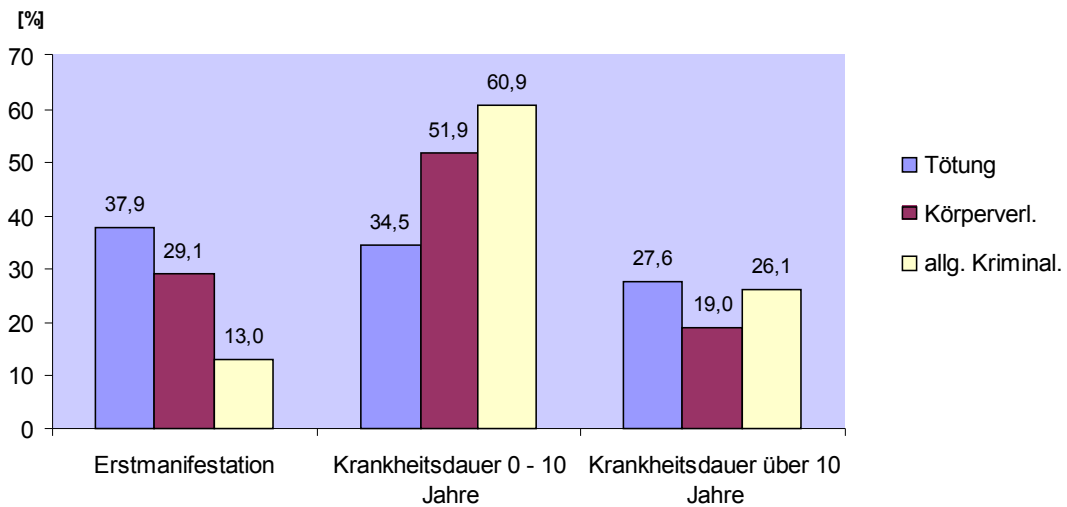


Abb. 22: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Krankheitsdauer/Erstmanifestation

KRANKHEITSDAUER ERSTMANIFESTATION	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Erstmanifestation	11	23	3	37,9 ¹	29,1	13,0
Krankheitsdauer 0 - 10 Jahre	10	41	14	34,5 ²	51,9	60,9
Krankheitsdauer über 10 Jahre	8	15	6	27,6	19,0	26,1

¹ Tötung > allg. Kriminalität, $P < 0,047$ ² Tötung < allg. Kriminalität, $P < 0,06$

Tab. 23: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Krankheitsdauer/Erstmanifestation

Im Vergleich zum Gesamtkollektiv waren in den Subgruppen Tötung und Körperverletzung mehr Patienten ohne jegliche psychosoziale Versorgung als im Gesamtkollektiv (72,4% Tötung und 70,9% Körperverletzung versus 65,6%). Der Unterschied zur Subgruppe Allgemeine Kriminalität mit nur 39,1% Patienten ohne psychosoziale Versorgung ist für beide Subgruppen statistisch hochsignifikant ($P < 0,002$ für Tötung, $P < 0,006$ für Körperverletzung). Patienten, welche mittelschwere und leichte Straftaten begehen, sind signifikant häufiger in ein System der psychosozialen Versorgung integriert, als Patienten, welche schwere Straftaten begehen. Auffällig wenig Patienten aus der Gruppe Tötungsdelikt befanden sich zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat in teilweiser psychosozialer Versorgung (3,4% versus 20,3% in der Subgruppe Körperverletzung $P < 0,05$ versus 43,5% in der Subgruppe Allgemeine Kriminalität $P < 0,001$, versus 20,6% im Gesamtkollektiv). Selbst im Vergleich Körperverletzung gegen allgemeine Kriminalität ergibt sich ein statistisch

signifikanter Unterschied in Bezug auf eine teilweise psychosoziale Versorgung ($P < 0,021$).

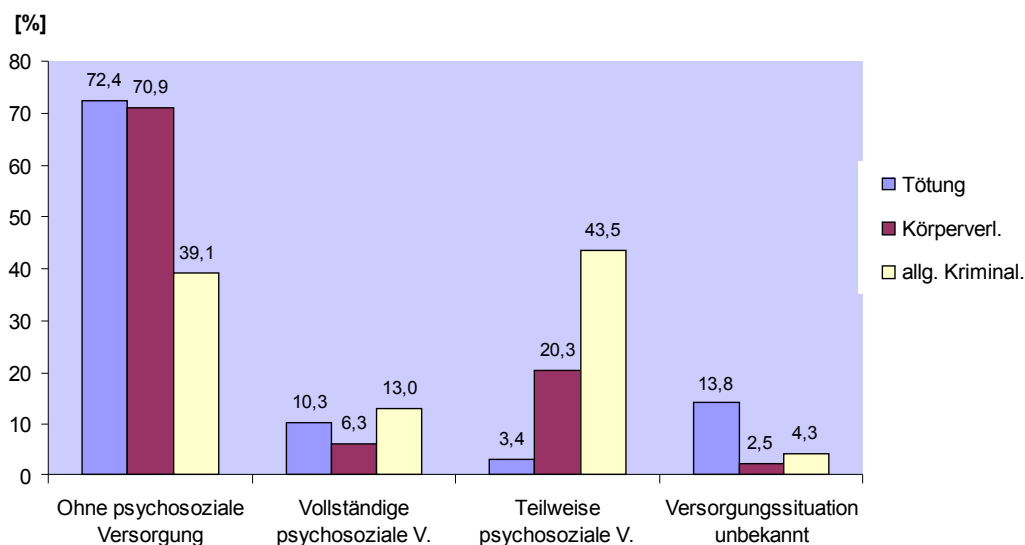


Abb. 23: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Psychosoziale Versorgungssituation

PSCHOSOZIALE VERSORGUNGSSITUATION	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Ohne psychosoziale Versorgung	21	56	9	72,4 ¹	70,9 ²	39,1
Vollständige psychosoziale V.	3	5	3	10,3	6,3	13,0
Teilweise psychosoziale V.	1	16	10	3,4 ^{3,5}	20,3 ⁴	43,5
Versorgungssituation unbekannt	4	2	1	13,8	2,5	4,3

¹ Tötung > allg. Kriminalität, $P < 0,002$ ² Körperverletzung > allg. Kriminalität, $P < 0,006$

³ Tötung < allg. Kriminalität, $P < 0,001$ ⁴ Körperverletzung < allg. Kriminalität, $P < 0,021$

⁵ Tötung < Körperverletzung, $P < 0,05$

Tab. 24: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Psychosoziale Versorgungssituation

Bezüglich der zivilrechtlichen Betreuung eines Patienten fanden sich folgende statistische Tendenzen zwischen den Subgruppen im Vergleich zum Gesamtkollektiv. Auffällig viele Patienten aus der Subgruppe Allgemeine Kriminalität haben im Vergleich zu den anderen Subgruppen zum Tatzeitpunkt einen gesetzlichen Betreuer (34,8% versus 17,2 % Tötung, versus 17,7% Körperverletzung, $P < 0,062$). Ebenso haben statistisch tendenziell mehr Patienten aus der Gruppe Körperverletzung keinen Betreuer als in der Gruppe Allgemeine Kriminalität (82,3% versus 60,9% $P < 0,062$).

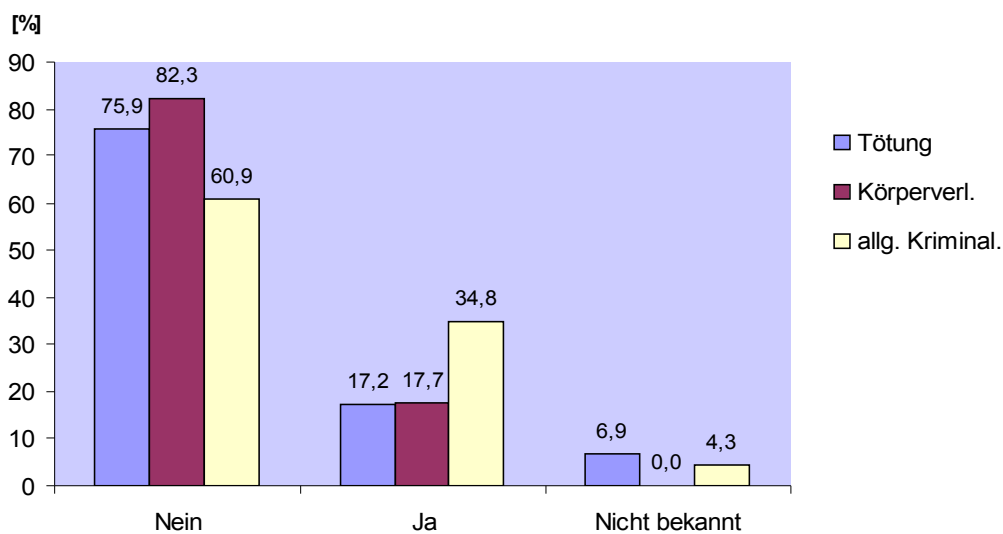


Abb. 24: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gesetzlicher Betreuer

GESETZLICHER BETREUER	N= Tötung	N= Körperverl.	N= allg. Kriminal.	% Tötung	% Körperverl.	% allg. Kriminal.
Nein	22	65	14	75,9	82,3	60,9 ¹
Ja	5	14	8	17,2	17,7	34,8 ²
Nicht bekannt	2	0	1	6,9	0	4,3

¹ allg. Kriminalität < Körperverletzung, $P < 0,062$ ² allg. Kriminalität > Körperverletzung, $P < 0,062$

Tab. 25: Häufigkeiten in Teilkollektiven - Gesetzlicher Betreuer

4.2.4. Zusammenfassung Vergleich der Teilkollektive

In Hinblick auf Variablen, welche die Straftat beschreiben, kann herausgearbeitet werden, dass Tötungsdelikte aus Opfersicht signifikant häufiger angekündigt erscheinen, als Straftaten aus dem Bereich Körperverletzung und Allgemeine Kriminalität. Im Umkehrschluss gilt auch, dass mittelschwere bis leichte Straftaten signifikant häufiger unvermittelt und für das Opfer unangekündigt auftreten als schwere Straftaten.

Die nächsten Angehörigen und Verwandten des Patienten sind hochsignifikant am häufigsten Opfer in einem Tötungsdelikt. Professionelle und sonstige Personen haben ein signifikant erhöhtes Risiko einer Körperverletzung zum Opfer zu fallen.

Im **Vergleich der demographischen Variablen** zwischen den verschiedenen Teilkollektiven können folgende Ergebnisse formuliert werden:

Patienten, welche ein Tötungsdelikt begangen haben, sind signifikant schlechter sozial integriert als Patienten aus der Gruppe Allgemeine Kriminalität. Ebenso sind Patienten mit Körperverletzungsdelikten tendenziell schlechter sozial integriert.

Es finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich von Alter, Geschlecht, familiärer Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen und deutscher Muttersprache zwischen den Subgruppen in Bezug auf die Schwere der Straftat.

Bezüglich des höchsten erreichten Bildungsabschlusses finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen. Patienten mit einem Hochschulabschluss scheinen tendenziell eher leichte Straftaten aus dem Bereich Allgemeine Kriminalität als schwere Verbrechen wie Tötungsdelikte zu begehen.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf den **Vergleich der klinischen Variablen** zwischen den verschiedenen Teilkollektiven und lassen sich wie folgt fortsetzen:

Patienten mit der Diagnose Paranoia/Paraphrenie begehen signifikant häufiger eine schwere Straftat wie ein Tötungsdelikt als eine mittelschwere Straftat wie eine Körperverletzung.

Patienten mit der Diagnose schizoaffektive Störung begehen signifikant häufiger leichte Straftaten im Bereich der Allgemeinen Kriminalität als andere Straftaten.

Patienten aus der Gruppe Körperverletzung zeigten in der Vergangenheit signifikant am häufigsten fremdaggressive Verhaltensweisen. Für diese Gruppe gilt auch der Umkehrschluss, dass die wenigsten Patienten eine gewaltfreie Vergangenheit hatten.

Patienten außerhalb eines Netzes psychosozialer Versorgung begehen signifikant häufiger schwere und mittelschwere Straftaten. Diese Patienten befinden sich auch signifikant weniger in ambulanter psychosozialer Versorgung als Patienten aus der Kategorie Allgemeine Kriminalität.

Wird eine Straftat im Rahmen der Erstmanifestation der Schizophrenie begangen, so ist es signifikant häufiger eine schwere Straftat denn eine leichte. In den ersten 10 Jahren der Erkrankung werden dann invers tendenziell eher leichte als schwere Straftaten verübt.

Patienten, welche schwere Straftaten begehen, zeigen tendenziell weniger Medikamentencompliance und sind häufiger nicht behandelt als die Vergleichsgruppe, welche leichte Straftaten begeht.

Patienten mit einem zivilrechtlichen Betreuer begehen tendenziell eher leichte Straftaten, während Patienten ohne diese Betreuung eher zu mittelschweren bis schweren Straftaten neigen.

Es finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Kategorien Komorbidität mit weiteren Erkrankungen und Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen.

Aus dem Gesagten lässt sich folgende Tabelle mit Prädiktoren für schwere und minder schwere Gewalttaten ableiten:

Prädiktoren für eher schwere Gewalttaten	Prädiktoren für minder schwere Gewalttaten
Sozial desintegriert	Sozial integriert
Diagnose Paranoia/Paraphrenie	Diagnose Schizoaffektive Störung
Fremdaggressivität in der Vergangenheit	Fehlende Fremdaggressivität in der Vergangenheit
Fehlende psychosoziale Versorgung	Teilweise psychosoziale Versorgung
Erstmanifestation der Schizophrenie	Erkrankungsdauer bis 10 Jahre
Fehlende medikamentöse Behandlung	Medikamententöse Behandlung
Keine zivilrechtliche Betreuung	Zivilrechtliche Betreuung
	Hochschulabschluss

Tab. 26: Zusammenfassung Intragruppenvergleich

5. Diskussion

5.1. Ergebnisse zur Anlaßstraftat

5.1.1. Straftat

Im untersuchten Kollektiv war die häufigste Straftat mit 60% die Körperverletzung, gefolgt von 22% Tötungsdelikten und 18% Straftaten aus dem Bereich der Allgemeinen Kriminalität. Deutlich zeigt sich ein Übergewicht der schweren und mittelschweren Straftaten zugunsten der leichteren Delikte, wie es sich in einer allgemein gefassten Population straffälliger Bürger im Vergleich zu Schizophrenen nicht zeigen würde.

Hierzu ist anzumerken, dass naturgemäß mehr mittelschwere und schwere Delikte strafrechtlich verfolgt und bei Gericht verhandelt werden als leichte Straftaten aus dem Bereich Allgemeine Kriminalität. Außerdem ist anzumerken, dass gemäß der deutschen Strafprozessordnung die Verfolgung minder schwerer Straftaten eingestellt werden kann, wenn absehbar ist, dass es zu keiner strafrechtlichen Verurteilung kommen wird. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn beim Täter eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis bekannt ist. Man kann also davon ausgehen, dass leichte Straftaten von Schizophrenen in einem Teil der Fälle gar nicht vor Gericht verhandelt werden und folglich nicht in dieser Studie auftauchen können.

In diesem Zusammenhang sei nochmals die Arbeit von HALLER (2001) zitiert. HALLER (2001) konnte zeigen, dass bei Schizophrenen das relative Risiko überhaupt ein zur strafrechtlichen Verurteilung führendes Delikt zu begehen gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor 1,55 leicht erhöht ist. Das Risiko für ein Gewaltdelikt ist bei Schizophrenen schon erheblich höher als in der Normalbevölkerung (Faktor 3,2). Die Kategorie Gewaltdelikt bei HALLER (2001) entspricht in etwa der Kategorie Körperverletzung in der vorliegenden Arbeit. HALLER (2001) fand weiter, dass für Schizophrene das Risiko, ein Tötungsdelikt zu verüben, im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht ist und zwar um den Faktor 38! Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass straffällige Schizophrene offensichtlich mehr zu mittelschweren und sehr schweren Gewalttaten neigen denn zu leichten.

Die Gewichtung der Gewalttaten in dieser Studie mit knapp zwei Drittel Körperverletzungsdelikten und einem Fünftel Tötungsdelikten zeigt also ein ähnliches Bild wie bei HALLER (2001) bezüglich des aggressiven Verhaltens Schizophrener.

Es sei an dieser Stelle aber nochmals darauf hingewiesen, dass das Untersuchungskollektiv der vorliegenden Arbeit aufgrund methodischer Einschränkungen nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation der Schizophrenen ist. Allenfalls 5 - 10% der schizophren Erkrankten treten strafrechtlich in Erscheinung.

5.1.2. Tötungsdelikt

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Angehörige und Verwandte des schizophren erkrankten Menschen in 65% der Fälle mit Abstand am häufigsten Opfer eines Tötungsdeliktes sind. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Untersuchungen verschiedener Autoren vgl. BÖKER (1973), TARDIFF (1984), HUMPHREYS (1992) und STEADMAN (1998).

Es sind entgegen der landläufigen Meinung vom unberechenbaren gefährlichen Schizophrenen nicht unbekanntes wildfremde Personen, die das höchste Risiko schwerstverletzt oder getötet zu werden haben, sondern es ist die Familie des Schizophrenen, die der größten Gefahr ausgesetzt ist.

Häufig lebt der Patient bei den zumeist hochbetagten Eltern noch in der Wohnung und unterhält eine enge, oft symbiotische Beziehung zu ihnen. Es ist dem Patienten häufig aufgrund eines frühen Krankheitsbeginns und progredienten Verfalles nicht gelungen, sich von der Herkunftsfamilie abzunabeln, selbstständig zu werden und einen eigenen Haushalt zu führen. Aufgrund dieser engen Beziehung und des Mangels an anderen sozialen Kontakten werden oft die Eltern als einzig verbliebene Kontaktpersonen in das sich entwickelnde schizophrene Wahnsystem des Patienten eingebunden.

Sie nehmen darin dann zum Beispiel die Rolle des „personifizierten Bösen“ als eine die Gesundheit und Integrität des Patienten bedrohende Macht ein und werden im Zuge psychotischer Verkennung aus „Selbstverteidigung“ angegriffen und getötet.

Folgende Kasuistik soll das illustrieren:

Fall 76: Herr S. W. ist deutscher Abstammung und lebt mit seinen Eltern und einer jüngeren Schwester in D. Er wechselt nach der Hauptschule aufs Gymnasium und kommt im ersten Halbjahr so einigermaßen mit. Er spielt Fußball im

Verein, hat ansonsten aber eher wenig Kontakte zu Altersgleichen und lebt zurückgezogen, fast einzelgängerisch. In der 12. Klasse wird Herr W. aufgrund schlechter Leistungen zurückgestuft und muss die Klasse wiederholen. Er fühlt sich von Mitschülern bespitzelt und verfolgt und reagiert aggressiv. Herr W. hört Stimmen, die ihn beschimpfen und bedrohen und glaubt dass sie von einer Art Sender ausgehen, der zu einem kompletten Überwachungssystem gehört. Er fühlt sich gelenkt und gesteuert wie ein Roboter. Sein Vater ist nach seiner Überzeugung gestorben und durch einen Doppelgänger ersetzt wurden. Dieser sei ein englischer Spion. Es folgt ein kurzer unfreiwilliger Krankenhausaufenthalt von einer Woche ohne nennenswerte Verbesserung der Psychopathologie oder nachhaltige Behandlung. Sein Vater, der englische Spion, bekommt nach Überzeugung des Herrn W. den Auftrag, ihn zu liquidieren, weil er das Überwachungssystem durchschaut habe und den Spion auffliegen lassen könne. Zum Zeitpunkt der Anlaßstrafat befinden sich Herr W. und sein Vater in derselben Wohnung. Herr W. fühlt sich massiv bedroht, er hört wieder die Stimmen, die seinen Tod durch die Hand des Spions vorhersagen. Er fordert den Vater auf ihn in Ruhe zu lassen, dieser akzeptiert das nicht. Gleichsam in Notwehr sticht Herr W. mit einem Küchenmesser auf seinen Vater ein und verletzt ihn schwer.

Aber auch das andere Extrem ist möglich. Die betroffenen Patienten sehen im Zuge ihres Wahnsystems die geliebten Personen/Eltern von verschiedenen Mächten bedroht und sie „Höllenqualen“ leiden. Um ihnen diese Schmerzen zu ersparen, töten die Patienten die Eltern wie folgendes Beispiel zeigt:

Fall 85: Herr J. K. ist deutscher Abstammung und lebt mit seiner Mutter und zwei Geschwistern in K. Die Ehe der Eltern wurde wegen Alkoholproblemen des Vaters geschieden. Zu Hause ist das Geld knapp, die Familie lebt von Sozialhilfe. Herr K. ist ein mittelmäßiger Schüler und beginnt nach Schulabschluss eine Lehre bei der Post, die er abbricht. In der Folge lebt er von wechselnden Hilfsarbeitertätigkeiten und Arbeitslosengeld. Er wohnt bis zum 30. Lebensjahr bei der Mutter und macht in dieser Zeit einige flüchtige Bekanntschaften mit Frauen. Mit Beginn der Erkrankung sieht er sich in einem Komplott gefangen, sieht in parkenden Autos Verfolger und Bewacher, bezieht Nachrichten aus Radio und Fernsehen auf sich und hört seine Gedanken laut. In seiner Hilflosigkeit und Ohnmacht versucht er sich durch Messerstiche am Hals selbst zu töten. Er glaubt sich überall von Verbrechern verfolgt und verschanzt sich in seiner Wohnung. Ihm wird bewusst, dass die Verbrecher nicht hinter ihm sondern hinter seiner Familie her sind und diese unter grausamen Qualen z.B. das Absägen von Gliedmaßen zu Tode bringen wollen. Seine Mutter habe es schwer genug gehabt mit ihm und den beiden Geschwistern, sie soll nicht diese Qualen leiden. Letztlich tötet Herr K. seine Mutter, gleichsam vorbeugend, damit sie nicht den Verbrechern in die Hände falle und grausam und langsam, aber auch zu Tode gequält werde.

Die weiteren Ergebnisse der Arbeit belegen auch, dass Tötungsdelikte in knapp 45% aus Opfersicht angekündigt erscheinen. Das ist statistisch signifikant mehr als in den beiden anderen Subgruppen.

Die Erklärung findet sich ebenfalls in der beschriebenen spezifischen Täter-Opfer-Konstellation. Im untersuchten Kollektiv sind zwei Drittel der Patienten zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat schon länger an der Schizophrenie erkrankt und den Eltern war der veränderte krankhafte Zustand ihrer Kinder vertraut. Im Laufe der Erkrankung wechseln akute floride Phasen mit aggressiven verbalen und tätlichen Ausbrüchen und Phasen der relativen Ruhe und Remission einander ab. Häufig sind in den Gutachten diese verbalen oder tätlichen Auseinandersetzungen dokumentiert:

Fall 141: Vor der Anlaßstraftat zum Nachteil seiner Eltern berichtet Herr D. P. von monatelang heftigsten Auseinandersetzungen zwischen ihm und den Eltern. Es habe gegenseitig höchste Beschimpfungen, Bedrohungen und auch tätliche Auseinandersetzungen gegeben. Am Ende greift Herr P. beide Eltern mit dem Messer an und verletzt seine Mutter tödlich und seinen Vater schwer.

Fall 142: Herr M. M. berichtet, dass es vor der Anlaßstraftat zum Nachteil seiner Großmutter immer wieder Streit mit ihr gegeben hätte. Er wähnt sich von seiner Großmutter mit ungesunder Ernährungsweise vergiftet und droht ihr, wenn sie ihn weiterhin vergiften wolle, so würde er sich schon zu wehren wissen. Am Ende tötet er die Großmutter durch Schläge mit einer Wasserflasche, einer Stielpfanne und Messerstiche.

Diese verbalen Äußerungen kündigen eine Straftat an und entsprechen einer Vorwarnung. Dies ist wahrscheinlich ein Grund, warum die Gesamtheit aller Schizophrener nur in relativ wenigen Fällen ihre Angehörigen tötet. Häufig sind die Angehörigen gewarnt und treffen entsprechende Vorkehrungen, führen zum Beispiel die räumliche Trennung vom erkrankten Verwandten herbei.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass entsprechende Ankündigungen von Angehörigen und Therapeuten ernst genommen werden sollten. Vielfach verharmlosen die Angehörigen die Vorfälle „der Junge weiß nicht was er sagt... er ist krank... man kann ihn nicht ernst nehmen“ und versäumen die entsprechenden Vorkehrungen wie eine Arztkonsultation oder eine Krankenhauseinweisung.

5.1.3. Körperverletzungsdelikt

Im untersuchten Kollektiv sind in ca. 60% der Übergriffe die Opfer einer Körperverletzung völlig unbeteiligte fremde Personen.

Diese Zahl nährt das eingangs beschriebene Stereotyp vom gemeingefährlichen unberechenbaren schizophrenen Kranken, insbesondere wenn gänzlich unbeteiligte arglose Personen von einem schizophren Erkrankten auf offener Straße angegriffen werden. Häufig erfahren solche Fälle aufgrund medienwirksamer sensationsheischender Berichterstattung einen potenzierten Einfluss auf die öffentliche Meinung.

Fall 135: Herr T. P. 28 Jahre, Hauptschulabschluss, abgebrochene Lehre, mehrere ungelernete Tätigkeiten. Er geht durch die Innenstadt von T. Ihm fallen zwei ihm bisher unbekannte Mädchen auf. Er nähert sich den Frauen in sexueller Absicht und obwohl sie ihn sehr drastisch auffordern, zu verschwinden, lässt er nicht von ihnen ab. Er zerreißt einer der Frauen die Bluse und wirft sich auf sie. Er fordert das Mädchen zum Geschlechtsverkehr auf. Die helfend eingreifende Freundin wird ebenfalls zu Boden geworfen und Herr P. legt sich auch auf sie. In der Folge dieser Anlaßstraftat wird erstmals eine Hebephrenie diagnostiziert.

Fall 97/28: Herr A. T. 21 Jahre, Hauptschulabschluss, abgebrochene Lehre, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, seit einem Jahr diagnostizierte paranoid-halluzinatorische Schizophrenie. Herr T. hat Fahrschulprüfung und fällt durch. Er glaubt, der Fahrlehrer habe ihm von vornherein keine Chance gegeben. Er ist wütend und angespannt, geht in die Spielhalle und trinkt Alkohol. Er geht nach Hause und holt sich ein Messer um dem Fahrlehrer eine Lektion zu erteilen. Herr T. verwickelt den Fahrlehrer in ein Gespräch, es kommt zum Handgemenge. Herr T. zieht das Messer und fügt dem Geschädigten insgesamt elf zum Teil schwere Schnittverletzungen zu.

Kritisch ist an dieser Stelle anzumerken, dass die Zahl der zur Anzeige und Gerichtsverhandlung gebrachten Körperverletzungen im familiären Bereich aus verschiedensten Gründen mit einer hohen Dunkelziffer nicht angezeigter Straftaten belastet ist. Aus Scheu, Scham, Angst und Loyalitätsgefühl dem kranken Täter gegenüber, werden diese Straftaten verschwiegen und vertuscht. Es wirken dieselben Mechanismen, die eine misshandelte Ehefrau nicht den gewalttätigen Ehemann oder einen das Kind sexuell misshandelnden Vater anzeigen lassen. Diese Einschränkung ist bei der Interpretation der Ergebnisse des untersuchten hochselektiven Klientels strafrechtlich verurteilter Schizophrener zu beachten.

Es stellt sich die Frage, warum die Aggression schizophrener Erkrankter die nächsten Angehörigen härter trifft und sie signifikant häufiger getötet werden, während sich Aggression gegen weniger nah stehende Personen wie Freunde „nur“ als Körperverletzung entlädt. Eine mögliche Erklärung liefert die Theorie der „expressed emotions“, die ein Familienklima des Überengagements und der hohen emotionalen Beteiligung der Eltern an den Geschehnissen der Kinder zu deren Ungunsten beschreibt. Dieses Klima findet sich nun häufig in Familien mit chronisch psychisch Kranken. Einerseits müssen sich die Eltern weiterhin um ihre oft schon erwachsenen Kinder kümmern, andererseits fehlt ihnen die nötige Distanz und der notwendige Abstand, ihre Kinder zumindest teilweise in Selbstständigkeit zu entlassen. So sind die Eltern oft gleichzeitig Objekt der Liebe und des Hasses für die erkrankten Kinder. Weiterhin ist bekannt, dass Tötlichkeiten bis zur Tötung eine besondere Nähe des Täters zum Opfer brauchen, eine Nähe wie sie „expressed emotions“ Familien bieten. Diese Nähe der Hass-Liebe findet sich nun nicht gegenüber reinen Bekannten, weshalb sie es auch „nicht wert“ sind umgebracht zu werden.

Die vorliegende Arbeit zeigt weiterhin, dass Körperverletzung aus Opfersicht in über 80% unvermittelt und überraschend auftritt. Wenn die geschädigte Person, wie die Kasuistiken von Herrn A. T. und T. P. gezeigt haben, dem Täter nicht näher bekannt war oder ihm nie zuvor begegnet ist, kann der Tat zwingender Weise auch keine Ankündigung vorausgegangen sein.

Die Beispiele zeigen auch, dass die beschriebene Körperverletzung aus Täterperspektive eher einem impulsiven Affekt folgend geschieht, als dass sie geplant ist. Auch aus diesem Grund kann keine Vorwarnung an das Opfer ergehen.

Professionelle Kontaktpersonen sind signifikant häufiger Opfer eines Körperverletzungsdeliktes denn eines Tötungsdeliktes. Das deckt sich mit den Angaben verschiedener Autoren, die darauf hinweisen, dass im Gesundheitssystem tätige Personen häufig Opfer fremdaggessiver Patientenübergriffe in Form körperlicher und verbaler Gewalt werden, jedoch nur in Ausnahmefällen von ihren Patienten getötet werden vgl. JAMES (1990) und LEHMANN (1999). Im Untersuchungskollektiv wird eine professionelle Kontaktperson getötet (vgl. Kasuistik Fall 146). Die Ursache für diese geringe Quote mag sicher darin liegen, dass ärztliches und psychologisches Personal geschult im Umgang mit aggressiven und gewalttätigen Patienten ist, entsprechende Vorwarnsymptome erkennt und deeskalierend eingreifen kann.

Einschlägige Untersuchungen zeigen immer wieder, dass es jüngere unerfahrene Mitarbeiter sind, welche Opfer von Patientenübergriffen werden vgl. RICHTER (1999).

Außerdem mögen die Aussagen der „expressed emotions“-Theorie zutreffen, die meinen, dass es zwischen Täter und getötetem Opfer eine entsprechende emotionale Nähe gibt, wie sie zwischen Patient und therapeutischem Personal seltener gegeben ist.

Fall 146: Herr K-M. D. 41 Jahre, paranoid-halluzinatorische Schizophrenie seit dem 17. Lebensjahr mit anfangs eher hebephrener Symptomatik, kompliziert durch Drogenmissbrauch und ein persistierendes Wahnsystem bei Medikamenten-Incompliance und fehlender Krankheitseinsicht. Herr D. fühlt sich zu unrecht unter Betreuung gestellt und verdächtigt seinen Betreuer haufenweise Geld zu unterschlagen (5 Millionen). Zum Tatzeitpunkt erhält Herr D. monatlich zweimal 300,- bis 400 DM von seinem Betreuer und kauft dafür Drogen und ein Messer. Er wolle sich damit gegen eine erneute Krankenhauseinweisung zur Wehr setzen. In einer Unterkunft für Obdachlose warten sein Betreuer, ein Rechtspfleger und zwei Polizisten auf ihn. Herr D. sticht auf seinen Betreuer ein und verletzt ein Blutgefäß im Bereich der Lungen. Der Betreuer stirbt an inneren Blutungen.

5.1.4. Allgemeine Kriminalität

Straftaten aus der Kategorie Allgemeine Kriminalität richteten sich in 20 von 23 Fällen (87%) als Eigentumsdelikte gegen Sachgegenstände. In 3 Fällen (13%) waren Personen beteiligt bzw. kamen zu Schaden. Diese Fälle sind im folgenden kurz skizziert.

Fall 1: Herr I. T. 22 Jahre alt, bekannte Hebephrenie bedroht zwei Jugendliche in einem Bus mit einer Feuerzuegpistole „Die ist von Satan, er wird euch umbringen“.

Fall 20: Herr W. H. ein 37jähriger Vater mit paranoidem Syndrom bedroht die Lehrer seines Sohnes massiv verbal, weil sein Sohn durch die Abiturprüfung gefallen ist „Ich nehme das Breitschwert von der Wand und metzle alles nieder ... ich mache sie platt“.

Fall 92: Herr K. R. ein 28jähriger Patient mit Paranoia schickt eine Bombenat-trappe an die Botschaft der USA in Deutschland.

Eine Auswertung bezüglich einer Handlungsintention aus Opfersicht war bei dieser Konstellation nicht sinnvoll.

5.2. Ergebnisse der demographischen Variablen

5.2.1. Alter und Geschlecht

93% der untersuchten Patienten im Gesamtkollektiv sind männlich, nur 7% des Gesamtkollektivs sind weiblichen Geschlechts. Damit sind in dieser Untersuchung die Männer deutlich mehr überrepräsentiert als es STEINERT (1998) für den deutschsprachigen Raum für geistesgestörte Gewalttäter beschreibt (Männer zu Frauen wie 3:1 bis 4:1).

In internationalen Studien steigt das Geschlechterverhältnis durchaus bis auf 10:1, in der vorliegenden Arbeit auf 13:1, und ist am ehesten durch methodische Einflüsse zu erklären. So bestätigt die vorliegende Arbeit die allgemeine Aussage anderer Untersucher wie ROSSI (1986) und PEARSON (1986), dass der gewalttätige schizophrene Patient männlich ist.

Innerhalb der Subgruppen findet sich keine Differenzierung nach Geschlecht. Es kann also nach den vorliegenden Ergebnissen nicht gefolgert werden, dass Männer eher schwere und Frauen eher leichte Gewaltverbrechen begehen.

Im Gesamtkollektiv sind zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat 6% der Patienten jünger als 20 Jahre, 78% der Patienten zwischen 20 – 40 Jahre und 16% der Patienten älter als 40 Jahre. Der Intragruppenvergleich zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede. Es kann also nicht wie erwartet gezeigt werden, dass jüngere Patienten eher zu schweren denn zu leichten Gewalttaten neigen.

Insgesamt bestätigt die Untersuchung aber wieder die allgemeine Aussage anderer Untersucher wie STEINERT (1991) und BARLOW (2000), dass der gewalttätige schizophrene Patient jünger (unter 40 Jahre) ist. Im Gesamtkollektiv sind 84% aller Patienten jünger als 40 Jahre.

5.2.2. Soziale Stellung

In der vorliegenden Arbeit kann analog zur Arbeit von CALCEDO-BARBA (1994) gezeigt werden, dass sozial integrierte Patienten signifikant häufiger minder schwere Straftaten aus der Kategorie Allgemeine Kriminalität denn Tötungsdelikte begehen. Umgekehrt gilt auch: Patienten, welche schwere Straftaten begehen sind signifikant seltener sozial integriert.

Nun kann gefragt werden, ob eine bessere soziale Einbindung in ein Netzwerk von Freunden und Bekannten, geregelter Tätigkeit und Freizeitbeschäftigung eine gewaltprotektive Wirkung hat. Ist der soziale Integrationsstatus eng mit dem Krankheitsverlauf verwoben und gehen desolante Krankheitsverläufe eher mit sozialer Vereinsamung und Desintegration einhergehen als blande Krankheitsverläufe?

Schizophrenien mit ungünstigen Verläufen beginnen häufig früh und fallen in die vulnerable Phase des Erwachsenwerdens, des LoslöSENS vom Elternhaus und des Aufbaus einer eigenen Existenz. Der Patient meistert krankheitsbedingt diese Schritte nicht, bleibt schulisch hinter seinen Altersgenossen zurück und verliert nach der Schule den Anschluss an sie. Patienten ohne eigene Wohnung, ohne regelmäßige Beschäftigung im Tagesverlauf, ohne Freunde und Hobbies wurden als sozial desintegriert eingeordnet. So bleibt für diese Patienten meist nur die Familie, bei der sie wohnen und zu der sie als einziges soziale Kontakte unterhalten. Im Kapitel Tötungsdelikt wurde gezeigt, dass und warum die Angehörigen einer Familie das höchste Risiko haben, einer Tötung zum Opfer zu fallen.

Ebenso gilt auch, dass bei blanden Krankheitsverläufen sich die Schizophrenie erst später manifestiert. Die Patienten haben häufig eine berufliche Ausbildung abgeschlossen und erste Schritte im Erwerbsleben gemacht. Wer einen eigenen Haushalt führen, Freundschaften pflegen und ein meist sportliches Hobby betreiben kann, gehört nicht zu den schwer kranken Patienten. Diese Patienten stehen häufig gefestigter im Leben und scheinen mehr und bessere Krankheitsbewältigungsstrategien zu besitzen. Bei ihnen verläuft die Schizophrenie weniger desolat und zerstörend. Wenn diese Patienten strafrechtlich auffallen, dann mit minder schweren Delikten wie Diebstahl und Bedrohung. An dieser Stelle sei exemplarisch der Fall 20 näher beschrieben.

Fall 20: Herr W. H. 41 Jahre, abgeschlossenes Maschinenbaustudium, über 20 Jahre regelmäßige Tätigkeit im Familienbetrieb als Maschinenbauer, Kaufmann und tech. Angestellter, seit 4 Jahren wegen Schäden an der Wirbelsäule und den Bandscheiben erwerbsunfähig. Seit dieser Zeit auch ausgeprägtes Wahnsystem mit Größenphantasien. In diesem System wird er vom Satanistenchef der Region verfolgt und besitzt deshalb eine Pistole und ein Schrotgewehr. Ein Sergeant hätte ihm Waffen und Munition gebracht. Außerdem unterhält Herr H. Kontakte zu CDU-Kreisen, zum BND, zum Schwedischen Königshaus, zur Freimaurerloge in Amerika und dem Templer Orden. Er ist geistiger Vater von Freizeit- und Gewerbestadts, kennt viele hochrangige Persönlichkeiten aus Politik, Wirtschaft und Armee und trägt sich mit dem Gedanken nach Südafrika auszuwandern. Vom Sohn, befangen in einer folie a deux werden einige dieser Angaben bestätigt, ebenso die Tatsache, dass der Vater regelmäßig ausgeht und sich mit

Freunden trifft. Außerdem arbeite er freiberuflich an verschiedenen Projekten zu Hause. Anlaßstraftat ist eine massive verbale Bedrohung des Lehrers seines Sohnes.

Andererseits kann auch angenommen werden, dass ein gutes soziales Netzwerk gewaltprotektiv wirkt. Regelmäßige soziale Kontakte zu anderen Menschen auf Arbeit, in einer geschützten Werkstatt, im Sportclub oder Skatverein erlauben es weniger sich in eine schizophrene Wahnwelt einzuspinnen und den Realitätsbezug zu verlieren. Die Patienten wahren den Kontakt zur Realität und erhalten vielfältige Arten von Rückmeldungen.

5.2.3. Schulbildung

47% der untersuchten Patienten erreichten als höchstes Bildungsniveau einen Schulabschluss, 26% konnten eine Lehre abschließen und 5% ein Studium. 22% erreichten keinen Bildungsabschluss.

Es wurde erwartet, einen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Schwere der Straftat zu finden: Höheres Bildungsniveau bei blandem Krankheitsverlauf assoziiert mit weniger schweren Straftaten. Niedrigeres Bildungsniveau bei katastrophalem Krankheitsverlauf assoziiert mit schwereren Gewaltdelikten.

Der Subgruppenvergleich ergab jedoch aufgrund zu geringer Fallzahlen keine statistisch signifikanten Unterschiede. Einzig in der Kategorie Abgeschlossenes Studium ergab sich eine statistische Tendenz hin zu mehr Delikten aus dem Bereich der allgemeinen Kriminalität. 8,7% der Patienten dieser Kategorie hatten ein Studium abgeschlossen, während kein Patient aus der Subgruppe Tötung diesen höchsten Bildungsabschluss aufweisen konnte.

Die geringe Anzahl von Patienten in der gesamten Untersuchungsgruppe, die überhaupt ein Studium abgeschlossen hatte (N=6 oder 4,6%), weist darauf hin, dass es zumindest einen wie oben beschriebenen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Straffälligkeit allgemein geben könnte (vgl. hierzu Fall 20 mit abgeschlossenem Studium).

Weiterführende Untersuchungen mit einer entsprechenden Vergleichsgruppe sind zur Verifizierung dieser eingangs aufgestellten These nötig.

5.2.4. Familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen

Die familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen scheint auf den Verlauf und das aggressive Verhalten schizophrener Erkrankter wenig Einfluss zu haben.

Im Gesamtkollektiv stammen ein Viertel der Patienten aus vorbelasteten Familien mit bekannten psychiatrischen Erkrankungen, während drei Viertel der Patienten aus unbelasteten Familien stammen. Über alle drei Subgruppen verteilen sich die Zahlen ähnlich, so dass es im Intragruppenvergleich nicht zu statistisch signifikanten Unterschieden kommt.

Die Depression der Mutter, die Spielsucht und Alkoholabhängigkeit des Vaters und Schizophrenie der Schwester haben in der vorliegenden Untersuchung keinen Einfluss auf die Schwere der begangenen Anlaßstraftat.

5.2.5. Muttersprache

Im Gesamtkollektiv waren 72% der Patienten deutsche Muttersprachler und 28% nicht-deutsche Muttersprachler. Der Subgruppenvergleich zeigt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Straftätern leichter, mittelschwerer und schwerer Gewaltdelikte.

Obwohl der Vergleich zu einer entsprechenden Allgemeinpopulation derselben Region nicht vorgenommen wurde, kann man annehmen, dass nicht deutsche Muttersprachler unter den gewalttätigen Schizophrenen überrepräsentiert sind, weil der Ausländeranteil im Einzugsgebiet der Rheinischen und Westfälischen Landeskliniken deutlich unter 30% liegt. Möglicherweise sind Migration und Entwurzelung unter den in Deutschland wohnenden Ausländern krankheitsverschlechternde Belastungen, welche bei entsprechender Prädisposition zur Manifestation der Schizophrenie führen, so dass die Prävalenz der Schizophrenie unter den in Deutschland lebenden Ausländern höher als unter den Deutschen (0,5 – 1%) ist. Der Verfasserin ist keine Studie bekannt, die diesen Zusammenhang untersucht hätte, so dass diese Aussage als Hypothese im Raum stehen bleibt.

5.3. Ergebnisse der klinischen Variablen

5.3.1. Diagnose

Die Häufigkeitsverteilung aller untersuchten Diagnosen im Gesamtkollektiv entspricht der Verteilung der Subgruppen wie sie lehrbuchhaft beschrieben ist: Die paranoid-halluzinatorische Schizophrenie ist mit knapp 75% die mit Abstand häufigste Verlaufsform. Gut 10% der untersuchten Personen leiden an einer hebephrenen Schizophrenie. Weitere schizophrene Verlaufsformen wie Drogeninduzierte Schizophrenie und Paranoia/Paraphrenie sind insgesamt selten und machen 8% der Stichprobe aus.

Hierzu ist anzumerken, dass die Diagnose Drogeninduzierte Schizophrenie häufig initial zu Beginn der Erkrankung gestellt wird, wenn eine Missbrauchs- oder Suchtproblematik als kausaler Grund für die Erstmanifestation in Frage kommen könnte. Im weiteren Krankheitsverlauf zeigt sich dann häufig, dass der Missbrauch psychotroper Substanzen nur ein Begleitphänomen der schizophrenen Psychose ist und nicht als krankheitsauslösende Ursache zu werten ist. Die Diagnose Drogeninduzierte Schizophrenie wird dann meistens zugunsten einer anderen Diagnoseeinteilung verlassen. In einigen Prognosegutachten kann man diesen Werdegang der sich wandelnden Diagnose gut nach verfolgen, wie die folgende Kasuistik zeigt. Somit erklärt sich auch, warum Drogeninduzierte Schizophrenien nur 2,3% aller Diagnosen im Untersuchungskollektiv ausmachen.

Fall 22: Herr S. P. wurde im Alter von 17 Jahren erstmalig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter der Verdachtsdiagnose drogeninduzierte Schizophrenie stationär aufgenommen. Im Alter von 20 Jahren wurde er stationär psychiatrisch unter dem Verdacht auf schizoide Persönlichkeitsstörung und Missbrauch von Cannabinoiden und Stimulanzien behandelt. Die nach behandelnde Klinik diagnostiziert soziale Verhaltensauffälligkeiten, mehrjährigen exzessiven Cannabisabusus und den Verdacht auf eine beginnende Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein weiteres Jahr später lautet die Diagnose: Schizophrene Psychose. Diese wird bis auf Weiteres beibehalten.

Der Intragruppenvergleich für die Diagnosen paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, Drogeninduzierte Schizophrenie und Hebephrenie zeigt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Tätern leichter, mittelschwerer und schwerer Straftaten.

5.3.1.1. Paranoia/Paraphrenie

Patienten, welche ein Tötungsdelikt begangen haben, leiden signifikant häufiger an einer Paranoia/Paraphrenie als Patienten aus den Kategorien Körperverletzung und Allgemeine Kriminalität. Die Diagnose Paranoia/Paraphrenie ist in der vorliegenden Studie ein Risikofaktor eine schwere Gewalttat zu begehen.

Bei der Paranoia/Paraphrenie handelt es sich um eine fixierte und systematisierte chronische Wahnerkrankungen mit ansonsten symptomarmen Verlauf bei weitgehend intakter Persönlichkeit. Das Wahnsystem der betroffenen Patienten ist starr und nicht einer ständigen Wandlung unterzogen, wie es bei anderen Schizophrenieformen der Fall ist. Die einmal in das Wahnsystem eingebaute Person lebt gefährlich, da sie in der Realität des Patienten permanent eine bedrohliche und gefährliche Rolle spielt. Dagegen schließt wechselnder unsystematisierter Wahn heute diese und morgen eine andere Person ein. Neben dem chronischen Wahnsystem verläuft die Erkrankung symptomarm; die Patienten fallen als sonderlingshaft und eigenbrödlerisch auf. Die Erkrankung verläuft über viele Jahre undiagnostiziert und unbehandelt, der Wahn „blüht“ auf und die betroffenen Patienten verstricken sich immer mehr in ihrer eigenen Realität. Drei Viertel (N=6/8) der untersuchten Patienten mit Paranoia/Paraphrenie war zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat nicht diagnostiziert und folglich nicht medikamentös behandelt. Zu einem bestimmten Zeitpunkt kommt dann der aggressive Durchbruch, der aus Patientensicht eine notwendige und logische Tat darstellt, für das Opfer jedoch unerwartet und überraschend kommt. Exemplarisch soll hier die Kasuistik der Lafontaine-Attentäterin Frau A. S. stehen.

Fall 30: Frau A. S. 41 Jahre, deutscher Abstammung, wuchs in einem behüteten Elternhaus auf. Als Kind war sie lebhaft und aufgeweckt, in der Schule eine mittelmäßige Schülerin. Nach Schulabschluss absolvierte sie erfolgreich eine Ausbildung zur Medizinisch-kaufmännischen-Assistentin und Arzthelferin. Das war ihr Traumberuf. In der Folge arbeitete sie mit Freude in verschiedenen Arztpraxen und einem Labor. Nach fünf Jahren enger fester Partnerschaft heiratet sie und führt eine gute Beziehung. Im Alter von 31 Jahren wird die Ehe geschieden. Schuld sind die „Menschenfabriken“, von denen ihr Mann nichts wissen will und der ihre psychotischen Sorgen und Befürchtungen nicht teilt. Frau S. zieht nach der Scheidung zurück zu ihren Eltern. Sie ist arbeitslos, lebt von öffentlichen Unterstützungsgeldern und kümmert sich ausschließlich um die Eltern. Es sind immer dieselben Themen, die sie beschäftigen, seit nunmehr fast 10 Jahren, die Menschenfabriken der Außerirdischen. Sie demonstriert öffentlich gegen die Menschenfabriken und wird ungefähr für ein halbes Jahr stationär psychiatrisch

behandelt. Diagnostiziert wird eine Paranoia. In der Klinik fühlt sie sich nicht verstanden und spürt mehr Verantwortung als andere. Sie kann auf die Menschenfabriken aufmerksam machen und sie verhindern. Um die Öffentlichkeit aufzurütteln, versucht sie bei einem öffentlichen Auftritt den Politiker Oskar Lafontaine, in dem sie einen Außerirdischen sieht, zu erstechen.

5.3.1.2. Schizoaffektive Störung

Patienten, welche eine minder schwere Straftat aus der Kategorie Allgemeine Kriminalität begangen haben, leiden signifikant häufiger an einer schizoaffektiven Störung als Patienten, welche schwere Gewaltverbrechen begehen. Die Diagnose schizoaffektive Störung ist also eher mit einem blanden Krankheitsverlauf und weniger bzw. leichter Kriminalität assoziiert.

Die schizoaffektive Störung ist keine reine Schizophrenie, sondern halb eine Geistes- und halb eine Gemüteskrankung mit affektiven **und** schizophrenen Symptomen. Man unterteilt in schizomanische Episoden mit schnell wechselnden, bizarr vielfältigen schizophrenen Symptomen und hoher Wahndynamik und in schizodepressive Episoden, welche gewöhnlich weniger floride und alarmierend verlaufen und von längerer Dauer sind. Schizophrene und affektive Symptome bilden sich in der Regel nicht gleichzeitig zurück. Häufig beherrschen depressive Residuen wie Antriebsmangel und sozialer Rückzug länger das klinische Bild. Die Prognose der schizoaffektiven Störung ist besser als die der Schizophrenie und schlechter als die der affektiven Störungen. Das schlägt sich offensichtlich auch im aggressiven Verhalten der betroffenen Patienten nieder. Beim Vorherrschen depressiver Symptome nach Abklingen der akuten schizophrenen Symptomatik denkt der Patient eben nicht in erster Linie daran, anderen Menschen Schaden zuzufügen, sondern richtet die Aggression und Gewalt häufig gegen die eigene Person.

5.3.2. Medikamenten-Compliance

Therapeuten in Deutschland gehen davon aus, dass 40-50% aller Schizophrenen Medikamenten-compliant bzw. 50-60% aller Schizophrenen Medikamenten-incompliant sind. Medikamenten-Incompliance gilt nach vielen Untersuchungen als eigenständiger Prädiktor für Gewalttätigkeit vgl. SWARTZ (1998), SWANSON 1997 und HALLER (2001).

Diese Annahmen werden in der vorliegenden Arbeit - zumindest was die Incompliance betrifft - bestätigt: 56% der untersuchten Patienten nahmen ihre Medikamente nicht oder unregelmäßig ein. Allerdings konnte bei nur 8% der Patienten regelmäßige Medikamenteneinnahme dokumentiert werden.

Es ist zu vermuten, dass die übrigen Patienten mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme aus methodischen Gründen nicht in der Untersuchungsgruppe auftauchen: Sie sind hinsichtlich ihrer schizophrenen Symptomatik besser eingestellt, erfahren weniger krankheitsbedingte Ängste und Frustrationen und reagieren weniger aggressiv, so dass sie nicht strafrechtlich auffällig werden. Diese Argumentation würde die These stützen, dass regelmäßige Medikation einen gewaltprotektiven Effekt hat. Diese These zu überprüfen, müsste die Untersuchungsgruppe einer entsprechenden Vergleichsgruppe nicht gewalttätiger Schizophrener gegenübergestellt werden.

Ein weiteres Drittel der Untersuchungsgruppe wurde zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat nicht medikamentös behandelt. Somit nahmen insgesamt 86% der untersuchten Patienten aus unterschiedlichen Gründen keine Medikamente ein. Dieser Anteil erscheint sehr hoch und unterstützt die These, dass fehlende medikamentöse Behandlung mit mehr Gewalt und Aggressivität verbunden ist. Weiterführende Untersuchungen werden diese These überprüfen.

Beim Subgruppenvergleich konnten zwei statistische Tendenzen ausgemacht werden: Zum einen konnte gezeigt werden, dass compliante Patienten signifikant häufiger leichte Straftaten den schwere Gewaltverbrechen begehen. Zum anderen finden sich in der Subgruppe Tötungsdelikt signifikant mehr unbehandelte Patienten als in den anderen Subgruppen.

Damit wird gezeigt, dass regelmäßige Medikation vielleicht nicht Straftaten verhindert aber zumindest in ihrer Schwere abmildert. Gut eingestellte und behandelte Patienten leiden weniger unter produktiver schizophrener Plusssymptomatik mit Wahrnehmungsstörung und inhaltlichen sowie formalen Denkstörungen. Sie erfahren weniger krankheitsbedingte Ängste und Frustrationen, welche in aggressives Verhalten umschlagen können. Nur ein Patient aus der Kategorie Tötung konnte als compliant eingeordnet werden. Dies zeigt, dass gute medikamentöse Behandlung zwar einen protektiven Effekt bezüglich schwerer Gewaltverbrechen hat, aber keine absolute Sicherheit bietet.

So ist tendenziell die fehlende medikamentöse Behandlung mit mehr schweren Gewaltverbrechen assoziiert. Bei 37 von 40 nicht behandelten Patienten war zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat die Schizophrenie nicht diagnostiziert. Bei 3 Patienten war die Medikation nach einer längeren schubfreien Phase von ärztlicher Seite abgesetzt wurden. Es sind also nicht entdeckte, nicht therapierte Patienten, bei welchen sich nach einer unterschiedlich langen Prodromalphase die Erkrankung mit einer schweren Gewalttat manifestiert. Hierzu ist anzumerken, dass der Patient der Familie meist immer schon etwas auffällig, sonderlingshaft und verschroben erschienen ist und sie deshalb die schleichenden Veränderungen, den eigentlichen Krankheitsbeginn nicht bemerkt hat.

Exemplarisch kann hier nochmal die Kasuistik der Frau A. S. stehen, die rückblickend ca. 10 Jahre lang an einer undiagnostizierten Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, einer Paranoia, litt. Sie lebte in diesen Jahren zurückgezogen ohne regelmäßige Tätigkeit, ohne Freundeskreis und Freizeitbeschäftigung, nur auf die Eltern fixiert und spinnt sich bei fehlendem Realitätsbezug mehr und mehr in ihr Wahnsystem der Menschenfabriken der Außerirdischen ein.

5.3.3. Komorbidität mit weiteren Erkrankungen

In dieser Kategorie wurde untersucht, ob Substanzmissbrauch oder -sucht und intellektuelle Defizite mit der Schwere der begangenen Straftat assoziiert sind. Es wurde in der Arbeitshypothese vermutet, dass süchtige oder minderbegabte Patienten häufiger schwere Gewaltverbrechen begehen als schizophrene Patienten ohne diese Komorbidität. Dieser Zusammenhang konnte im Intragruppenvergleich jedoch nicht nachgewiesen werden.

Insgesamt sind die Diagnosen Substanzmissbrauch bei knapp 50% und Substanzsucht bei 18% Patienten aber sehr häufig im Untersuchungskollektiv vertreten. Deutschland weit leiden nur ungefähr 8% der Bundesbürger an einer Substanzabhängigkeit. Verschiedene Studien fanden niedrigere Häufigkeiten von Substanzmissbrauch unter schizophrenen Patienten: SOYKA (1994) 22-43%, DUKE (1994) 22% und MENEZES (1996) 36%. In Untersuchungen speziell an gewalttätigen schizophrenen Patienten steigen die Häufigkeitsangaben auf 54% bei LINQUVIST (1989) und 70% bei BARLOW (2000) und decken sich damit mit den Angaben im Untersuchungskollektiv dieser Arbeit.

Häufig werden psychotrope Substanzen von schizophrenen Patienten als „Selbstmedikation“ zur Coupierung schizophrener Erstrangssymptomatik konsumiert. Sie entsprechen damit einem Therapieversuch, zeigen aber auch ein wechselseitig bedingtes Problem aus Selbstmedikation, allgemeine Unzufriedenheit mit Behandlung und Behandlern von Seiten der Patienten an. Dieser Kreislauf mündet in einem Teufelskreis aus Behandlungsresistenz, Krankheitsexerbation, Substanzmissbrauch und Gewalt.

5.3.4. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen

Insgesamt wurden bei dem Großteil der untersuchten Patienten (88%) keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Das entspricht auch der klinischen Erfahrung, die besagt, dass Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung selten kombiniert sind, wohl aber Schizophrenie häufig dissoziale Verhaltensweisen an den Tag legen. Diese dissozialen Verhaltensauffälligkeiten haben selten den Rang einer eigenständigen Diagnose auf Achse II DSM IV, sie sind eher Sekundärphänomen des die Persönlichkeit deformierenden Krankheitsbildes Schizophrenie.

Bei 15 Patienten des Gesamtkollektives (12%) wurde eine eigenständige Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Das sind deutlich weniger Patienten als STEINERT (1996) bei einer Untersuchung forensisch untergebrachter schizophrener Patienten fand. Er fand eine prä-morbid bestehende dissoziale Persönlichkeitsstörung bei knapp einem Drittel der Patienten. Die häufigste Persönlichkeitsstörung im vorliegenden Untersuchungskollektiv war eine dissoziale Persönlichkeitsstörung bei zwei Dritteln der Fälle. Weiterhin kamen 2 Fälle von Impulskontrollstörung und 3 Fälle von sexueller Entwicklungsstörung vor.

Die Arbeitshypothese in Anlehnung an die Arbeiten von WESSELY (1994) und KELK (1987) lautete: Eine prä-morbid bestehende dissoziale Persönlichkeitsstruktur oder Impulskontrollstörung prädisponiert zu einem schlechteren Krankheitsverlauf der Schizophrenie und manifestiert sich in mehr schweren Gewaltverbrechen. Im Subgruppenvergleich konnte diese Hypothese, auch aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht bestätigt werden. Es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten, einen signifikanten Unterschied zu nicht gewalttätigen schizophrenen Patienten herauszuarbeiten.

5.3.5. Gewalt in der Vorgeschichte

Fremdaggressives Verhalten in der Vergangenheit gilt als unabhängiger eigenständiger Risikofaktor für zukünftiges gewalttätiges Verhalten vgl. CONVIT (1990), BLOMHOFF (1990) und CALCEDO-BARBA (1994). Viele Untersuchungen konnten zeigen, dass es eine kleine Gruppe wiederholt gewalttätiger schizophrener Patienten gibt, die sich durch eine lange Vorgeschichte aggressiver Gewalttaten auszeichnen vgl. BARLOW (2000) und OWEN (1998b).

In der vorliegenden Untersuchung kann gezeigt werden, dass bei Patienten aus der Subgruppe Körperverletzung signifikant häufiger fremdaggressives Verhalten in der Vergangenheit beschrieben ist als in den beiden anderen Subgruppen. Dieses Ergebnis unterstützt die These vom schizophrenen Hochrisikopatienten, der für einen großen Teil aller aggressiven tätlichen Übergriffe verantwortlich ist und ständig wiederholt gewalttätig auftritt. Dies ist insbesondere bei Körperverletzungsdelikten der Fall.

Man fragt sich, warum nicht Patienten aus der Kategorie Tötungsdelikt die höchste Häufigkeit fremdaggressiver Gewalt in der Vergangenheit aufweisen (nur 55%).

Zum Einen ist es so, dass diese Patienten wahrscheinlich wirklich weniger häufig vor dem Tötungsdelikt mit aggressiven Durchbrüchen auffallen. In der Kategorie Tötungsdelikte finden sich mehr erstmanifestierte Erkrankungen und unbehandelte Patienten als in den anderen Subgruppen. Bei einem Drittel der Patienten aus dieser Kategorie konnten bis auf die Anlaßstraftat keinerlei aggressive Verhaltensweisen dokumentiert werden. Auch dies ist ein statistisch signifikanter Unterschied zur Subgruppe Körperverletzung. Diese Besonderheit zeigt, dass lange nicht alle und auch nicht alle schweren Gewaltverbrechen anhand eines einzelnen Prädiktors „Gewalt in der Vergangenheit“ vorhersagbar sind. Ein nicht geringer Anteil an Tötungsdelikten wird von Patienten begangen, die nicht als aggressiv und gewalttätig bekannt sind. Diese Tatsache trägt sicher mit zum weit verbreiteten Bild des unberechenbaren schizophrenen Kranken bei.

Verwiesen sei an dieser Stelle erneut exemplarisch auf Fall 20, Frau A. S. Vor dem Attentat auf Oskar Lafontaine ist Frau S. zu keinem Zeitpunkt durch fremdaggressive Verhaltensweisen aufgefallen.

Zum anderen wird ein Patient nach einem Tötungsdelikt in einer geschlossenen Institution untergebracht, wo es ihm nahezu unmöglich ist weitere strafrechtlich relevante Verbrechen

zu begehen. Er wird also mit hoher Wahrscheinlichkeit keiner anderen Person mehr Schaden zufügen und nicht mehr im Untersuchungskollektiv auftauchen können.

Analog zum eben ausgeführten konnte mit hoher statistischer Signifikanz gezeigt werden, dass Patienten, welche nicht als aggressiv und gewalttätig bekannt sind und keine einschlägige Vorgeschichte haben, eher Straftaten aus dem Bereich der allgemeinen Kriminalität, denn eine Körperverletzung begehen. Die erste Straftat ist also unter gewissen Umständen wie oben gezeigt ein Tötungsdelikt oder aber ein leichteres Vergehen, am ehesten ein Eigentumsdelikt oder eine Bedrohung. Die letzte Aussage unterstützt wieder die Hypothese vom Prädiktor „Gewalt in der Vergangenheit“: Patienten ohne eine gewalttätige Vorgeschichte sind weniger aggressiv und begehen weniger schwere Straftaten als einschlägige bekannte Patienten. Exemplarisch soll hier die Kasuistik des Herrn W. B. erzählt werden.

Fall 7: Herr W. B. 43 Jahre alt, wird seit frühester Jugend wiederholt strafrechtlich auffällig. 18 Jahre - Diebstahl, vorsätzliche Körperverletzung und Beleidigung. 19 Jahre - Führen eines Kfz ohne Führerschein. 20 Jahre - unterlassene Hilfeleistung in Tateinheit mit Diebstahl und Führen eines Kfz ohne Führerschein. 21 Jahre - Führen eines Kfz ohne Führerschein in Tateinheit mit Volltrunkenheit. 22 Jahre - gefährliche Körperverletzung. 24 Jahre - Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte in Tateinheit mit fahrlässiger Trunkenheit. 26 Jahre - versuchte Vergewaltigung, schwerer Raub 41 Jahre - Anklage wegen versuchten Totschlags. 42 Jahre - gefährliche Körperverletzung. Diagnostiziert wird mit ca. 25 Jahren eine Alkoholabhängigkeit auf dem Boden einer massiven Persönlichkeitsstörung und Minderbegabung. Erst mit 41 Jahren kommt als Diagnose eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie ins Spiel und Herr W. B. wird entsprechend medikamentös behandelt.

5.3.6. Krankheitsdauer und Erstmanifestation

Die Hälfte aller untersuchten Patienten war zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat höchstens 10 Jahre erkrankt, 22% waren länger als 10 Jahre erkrankt, bei 28% war bisher keine Schizophrenie diagnostiziert wurden. Unter den Erstmanifestationen fanden sich deutlich mehr Patienten mit begangenen Tötungsdelikt als Straftaten aus der Subgruppe Allgemeine Kriminalität. Dieses Ergebnis schließt sich nahtlos an die Ausführungen im Kapitel Medikamenten-Compliance und Paranoia/Paraphrenie an. Es sind eben die nicht diagnostizierten, nicht behandelten Patienten - mit Paranoia/Paraphrenie und häufig sozial isoliert – die lange Zeit in ihrem schizophrenen Wahnsystem gefangen sind und aus diesem heraus auf schwerste Art fremdaggressiv agieren.

MILTON (2001) untersuchte erstdiagnostizierte schizophrene Patienten und fand bei 10% ernste Gewalttaten wie Waffengebrauch, Sexualstraftat oder Körperverletzung und bei 23% verschiedenste Arten der Fremdaggression. Diese Zahlen liegen deutlich unter denen in der vorliegenden Untersuchung mit 38% Tötung und 29% Körperverletzung. Sie sind mit der vorliegenden Untersuchung auch nicht zu vergleichen. MILTON (2001) Untersuchungskollektiv umfasste nämlich sowohl aggressive als auch nicht aggressive schizophrene Patienten. Ähnlich verhält es sich mit den eingangs zitierten Ergebnissen von HUMPHREYS (1992).

Die eigenen Ergebnisse belegen eine statistische Tendenz innerhalb der ersten 10 Erkrankungsjahre weg von den Tötungsdelikten hin zu mehr allgemeiner Kriminalität. Hier spielt möglicherweise die einsetzende therapeutische und medikamentöse Behandlung eine Rolle. Der Patient wird als Schizophrener erkannt und entsprechend in ein System der medizinischen Versorgung eingebunden. Er erhält neben Medikamenten eine psychotherapeutische Behandlung, die sein Krankheitsverständnis fördert, die Krankheitseinsicht erhöht und Krankheitsbewältigungsstrategien aktiviert. Alle diese Maßnahmen mögen dazu beitragen, dass die Gefahr sinkt, im weiteren Krankheitsverlauf eine schwere Straftat zu begehen.

5.3.7. Psychosoziale Versorgungssituation

Eine hohe Zahl (66%) an untersuchten straffällig gewordenen Patienten hatte keinerlei psychosoziale Versorgung. Immerhin 20% der Patienten befanden sich in ambulanter oder teilstationärer Behandlung. 8% der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat in stationärer Behandlung oder im Strafvollzug.

Es waren signifikant deutlich mehr Patienten aus der Tötungsgruppe ohne psychosoziale Versorgung als in der Gruppe Allgemeine Kriminalität. Fehlende ärztliche, psychologische und sozialpädagogische Einbindung ist also ein Risikofaktor für das Begehen schwerer Straftaten. Eine psychosoziale Versorgung im weitesten Sinne trägt offenbar dazu bei, gefährliche aggressive Durchbrüche zu verhindern, auch wenn die Gefahr nicht vollständig unterbunden werden kann, wie 11 straffällig gewordene Patienten in vollständiger psychosozialer Versorgung belegen.

Fall 150: Herr D. K. 21 Jahre, paranoid-halluzinatorische Schizophrenie kompliziert durch Drogenmissbrauch, kein Schulabschluss, keine Lehre, mehrfach tätliche Angriffe gegen den Vater (würgen). Stationäre Aufnahme. Auf der Station glaubt sich Herr K. durch eine altersdemente 75jährige Mitpatientin sexuell belästigt. Er hört Stimmen des Inhaltes, dass diese alte Dame etliche Leute vergiftet habe und er dem deutschen Staat einen Gefallen täte, wenn er sie umbringt. Herr K. drängt Frau S. in ein leer stehendes Patientenzimmer, fällt sie von hinten an und versucht ihr das Genick zu brechen. Als das misslingt, würgt er das Opfer am Hals. Frau S. stirbt.

Im Umkehrschluß zeigen die Ergebnisse auch, das ambulante oder teilstationäre Betreuung das Gewaltpotential hin zu den weniger schweren Straftaten verschiebt. Signifikant mehr Patienten in den Subgruppen Körperverletzung und allgemeine Kriminalität befanden sich in einer solchen Versorgungssituation als Patienten aus der Subgruppe Tötung. Es genügt offensichtlich der regelmäßige vier wöchentliche Besuch beim niedergelassenen Psychiater oder Psychologen, um das Aggressivitätsrisiko zu senken. Häufig verabreicht der behandelnde Therapeut bei der Konsultation die neuroleptische Depotmedikation, so dass die Einbindung in ein ambulantes Versorgungssystem und Medikamenten-Compliance Hand in Hand gehen.

5.3.8. Gesetzlicher Betreuer

20% der untersuchten straffälligen Patienten hatten zum Tatzeitpunkt einen zivilrechtlichen Betreuer. 77% der untersuchten Patienten hatten diese Betreuung nicht.

Die Ergebnisse zeigen einen Trend hin zu mehr zivilrechtlich betreuten Patienten in der Subgruppe Allgemeine Kriminalität auf der einen Seite und mehr Patienten ohne diese Betreuung in der Subgruppe Körperverletzung auf der anderen Seite.

Die Ursache ist in der Person und den vielfältigen Aufgaben des Betreuers zu suchen. Im Idealfall führt der Betreuer den Patienten ein Stück weit aus seiner sozialen Isolation, fördert zwischenmenschliche Kontakte des Patienten, achtet auf regelmäßige Medikamenteneinnahme und unterstützt den Patienten in der erhaltenen Selbstständigkeit. Alle diese Veränderungen wirken als einzelne Maßnahmen gewaltprotektiv und im Zusammenspiel können sie die gefundene Tendenz erklären.

6. Zusammenfassung

Ein allgemeines Meinungsstereotyp besagt, dass "Geistesranke, von einem unverständlichen Leiden der Vernunft beraubt, unberechenbar und allgemeingefährlich" sind. Diese Aussage bezieht sich insbesondere auf Erkrankungen aus der Gruppe der Schizophrenien, welche "zu schweren Formen der Kriminalität, insbesondere zu Vergehen gegen Leib und Leben" prädisponieren wie BÖKER (1973) es beschreibt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt ANGERMEYER (2004), welcher jährlich Erhebungen zur Vorurteilsbildung gegenüber psychisch Kranken durchführt. Er stellt fest, dass die größten Vorurteile gegenüber psychisch Kranken allgemein und Schizophrenen im speziellen aus der Annahme unberechenbarer raptusartiger Gewalt resultieren, was, wie hier gezeigt wurde ist, zum Teil Vorurteil, zum Teil aber auch Realurteil ist.

Tatsächlich ist es so, dass nur ein kleiner Teil von 5 - 10% aller schizophren erkrankten Patienten tatsächlich fremdaggressive Gewalthandlungen begeht. Diese Patientengruppe stellt das Untersuchungskollektiv der vorgelegten Arbeit dar, welche das Ziel hat, Risikovariablen für die Neigung schizophren Erkrankter gewaltbereit zu agieren, herauszuarbeiten.

Auf nationaler und internationaler Ebene gibt es Bestrebungen von psychiatrisch Tätigen, zum Teil in Koordination mit Angehörigen und Betroffenen, Berührungsängste und Vorurteile gegenüber Schizophrenen zu vermindern, um zum Beispiel auch Integrationsbemühungen in die Gesellschaft zu erleichtern. Entsprechende Initiativen haben sich zu einer sogenannten "Antistigma-Kampagne" zusammengeschlossen. Diese Bemühungen um eine Entängstigung in der Allgemeinbevölkerung und um eine Verringerung der Vorurteilsbildung werden immer wieder durch schlagzeilenträchtige und sensationslüsterne Berichterstattung über Kriminalität allgemein oder Gewalt speziell ausgehend von vermeintlich oder tatsächlich schizophren Erkrankten gehemmt.

Nicht verkannt werden darf, dass es sich nicht nur um Vorurteilsbildung handelt, sondern bezogen auf eine kleine Risikogruppe auch um ein Realurteil. So konnte HALLER (2001) in einer Untersuchung im österreichischen Bundesland Vorarlberg an schizophrenen Patienten zeigen, dass das relative Risiko überhaupt ein zur strafrechtlichen Verurteilung führendes Delikt zu begehen, gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor 1,55 leicht erhöht ist. Das Risiko, ein Gewaltdelikt im Sinne einer Körperverletzung zu begehen, ist schon erheblich erhöht (Faktor 3,2).

Das Risiko, ein Tötungsdelikt zu verüben, ist deutlich erhöht und zwar um den Faktor 38.

Es sind zwar nur wenige schizophrene Patienten, die für ihre Mitmenschen gefährlich werden, diese Minderheit zeigt jedoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Potential für schwere und schwerste Gewaltverbrechen wie Körperverletzung- und Tötungsdelikte.

Im Fokus der wissenschaftlichen Diskussion und Forschung der forensischen Psychiatrie der letzten Jahre und Jahrzehnte steht die Frage nach einer spezifischen Einteilung und Beschreibung dieser Minderheit an aggressiven und für die Mitmenschen gefährlichen psychiatrisch Erkrankten. Es wird versucht anhand von personenbezogenen demographischen und krankheitsbezogenen klinischen Variablen ein Prädiktorenklastern für einen fremdaggressiven Hochrisikopatienten zu erstellen.

Eine Schwierigkeit beim Vergleich der immer noch recht wenigen Studien zum Thema Gewalt und Schizophrenie ergibt sich daraus, dass von sehr unterschiedlichen heterogenen Stichproben und sehr differenten Untersuchungsbedingungen ausgegangen wird, aus denen sich eine Risikovorhersage für zukünftige Gewaltbereitschaft ableitet. Vereinfachend lassen sich bei der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema zwei Positionen unterscheiden: Eine Gruppe von Wissenschaftlern wie MONAHAN (1981) meint, dass Gewalt bei psychisch kranken Menschen von denselben Faktoren abhängig ist wie Gewalt in der Normalbevölkerung, also in erster Linie von demographischen Variablen. Eine andere Gruppe von Untersuchern wie Forschergruppen um ROSSI (1986) und MILLER (1993) vertreten die Meinung, dass aggressives Verhalten psychiatrischer Patienten allein durch die Art und Schwere der Erkrankung, also in erster Linie von klinischen Variablen bestimmt ist. Die meisten Wissenschaftler wie DAVIS (1991) jedoch präferieren ein multiples Vorhersagesystem, welches krankheitsdefinierte und personendefinierte Merkmale als Risikoprädiktoren einbezieht.

Auch die vorgelegte Studie untersucht ein hochselektives Klientel Schizophrener und ist nicht repräsentativ für die gesamte Gruppe der Erkrankten. Die Arbeit gründet sich auf der Auswertung vorab erstatteten psychiatrischen Gutachten, wobei der Gutachter in der Regel im Auftrag verschiedener Parteien bei Gericht bzw. des Vorsitzenden Richters tätig wird. Insofern ergibt sich durch diese Einschränkung eine Selektion; ohne entsprechenden Auftrag keine Begutachtung. Die Arbeit kann keine Aussagen zu nicht begutachteten Straftätern machen. Ziel der Arbeit ist es, an Hand von 131 in die Auswertung eingeflossenen

Gutachten Risikomerkmale für die unterschiedlichen Formen von Delinquenz schizophrener Täter herauszuarbeiten. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Prädiktoren für schwere und schwerste Gewalttaten.

Der gewalttätige fremdaggressive schizophrene Patient kann nach aktueller Studienlage von RICE (1989) und STEINERT (1991) wie in folgender Kasuistik beschrieben werden:

Er ist männlich und jung (zwischen 20-40 Jahre alt) und leidet an einer paranoiden oder drogeninduzierten Schizophrenie, welche häufig durch Substanzmissbrauch, dissoziale Persönlichkeitsstörung und einer intellektuellen Minderbegabung verkompliziert ist. Die Schizophrenie manifestiert sich früh in der Entwicklungsgeschichte des Patienten. Er ist im sozialen Umfeld isoliert und besitzt einen niedrigen Ausbildungsstand. Im übrigen ist der Patient in der Vergangenheit als gewaltbereit und fremdaggressiv aufgefallen. Des Weiteren ist bekannt, dass der Patient die verordnete neuroleptische Medikation nicht regelmäßig einnimmt.

Ziel der Arbeit war es, im ersten Schritt die Gesamtgruppe der gewalttätigen schizophrenen Patienten hinsichtlich der bekannten Risikoprädiktoren zu beschreiben. Im zweiten Schritt werden die Patienten hinsichtlich der begangenen Straftat in die Gruppen Allgemeine Kriminalität (N=23 Patienten oder 17,6%), Körperverletzungsdelikte (N=79 Patienten oder 60,3%) und Tötungsdelikte (N=29 Patienten oder 22,1%) eingeteilt und einem Intragruppenvergleich bezüglich der Prädiktoren unterzogen. Die Unterschiede wurden hinsichtlich ihrer Signifikanz mit dem Mann-Whitney-Test geprüft.

Die Ergebnisse des ersten Schrittes: Untersuchung des Gesamtkollektives lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Mehrheit der untersuchten Patienten ist zwischen 20-40 Jahre alt (77,9%), männlichen Geschlechts (93,1%), sozial desintegriert (70,2%), hat eine abgeschlossene Schulausbildung jedoch keine Berufsausbildung oder gar einen Studienabschluss (47,3%), leidet an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (72,5%), ist seit max. 10 Jahren erkrankt (49,7%), nimmt keine neuroleptische Medikation ein, weil sie inkompliant oder nicht behandelt ist (87%), weist Anzeichen von missbräucherlichem Konsum psychotroper Substanzen auf (48,9%), hat keine Persönlichkeitsstörung (88,6%), zeigt in der Zeit vor der Anlaßstrafat fremdaggressives Verhalten (68,7%), hat keinen gesetzlichen Betreuer (77,1%) und befindet sich außerhalb des Systems psychosozialer Versorgung (65,6%).

Diese Risikoprädiktorenbeschreibung des Gesamtkollektives bestätigt in großen Teilen die Charakteristika von Hochrisikopatienten hinsichtlich ihrer klinischen und soziodemogra-

phischen Variablen nach aktueller Studienlage. Der von einigen Untersuchern beschriebene Zusammenhang zwischen Gewalt und Komorbidität mit dissozialer Persönlichkeitsstörung und intellektuellen Defiziten konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden.

Für den Intragruppenvergleich innerhalb des untersuchten Kollektives wurden drei Gruppen gebildet und gegenübergestellt. In der Gruppe Allgemeine Kriminalität befinden sich 23 Patienten oder 17,6% des Untersuchungskollektives. Die noch wesentlich kritischer zu bewertende Gruppe einfache und gefährliche Körperverletzungsdelikte umfasst 79 Patienten oder 60,3%. Die dritte Gruppe Tötungsdelikte umfasst immerhin 29 Patienten oder 22,1% des Gesamtkollektives. Tendenziell bestätigt sich auch hier, unter Beachtung der besonderen methodischer Probleme im Zusammenhang mit der Stichprobe, der von HALLER 2001 und anderen Untersuchern beschriebene Zusammenhang zwischen Schizophrenie und dem doch eindeutig erhöhten Risiko in Bezug auf schwere Gewalttaten zum Nachteil Dritter. Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse des Intragruppenvergleiches der Arbeit zusammen.

Prädiktoren für eher schwere Gewalttaten	Prädiktoren für minder schwere Gewalttaten
Sozial desintegriert	Sozial integriert
Diagnose Paranoia/Paraphrenie	Diagnose Schizoaffektive Störung
Fremdaggressivität in der Vergangenheit	Fehlende Fremdaggressivität in der Vergangenheit
Fehlende psychosoziale Versorgung	Teilweise psychosoziale Versorgung
Erstmanifestation der Schizophrenie	Erkrankungsdauer bis 10 Jahre
Fehlende medikamentöse Behandlung	Medikamententöse Behandlung
Keine zivilrechtliche Betreuung	Zivilrechtliche Betreuung
	Hochschulabschluss

Tab. 27: Zusammenfassung Ergebnisse Intragruppenvergleich

Die folgende Kasuistik beschreibt einen typischen Hochrisikopatienten für das Begehen einer schweren Straftat:

Kasuistik: Herr A. B. 23 Jahre, bricht mit 17 Jahren die Schule/Gymnasium ab, wo er bisher als mittelmäßiger Schüler bekannt war. In den folgenden Jahren schlägt er sich mit verschiedensten Gelegenheitsjobs durch und beginnt zwei Ausbildungen, die er beide nach kurzer Zeit abbricht. Anfangs wohnt Herr B. noch bei seinen Eltern, später bei Freunden und noch später auf der Straße. Er konsumiert verschiedenste Drogen, ohne dass von einer eigentlichen Abhängigkeit gesprochen werden kann. Die Eltern beschreiben ihren Sohn als zunehmend unkonzentriert, fahrig, vergesslich und irgendwie weltentrückt. Im Rahmen von Beschaffungskriminalität verübt Herr B. anfangs mehrere Einbrüche und Ladendiebstähle, mit 21 Jahren wird er wegen schwerer Körperverletzung und Raub verurteilt. Mit 23 Jahren ist Herr B. völlig sozial isoliert, lebt auf der Straße und begeht die Anlaßstraftat eine schwere Körperverletzung mit Todesfolge zuungunsten seiner eigenen Großmutter. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung wird eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, am ehesten eine Paranoia diagnostiziert. Herr B. war zum Zeitpunkt der Anlaßstraftat weder in psychiatrischer Behandlung, noch einem zivilrechtlichen Betreuer unterstellt, noch nahm er regelmäßig neuroleptische Medikamente ein.

Ziel der vorgelegten Arbeit ist es, Prädiktoren für schwere und schwerste Gewalttaten ausgehend von schizophren Erkrankten zu ermitteln. Es handelt sich wie vorbeschrieben um eine vergleichsweise kleine Untergruppe von Patienten, die aber wegen des oft brutalen Charakters von Gewalt und Tötungsdelikten verständlicherweise in der Allgemeinbevölkerung viel Angst hervorruft und Vorbehalte auslöst.

Aus der Untersuchung ergeben sich aber auch positive Schlussfolgerungen: Sozial integrierte, zivilrechtlich und psychosozial gut betreute schizophrene Patienten unter adäquater psychiatrischer Behandlung, was eine regelmäßige neuroleptische Langzeitmedikation in der Regel mit einschließt, mit einem hohen Bildungsabschluss zeigen kein erheblich erhöhtes Risiko hinsichtlich des Begehens von schweren Gewalt- oder gar Tötungsdelikten.

Insofern belegt diese Untersuchung in Zeiten leerer Kassen im Gesundheitswesen, dass eine konsequente und adäquate Behandlung, frühe Diagnostik und umfassende psychosoziale Hilfen für schizophrene Menschen nicht nur sehr hilfreich für die Betroffenen selbst sind, sondern auch einen wichtigen kriminalpräventiven Beitrag leisten. Spezifische Ergebnisse können im Rahmen forensisch-psychiatrischer Prognose- und Strafrechtsbegutachtung Beachtung erfahren.

Weiterführenden Untersuchungen bleibt vorbehalten, diese im Intragruppenvergleich gefundenen Ergebnisse im Intergruppenvergleich einer Stichprobe nicht strafrechtlich in Erscheinung getretener schizophrener Patienten gegenüber zustellen.

Letztlich leistet diese Arbeit einen Beitrag zur "Antistigma-Kampagne": Dadurch, dass die kleine Gruppe gewaltbereiter schizophrener Erkrankter besser identifiziert werden kann und somit einer adäquaten Behandlung der Weg geebnet wird, wirkt sie der Vorurteilsbildung gegenüber der großen Mehrheit Schizophrener entgegen, die nie strafrechtlich in Erscheinung treten.

Literaturverzeichnis

ADDAD (1981): Addad M., Benzech M., Bourgeois M., Yesavage J., **Criminal acts among schizophrenics in French mental hospitals.** J Nerv Ment Dis 169, (1981), 289-293

ANGERMEYER (2004): Angermeyer, **Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft.** Psychiatrische Praxis 2, (2004), 246-250

AQUILINA (1991): Aquilina C., **Violence by psychiatric in-patients.** Med Sci Law 31, (1991), 41-48

BANDURA (1983): Bandura A., **Psychological mechanisms of aggression.** Academic Press , (1983)

BARLOW (2000): Barlow K., Grenyer B., Ilkiw-Lavalle O., **Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units.** New Zealand J Psychiatry 24, (2000), 967-974

BARTELS (1991): Bartels S.J., Drake R.E., Wallach M.A., Feemann D.H., **Characteristics hostility in schizophrenic outpatients.** Schizophr Bull 17, (1991), 163-171

BINDER (1990): Binder R.L., McNiel D.E., **The Relationship of Gender to Violent Behavior in Acutely Disturbed Psychiatric Patients.** J Clin Psychiatry 51, (1990), 110-114

BLOMHOFF (1990): Blomhoff S., Seim S., Friis S., **Can Prediction of Violence Among Psychiatric Inpatients Be Improved?** Hosp Community Psychiatry 41, (1990), 771-775

BÖKER (1973): Böker W., Häfner H., **Gewalttaten Geistesgestörter.** Springer, (1973)

BUMKE (1928): Bumke O., **Handbuch der Geisteskrankheiten.** Springer, (1928-1939)

CALCEDO-BARBA (1994): Calcedo-Barba A.L., Calcedo-Ordonez A., **Violence and Paranoid Schizophrenia.** International J of Law and Psychiatry 17, (1994), 253-263

CONVIT (1990): Convit A., Isay D., Otis D., Volavka J., **Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric inpatients.** Hosp Com Psychiatry 41, (1990), 1112-1115

CRAMER (1908): Cramer A., **Gerichtliche Psychatrie** Springer, (1908)

CUFFEL (1994): Cuffel B.J., Shumway M., Chouljian T.L., MacDonald T., **A longitudinal study of Substance Use and Community Violence in Schizophrenia.** J Nerv Ment Dis 182, (1994), 704-708

DAVIS (1991): Davis S., **Violence by Psychiatric Inpatients: A Review.** Hosp Com Psychiatry 42, (1991), 585-590

DUKE (1994): Duke P., Pantelis C., Barnes T.R.E., **South Westminster Schizophrenia Suvey: Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset.** Brit J Psychiatry 164, (1994), 630-636

DURA (1997): Dura J., **Expressive communicative ability, symptoms of mental illness and aggressive behaviour.** J Clinical Psychology 53, (1997), 307-318

FENTON (1997): Fenton W.S., McGlashan T.H., Victor B.J., Blyler C.R., **Symptoms, Subtype, and Suicidality in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders.** Am J Psychiatry 154, (1997), 199-204

FOTTRELL (1980): Fottrell E. A., **Study of Violent Behaviour among Patients in Psychiatric Hospitals.** Brit J Psychiat 136, (1980), 216-221

GUNN (1991): Gunn J., **Human violence: a biological perspective.** Criminal Behaviour and Mental Health 1, (1991), 34-35

HALLER (2001): Haller R., Kemmler G., Kocsis E., Maetzler W., Prunlechner R., Hinterhuber H., **Schizophrenie und Gewalttätigkeit - Ergebnisse einer Erhebung in einem österreichischen Bundesland.** Nervenarzt 72, (2001), 859-866

HELZER (1988): Helzer J. D., Pryzbeck T.R., **The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment.** J Stud Alcohol 49, (1988), 219-224

HINZ (1987): Hinz S., **Gefährlichkeitsprognosen bei Straftätern: Was zählt?** Thieme, (1987)

HODGINS (1992): Hodgins S., **Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort.** Arch Gen Psychiatry 49(6), (1992), 476-483

HODGINS (1996): Hodgins S., Mednick S.A., Brennan P.A., Schulsinger F., Engberg M., **Mental Disorder and Crime: Evidence from a Danish cohort.** Arch Gen Psychiatry 53(6), (1996), 489-496

HOLCOMB (1988): Holcomb W.R., Ahr P.R., **Arrest rates among young adult psychiatric patients treated in inpatient and outpatient settings.** Hosp Community Psychiatry 39, (1988), 52-57

HUBER (1979): Huber G., Gross G., Schüttler R., Schizophrenie. **Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie.** Springer 21, (1979)

HUMPHREYS (1992): Humphreys M.S., Johnstone E.C., MacMillan J.F., Tayler P.J., **Dangerous Behaviour Preceding First Admissions for Schizophrenia.** Brit J Psychiatry 161, (1992), 501-505

JAMES (1990): James D.V., Fineberg N.A., Shah A.K., Priest R.G., **An increase in violence on an acute psychiatric ward.** Br J Psychiatry 156, (1990), 846-852

KARSON (1987): Karson C., Bigelow L.B., **Violent behavior in schizophrenic inpatients.** J Nerv Ment Dis 175, (1987), 161-164

KAY (1988): Kay S. R., Wolkenfeld F., Murrill L. M., **Profiles of aggression among psychiatric patients. II. Covariates and Predictors.** J Nerv Ment Dis 176, (1988), 547-557

KELK (1987): Kelk N., Cintio B., **Predicting assault by juvenile psychiatric patients.** Australia and New Zealand J Family Therapy 8, (1987), 149-152

KENNEDY (1995): Kennedy J., Harrison J., Hillis T. et al, **Analysis of violent incidents in a regional secure unit.** Medicine, Science, and the Law 35, (1995), 255-260

KIENJA (1993): Kiejna A., Janska-Skomorowska M., Baranowski P., **Medical procedure with aggressive patients: experiences of the psychiatric clinic in Wroslaw.** Psychiatr Pol 27, (1993), 501-513

KING KHO (1998): King Kho, Sensky T., Mortimer A., Corcos C., **Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psychiatric acute admission wards.** Brit J Psychiatry 172, (1998), 38-43

KLINGELHÖFER (1997): Klingelhöfer J., Spranger M., **Klinikleitfaden Neurologie und Psychiatrie.** Fischer, (1997)

KRAPELIN (1883): Kraepelin E., **Compendium der Psychiatrie.,** (1883)

KRAKOWSKI (1989): Krakowski M.I., Convit A., Jaeger J. et al, **Inpatients violence: trait and state.** J. Psychiatric Research 23, (1989), 57-64

LEHMANN (1999): Lehmann L. S., McCormick R. A., Kizer K. W., **A Survey of Assaultive Behavior in Veteran Health Administration Facilities.** Psychiatric Services 50, (1999), 384-389

LINQUVIST (1989): Linqvist P., Allebeck P., **Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse.** Acta Psychiatr Scand 82, (1989), 191-195

- LINDQUIST (1990): Lindqvist P., Allebeck P., **Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm.** Br J Psychiatry 157, (1990), 345-350
- LINK (1987): Link B.G., Cullen F.T., Frank J. et al, **The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter.** Am J Sociology 92, (1987), 1461-1500
- LINK (1992): Link B.G., Andrews H., Cullen F.T., **The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered.** Am Sociological Review 57, (1992), 275-292
- MC NIEL (1986): McNiel D.E., Binder R.L., **Violence, civil commitment and hospitalisation.** J Nerv Ment Dis 175(3), (1986), 161-164
- MC NIEL (1988): Mc Niel D.E., Binder R.L., Greenfield T.K., **Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients.** Am J Psychiatry 145, (1988), 965-970
- MCNIEL (1997): McNiel D.E., **Correlates of violence in psychotic patients.** Psychiatr Ann 27, (1997), 683-690
- MENEZES (1996): Menezes P.R., Johnson S., Thornicroft G. et al, **Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London.** Brit J Psychiatry 169, (1996), 334-337
- MILLER (1993): Miller R.J., Zadolnyj K. et al, **Profiles and Predictors of Assaultiveness for Different Psychiatric Ward Populations.** Am J Psychiatry 150, (1993), 1368-1373
- MILTON (2001): Milton J., Amin S. et al, **Aggressive incidents in first-episode psychosis.** Brit J Psychiatry 178, (2001), 433-440
- MONAHAN (1981): Monahan J., **The clinical prediction of violent behavior.** US Government Printing Office, (1981)
- MONAHAN (1992): Monahan J., **Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence.** Am Psychology 47, (1992), 511-521
- MORRISON (1992): Morrison E.F., **A coercive interactive style of an antecedent to aggression and violence in psychiatric inpatients.** Research in Nursing and Health 15, (1992), 421-431
- MORTENSEN (1993): Mortensen P.B., Juel K., **Mortality and Causes of Death in First Admitted Schizophrenic Patients.** Brit J Psychiatry 163, (1993), 183-189
- MUMMENDEY (1990): Mummendey A., **Aggressives Verhalten.** Springer, (1990)

- MUNTANER (1997): Muntaner C., Wolyniec P., McGrath J., Pulver A.E., **Arrest among psychotic inpatients: assessing the relationship to diagnosis, gender, number of admissions, and sozial class.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33, (1997), 274-282
- MYERS (1984): Myers K.M., Dunner D.L., **Self and other directed violence on a closed acute care ward.** Pschiatric Q 56, (1984)
- NICOL (1973): Nicol A.R., Gunn J.C. et al, **The relationship of alcoholismen to violent behaviour resulting in long-term imprisonment.** Br J Psychiatr 123, (1973), 47-51
- NOBLE (1989): Noble P., Rogers S., **Violence by psychiatric in-patients.** Br J Psychiatr 155, (1989), 384-290
- NOBLE (1997): Noble P., **Violence in psychiatric in-patients: review and clinical implications.** Int Review Psychiatr 9, (1997), 207-216
- OSHER (1996): Osher F.C., Drake R. E., **Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders.** Am J Orthopsychiatry 66, (1996), 4-11
- OWEN (1996): Owen C., Fischer E.P., Booth B.B., Cuffel B.J., **Medication noncompliance aund substance abuse among patients with schizophrenia.** Psychiat Serv 47, (1996), 853-856
- OWEN (1998a): Owen C., Tarantello C., Jones M., Tennant C., **Violence and Aggression in Psychiatric Units.** Psychiat Services 49, (1998), 1452-1457
- OWEN (1998b): Owen C., Tarantello C., Jones M., Tennant C., **Repetitively violent Patients in Psychiatric Units.** Psychiat Services 49, (1998), 1458-1461
- PALMSTIRNA (1989): Palmstierna T., Wistedt B., **Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily addmitted patients.** Acta Psychiatr Scand 81, (1989), 152-155
- PEARSON (1986): Pearson M., Wilmot E., Padi M., **A Study of Violent Behaviour among In-Patients in a Psychiatric Hospital.** Brit J Psychiat 149, (1986), 232-235
- RÄSÄNEN (1998): Räsänen P., Tiihonen J., Isohanni M. et al, **Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort.** Schizophrenia Bulletin 24(3), (1998), 437-441
- RICE (1989): Rice M.E., Harris G.T., Varney G.W., Quinsey V.L., **Violence in Institutions - Understanding, Prevention, and Control.** Hogrefe & Huber , (1989)

RICHTER (1999): Richter D., **Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken.**, (1999)

ROBINS (1984): Robins L.N., Helzer J.E., Weissmann M.W., Orvaschel H., Gruenberg E., Burke J.D., Regier D.A., **Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites.** Arch Gen Psychiatry 41, (1984), 949-958

ROSSI (1986): Rossi A.M., Jacobs M., Monteleone M., Olsen R., Surber R.W., Winkler E.R., Wommack A., **Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive and other fear inducing behaviors.** J Nerv Ment Disease 174, (1986), 154-160

SCOTT (1998): Scott H., Johnson S., Menezes P. et al, **Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill.** Brit J Psychiatry 172, (1998), 345-350

SOYKA (1993): Soyka M., Immler B., Sand P., **Alkohol- und Drogenmißbrauch als Risikofaktoren für Gewalttaten und Delinquenz Schizophrener.** Psychiat Prax 20, (1993), 79-83

SOYKA (1994): Soyka M., **Sucht und Schizophrenie - Nosologische, klinische und therapeutische Fragestellungen.** Fortschr Neurol Psychiat 62, (1994), 71-87

STEADMAN (1998): Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J. et al, **Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient Facilities and by other in the same neighborhoods.** Arch Gen Psychiatry 55, (1998), 393-401

STEINERT (1991): Steinert T., Vogel W.D., Beck M., Kehlmann S., **Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. Eine 1-Jahres-Studie an 4 psychiatrischen Landeskrankenhäusern.** Psychiat Prax 18, (1991), 155-161

STEINERT (1996): Steinert T., Voellner A., Hermer K., **Violent behaviour in schizophrenics - caused by schizophrenia itself or by premorbid behaviour disorders?** Eur Psychiatry 11 Suppl 4, (1996), 297-298

STEINERT (1998): Steinert T., **Schizophrenie und Gewalttätigkeit - Epidemiologische, forensische und klinische Aspekte.** Fortschr Neurol Psychiat 66, (1998), 100-107

SÜSSWOLD (1995): Süllwold L., **Schizophrenie.**, Kohlhammer, (1995)

SWANSON (1990): Swanson J.W., Holzer C.E., Ganju V.K., Iono R.T., **Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys.** Hosp Com Psychiatry 41, (1990), 761-770

SWANSON (1994): Swanson J.W., **Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach, in Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment.**, Edited by Monahan J., Steadmann H.J. University of Chicago Press, (1994), 101-136

SWANSON (1996): Swanson J.W., Borum R., Swartz M.S., Monahan J., **Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community.** Crim Behav Ment Health 6, (1996), 309-329

SWANSON (1997): Swanson J.W., Estroff S.E., Swartz M.S., Borum R., Lachiotte W., Zimmer C., Wagner H.R., **Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and the lack of treatment.** Psychiatry, (1997), 1-22

SWARTZ (1998): Swartz M.S., Swanson J.W., Hiday V.A. et al, **Violence and Severe Mental Illness: The effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication.** Am J Psychiatry 155, (1998), 226-231

TARDIFF (1980): Tardiff K., Sweillam A., **Assault, Suicide and mental illness.** Arch Gen Psychiatry 37, (19980), 164-169

TARDIFF (1982): Tardiff K., Sweillam A., **Assaultive behavior among chronic inpatients.** Am J Psychiatry, (1982), 212-215

TARDIFF (1984): Tardiff K., **Characteristics of assaultive patients in private hospitals.** Am J Psychiatry 141, (1984), 1232-1235

TAYLER (1995): Tayler P.J., **Schizophrenia and risk of violence.** In: Hirsch S.R. Weinberger D.R. et al Schizophrenia., Blackwall Science, (1995)

TORREY (1994): Torrey F., **Violent Behavior by Individuals With Serious Mental Illness.** Hosp Com Psychiatry 45, (1994), 653-662

WAHL (1987): Wahl O.F., **Publics vs professional conceptions of schizophrenia.** J Com Psychology 15, (1987), 285-291

WATSON (1993): Watson M.A., Segal S.P., Newhill C.E., **Police referral to psychiatric emergency services and its effect on disposition decisions.** Hosp Com Psychiatry 44, (1993), 1085-1090

WESSELY (1994): Wessley S.C., Castle D., Douglas A.J., Tayler P.J., **The criminal careers of incident cases of schizophrenia.** Psychol Med, (1994), 483 - 502

YESAVAGE (1983): Yesavage J.A., Zarcone V., **History of drug abuse and dangerous behavior in inpatient schizophrenics.** J Clin Psychiatry 44, (1983), 452-458

ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass die von mir am heutigen Tag eingereichte Arbeit selbstständig verfaßt wurde und dass ich andere als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen nicht benutzt habe.

Diese Dissertation wurde an der Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer, medizinisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Ruhr-Universität Bochum unter der wissenschaftlichen Betreuung von Prof. Dr. med. U. Trenckmann angefertigt.

Die Arbeit wurde in dieser oder ähnlicher Form an keiner anderen Stelle zum Zwecke eines Promotions- oder anderen Prüfungsverfahrens eingereicht.

Berlin, im Januar 2006

DANKSAGUNG

Zum Abschluss möchte ich allen danken, ohne deren Unterstützung und Verständnis diese Arbeit nicht entstanden wäre.

Zunächst und in erster Linie danke ich Herrn Prof. Dr. med. U. Trenckmann für die Vergabe des Themas, die geduldige und konstruktive Kritik bei der inhaltlichen Erarbeitung, für seine Zeit und Unterstützung, deren ich mir in jeder Arbeitsphase gewiss sein konnte. Außerdem bedanke ich mich für die beharrliche und freundliche Anteilnahme meiner gesamten Familie am aktuellen Entwicklungsstand der Arbeit. Ohne diese Nachfrage und Unterstützung wäre die Arbeit nicht in diesem Rahmen und Umfang erschienen.

Die größten Belastungen und Entbehrungen in der Promotionsphase trugen mein Lebenspartner Daniel Seiler und meine beiden Kinder, die das eine oder andere Mal auf meine aktive Beteiligung am Familienleben verzichten mussten. An dieser Stelle bedanke ich mich ganz herzlich für ihr Verständnis und ihre Geduld.

Berlin, im Januar 2006

LEBENS LAUF

Name : Julia Grafe

Geburtstag und -ort : 7. Juni 1974 in Leipzig

Wohnort : Scottweg 17, 14055 Berlin

Schulbildung : 1981 - 1990 Polytechnische Oberschule Radebeul
1990 - 1993 Gymnasium "Luisenstift" Radebeul
mit Erreichen der Hochschulreife

Berufsausbildung : 1993 Eintritt in die Bundeswehr als Zeitsoldat und
9 monatige militärische Vorausbildung in München
1994 - 2001 Medizinstudium an der FU Berlin und
Medizinischen Fakultät "Carl Gustav Carus" der TU Dresden
2001 - 2003 AiP am Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Angestrebter Facharzt Radiologie
2003 - heute Truppenarzt in Julius-Leber Kaserne in Berlin

Familie : lebe mit Lebenspartner und zwei Kindern
Peter - Klemens 05.09.1997
Paul-Christian 21.05.2003 seit 2001 in Berlin.

Hobbies : Laufsport, 1. Vorsitzende im Förderverein
"Glockenturmzwerge e.V.", ehrenamtliche Richterin am
Landgericht .