

Hochschule Düsseldorf
- Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften -

Bachelor-Thesis zum Thema
Psychisch krank und gefährlich?
Das Stereotyp der Gewalttätigkeit bei schizophren erkrankten Menschen

Erstprüferin:

Prof. Dr. Susanne Hagen

Zweitprüferin:

Prof. Dr. Daniela Haarhuis

Vorgelegt von:

Josephine Rimkus

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Studiengang: Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, BA

Sommersemester 2020

Düsseldorf, den 15.07.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1 Schizophrenie	6
2.1.1 Epidemiologische Erkenntnisse	6
2.1.2 Symptomatik	8
2.1.3 Diagnostische Kriterien	11
2.1.4 Ätiologische Erkenntnisse	13
2.1.5 Therapie.....	15
2.2 Stereotype der Schizophrenie	17
2.2.1 Ursachen für das Stereotyp der Gewalttätigkeit bei Schizophrenie.....	17
2.2.2 Stigmatisierung und die Folgen für schizophren erkrankte Menschen	19
2.2.3 Die Rolle der Medien.....	20
2.3 Aggression und Gewalt	22
2.3.1 Begriffsdefinition	22
2.3.2 Forensische Aspekte.....	23
3. Schizophrenie und Gewalt	23
3.1 Prävalenz von Selbstaggressionen	24
3.2 Hintergründe und Risikofaktoren für suizidale Handlungen	25
3.3 Prävalenz schizophrener erkrankter Menschen im forensisch-psychiatrischen Setting	26
3.3.1 Prävalenz von Gewaltdelikten	28
3.3.2 Gewalttaten ohne strafrechtliche Verfolgung	29
3.3.3 Das Gewaltisiko von schizophren erkrankten Menschen	30
3.4 Gewalttrisikofaktoren	33
3.4.1 Die Symptomatik der Schizophrenie	33
3.4.2 Die Bedeutung der psychiatrischen Behandlung für das Gewaltisiko	39
3.4.3 Komorbide Suchterkrankungen.....	42
3.4.4 Viktimisierung	45
3.4.5 Frühere Gewalttaten	49
3.4.6 Soziodemografische Risikofaktoren.....	50
4. Gewaltmanagement in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung	53
4.1 Strukturelle Entwicklungen und Behandlungsschwächen der Allgemeinspsychiatrie	53

4.2 Empfehlungen und Konsequenzen für eine gewaltpräventive Behandlung 58
4.2.1 Identifikation von Risikopatienten und Risikofaktoren62
4.2.2 HCR-20 – Das Instrument zur Einschätzung des Gewaltrisikos64
4.2.3 Die Bedeutung von psychiatrischen Interventionen für schizophren erkrankte Patienten66

5. Fazit und Ausblick..... 68

Anhang

- Literatur und Internetquellen
- Persönliche Erklärung
- Kopie der Bachelor-Thesis auf beigefügter CD

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

1. Einleitung

„Irre Mörder“, „gemeingefährliche Geistesranke“ oder „verrückte Verbrecher“ – derartige Schlagzeilen verwenden Printmedien, wenn besonders abstoßende Gewaltverbrechen geschehen, bei denen zunächst kein Motiv zu erkennen ist (Finzen, 2013, S. 86). Dabei wird suggeriert, dass nicht nachvollziehbare Gewaltdelikte mit einer psychischen Erkrankung zusammenhängen, so dass eine Verknüpfung von Gewalt mit psychischen Erkrankungen vorgenommen und medial verbreitet wird. Insbesondere in Bezug auf schizophrene Erkrankungen besteht die verbreitete Überzeugung in der Öffentlichkeit, dass an Schizophrenie leidende Menschen besonders gefährlich seien (DGPPN, 2019, S. 21). Dies wird durch den Umstand gefördert, dass beispielsweise in Filmen immer wieder ein wissenschaftlich wenig bis gar nicht fundiertes Bild des „gefährlichen Schizophrenen“ gezeichnet wird und in den Print- bzw. Nachrichtenmedien im Falle besonders spektakulärer Delikte die Täter reflexartig als schizophren bezeichnet werden. Solche medialen Praktiken erschweren die Bemühungen der Sozialpsychiatrie hinsichtlich der Entstigmatisierung und Reintegration von schizophren erkrankten Menschen (Prunnlechner, 2012, S. 429), zudem sind die stigmatisierenden Einstellungen in der Allgemeinbevölkerung zu Schizophrenien in den vergangenen Jahren noch stärker angestiegen (DGPPN, 2019, S. 21).

Kürzlich ereignete sich ein schwerwiegendes Gewaltverbrechen in Hanau, bei dem zehn Menschen erschossen wurden (Die Zeit, 2020, S. 1). Dies erregte mediales Aufsehen und entfachte öffentliche Diskussionen, in denen spekulativ über das Vorliegen einer Schizophrenie beim Täter diskutiert wurde. Ereignisse wie diese beleben die öffentliche Frage nach der Gefährlichkeit der Erkrankten für die Allgemeinbevölkerung. Diese Arbeit ist motiviert durch dieses Ereignis, und die darauffolgenden wissenschaftlichen Diskussionen, welche sich mit der Frage nach dem Aggressionsrisiko schizophrender Erkrankter beschäftigen. Aus diesem Grund drängt sich die Frage auf, inwiefern es einen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalttätigkeit gibt und ob tatsächlich ein erhöhtes Gewaltrisiko bei schizophren Erkrankten besteht. Zudem ist es von Interesse, welche Faktoren möglicherweise zur Entstehung von Aggressionen bei Schizophreniekranken beitragen. Die Gewohnheit vieler JournalistInnen, Gewalttaten mit Schizophrenie zu verknüpfen, gibt Anlass dazu, diesem Problem auf einer sachlich-wissenschaftlichen Ebene zu begegnen, um Erkenntnisse zu dem tatsächlichen Gewaltverhalten schizophrender Erkrankter Menschen zu gewinnen. Dies ist von großer Bedeutung, da ein faktenbasierter Umgang mit dem tatsächlichen Gewaltrisiko von schizophren Erkrankten relevante Hintergründe und Ursachen dazu, aufdecken sowie intervenierende Präventionswege eröffnen könnte, womit letztlich ein wichtiger Beitrag zur dringend erforderlichen Entstigmatisierung von schizophren erkrankten Menschen geleistet würde.

Vor diesem Hintergrund lautet die Forschungsfrage: *Begünstigen Erkrankungen aus dem*

schizophrenen Formenkreis selbst- und fremdaggressives Verhalten?

Im aktuellen Forschungsstand wird das Thema Schizophrenie und Aggression vielfältig behandelt, sodass eine große Menge an gegenstandsspezifischer Literatur besteht. Allerdings bringt der Forschungsstand zur Frage des Aggressionsrisikos Schizophreniekranker kontroverse Ergebnisse hervor. Eine einflussreiche, oft zitierte deutsche Studie von Böker & Häfner (1973) zu Gewalttaten von psychisch Kranken bringt die Ergebnisse hervor, dass psychisch Kranke nicht häufiger gewalttätig sind als „Gesunde“ (S. 94). Zudem lassen sich viele Studien finden, die sich mit der Häufigkeit von strafrechtlich verfolgten Gewalttaten im deutschsprachigen Raum und dem Gewaltisiko schizophrene Erkrankter beschäftigen (z. B. Haller et al., 2001; Kröber, 2008; Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009). Darüber hinaus konzentrieren sich einige Untersuchungen auf schizophrene Gewalttäter und ihre soziodemografischen Merkmale (z. B. Traub & Weithmann, 2013; Hodgins & Müller-Isberner, 2014; Schanda, 2018). Weitere metaanalytische Studien beschäftigen sich mit Schizophrenie und Gewalt, wobei ein möglicher Zusammenhang zwischen der Symptomatik und dem Aggressionsverhalten untersucht wird (z. B. Curtz, 2016; Maier et al., 2016). Eine schwedische Kohortenstudie beschäftigt sich mit dem Gewaltisiko von schizophren Erkrankten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sowie zu den Risikofaktoren für Selbst- und Fremdaggressionen (Fazel et al., 2014). Einige Autoren legen in ihren Untersuchungen einen Schwerpunkt auf selbstaggressives Verhalten Schizophreniekranker (z. B. Witt, Hawton & Fazel, 2014; Holzer, 2018) und andere Autoren beschäftigen sich insbesondere mit einem möglichen Zusammenhang verschiedener sozioökonomischer Faktoren und der Gewalttätigkeit bei schizophren Erkrankten, indem ein Vergleich schizophrene Erkrankter mit und ohne Gewaltverhalten vorgenommen wird (z. B. Stompe, 2018; Stompe & Schanda, 2018; Stompe, Ritter & Schanda 2018).

Für die Beantwortung der Frage *„Begünstigen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis selbst- und fremdaggressives Verhalten?“* wird eine literaturbasierte Vorgehensweise verfolgt. Die Arbeit lässt sich in drei Bereiche unterteilen, die miteinander verknüpft sind. Der erste Teil (Kapitel 2) beschäftigt sich mit dem theoretischen Hintergrund und umreißt zunächst das klinische Bild der Schizophrenie. Danach folgt bei den weiteren Unterpunkten eine Auseinandersetzung mit den psychosozialen Folgen der schizophrenen Erkrankung für die Betroffenen, indem zunächst auf die Stereotype der Schizophrenie, ihre ursächlichen Entstehungsbedingungen und auf die Folgen der Stigmatisierung für schizophrene Erkrankte eingegangen wird. Im letzten Unterpunkt des theoretischen Teils (2.3) wird die fachbezogene Definition der Begrifflichkeiten Aggression und Gewalt unter Herstellung eines Bezugs zu Schizophreniekranken erläutert, da diese Begriffe im Kontext dieser Arbeit häufige Anwendung finden und zum Verständnis des darauf folgenden Teils von Bedeutung sind. Der Hauptteil (3) beschäftigt sich mit Schizophrenie und Gewalt, wobei zunächst auf die Häufigkeit und Risikofaktoren von Selbstaggressionen bei schizophren Erkrankten eingegangen

wird. Unter Beleuchtung dieser Aspekte kann die Forschungsfrage danach, ob Schizophrenien selbstaggressive Handlungen begünstigen beantwortet werden. Die weiteren Unterpunkte beziehen sich auf die Häufigkeit von Fremdaggressionen bei Schizophreniekranken, wozu auch Studien zur Prävalenz Schizophreniekranker in forensischen Kliniken herangezogen werden, um die juristisch verfolgten Gewalttaten Schizophrener und dessen Entwicklungen im zeitlichen Kontext erfassen zu können. Danach endet dieses Kapitel (3.3.3) mit der Bestimmung des Gewaltrisikos Schizophreniekranker im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung anhand der Heranziehung von verschiedenen Autoren und Studien, womit letztlich das Gefährdungspotenzial für die Allgemeinheit, die solche Befürchtungen kenntlich macht bewertet bzw. eingeschätzt werden kann. Nachdem die Prävalenz von selbst- und fremdaggressiven Handlungen und das Gewaltrisiko Schizophreniekranker dargelegt wurde, folgt in Kapitel 3.4 die Auseinandersetzung mit den Faktoren, welche mitverantwortlich für die Entstehung fremdaggressiver Verhaltensweisen bei Schizophreniekranken sind. Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage bildet die Symptomatik der Schizophrenie (3.4.1) den Ausgangspunkt. Um bestimmen zu können, ob gewalttätiges Verhalten in der Erkrankung selbst begründet liegt, werden weitere relevante Faktoren, die das Gewaltverhalten Schizophrener begünstigen untersucht. Erkenntnisse aus den Forschungen zu den Gewaltrisikofaktoren sind nicht nur für die Gewaltprävention im Rahmen der psychiatrischen Versorgung Schizophreniekranker von Bedeutung, sondern die Risikofaktoren von Fremdaggressionen können im Hinblick auf die Ausgangsfrage auch Aufschluss darüber geben, inwieweit die fremdaggressiven Verhaltensweisen durch die Erkrankung verursacht werden. Der dritte Teil der Arbeit (Kapitel 4) beschäftigt sich mit den Konsequenzen, die sich aus den Gewaltrisikofaktoren schizophrener Patienten für die Behandlung in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung ergeben. Dazu wird auf strukturelle Entwicklungen und Behandlungsschwächen des psychiatrischen Versorgungssystems Bezug genommen, um zu überprüfen inwiefern sich diese auf das Gewaltverhalten schizophrener Erkrankter auswirken können. Erkenntnisse zu den Behandlungsschwächen in der Allgemeinpsychiatrie, die einen Einfluss auf das Gewaltrisiko Schizophreniekranker haben, markieren einen Handlungsbedarf, weshalb in einem weiteren Unterpunkt (4.2) auf fachliche Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Hinblick auf eine gewaltpräventive Behandlung eingegangen wird. Letztlich haben solche Empfehlungen zur Verbesserung des Gewaltmanagements in der Psychiatrie auch einen großen Nutzen für die schizophren Erkrankten selbst, was hier (4.2.3) dargelegt wird. Abschließend folgt im 5. Kapitel hinsichtlich der Forschungsfrage eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit einem Ausblick.

Damit ein uneingeschränkter Lesefluss gewährleistet werden kann, wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sofern keine andere Bezeichnung vorliegt, sind damit

immer beide Geschlechter gemeint.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Schizophrenie

Der von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857 -1939) eingeführte Begriff „Schizophrenie“ (*schizo* = abgespalten und *phren* = Seele) soll darauf hinweisen, dass es im Prozess der Erkrankung zu Abspaltungen des Denkens, Fühlens und Wahrnehmens kommt (Quellenangabe). Oftmals wird in der nichtmedizinischen Öffentlichkeit angenommen, es handele sich bei der Schizophrenie um eine Krankheit, die multiple Persönlichkeiten beinhaltet. So kommt es oft zum Gebrauch des Begriffs in Zusammenhängen, die fachlich falsch sind und verschiedene Formen von Widersprüchlichkeit oder Unsinnigkeit beinhalten (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 191). So ist bereits das Wort *Schizophrenie* in der Öffentlichkeit mit negativen Attributen und Vorurteilen belastet.

Schizophrenien zählen zu den psychotischen Störungen und werden als eine der schwerwiegendsten, stark beeinträchtigenden psychischen Erkrankungen beschrieben (Robert-Koch-Institut, 2018, S. 8). Die Schizophrenie, ihre Verläufe, sowie das klinische Erscheinungsbild sind dabei sehr komplex und vielgestaltig, sodass es nicht eine eindeutige Form, sondern verschiedene Schizophrenien gibt, die sich bei den Erkrankten unterschiedlich äußern (Pröll, Schnell & Koch, 2019, S. 19). Gekennzeichnet ist die Erkrankung dadurch, dass Betroffene durch anhaltende Symptomatik zeitweilig den Bezug zur Realität verlieren. Dies ist charakteristisch für die schizophrene Psychose. Finzen (2020) beschreibt die Erkrankung als eine der schillerndsten psychischen Störungen, zu der viel Unklarheit und viel Raum für Vorurteile besteht. Um das Krankheitsbild näher zu betrachten und zur Entschlüsselung der komplexen Vielgestaltigkeit etwas beizutragen, wird im Folgenden auf die wichtigsten Erkenntnisse des Krankheitsbildes *Schizophrenie* sowie auf dessen psychosozialen Folgen eingegangen.

2.1.1 Epidemiologische Erkenntnisse

Die Epidemiologie, welche sich mit der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung beschäftigt, kommt zu der Erkenntnis, dass Schizophrenien weltweit etwa gleich häufig auf auftreten. Mit einer weltweiten Jahresinzidenz von 0,01 %-0,02 % erkranken von 100.000 Menschen weltweit zwischen elf und zwanzig Personen neu an einer Schizophrenie. In Deutschland werden pro Jahr etwa 19 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner diagnostiziert. Das heißt, dass im Jahr etwa 15.600 Menschen neu erkranken (R.K.-I., 2010, S. 16). Die Lebenszeitprävalenz bzw. das Risiko mindestens einmal im Leben an einer Schizophrenie zu erkranken liegt weltweit bei 1 %, sodass im Durchschnitt

eine von 100 Personen einmal im Leben an einer Schizophrenie erkrankt (ebd.).

Alter und Geschlecht

Während sich die Diagnose der Schizophrenie in der Vergangenheit bei Männern und Frauen gleich verteilt hat (Comer, 2008, S. 378), deuten neuere Erkenntnisse auf einen leicht erhöhten Anteil von 1,4 zu 1 bei Männern gegenüber Frauen hin (R.K.-I., 2010, S. 17). Zudem sind Männer am Beginn der Erkrankung i. d. R. jünger als Frauen und haben meist einen schwerwiegenderen Verlauf. Grundsätzlich kann sich die Erkrankung in jedem Lebensalter manifestieren, wobei in etwa zwei Dritteln der Fälle die erste Krankheitsepisode vor dem 30. Lebensjahr auftritt und nur selten vor dem 15. Lebensjahr (R.K.-I., 2010, S. 17). Das durchschnittliche Alter bei Krankheitsbeginn liegt bei Männern bei 21 Jahren und wird bei Frauen mit 27 Jahren angegeben (Comer, 2008, S. 378). In der Altersgruppe der 40 bis 50-Jährigen erkranken hingegen deutlich mehr Frauen als Männer (R.K.-I., 2010, S. 17).

Sozioökonomische Schicht

Obwohl die Schizophrenie in allen sozioökonomischen Gruppen vorkommt, tritt sie bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und niedrigem Bildungsabschluss häufiger auf. Fraglich ist, ob der armutsbedingte Stress eine Mitverursachung der Schizophrenie begründet, oder ob die Erkrankung auf den gehäuft vorzufindenden sozialen Abstieg zurückzuführen ist (DGPPN, 2019, S. 20). Zudem gibt es im weltweiten Vergleich von Entwicklungs- und Industrieländern Unterschiede hinsichtlich des Verlaufs und der Prognose der Erkrankung, sodass Erkrankte in Entwicklungsländern meist eine bessere Prognose aufweisen als Patienten in Industrieländern. Diese im Vergleich verbesserte Prognose meint eine schnellere, häufigere und vollständigere Erholung bei den Erkrankten in Entwicklungsländern und eine reduzierte Einnahme von Antipsychotika, sowie eine geringere Anzahl von stationären Behandlungen und weniger stark ausgeprägte soziale Beeinträchtigungen (Comer, 2008, S. 378f.). Dies kann auf günstigere Umgangsweisen mit den Erkrankten im sozialen Umfeld hindeuten und verdeutlicht, dass der Krankheitsverlauf stark von den Umweltbedingungen und den sozialen Faktoren beeinflusst werden kann.

Komorbidität und Mortalität

Komorbidität bezeichnet das gleichzeitige Bestehen von weiteren Krankheiten (Häfner, 2017, S. 258), wobei die häufigste komorbide Erkrankung Schizophreniekranker der Substanzmissbrauch bzw. die Drogenabhängigkeit ist. 50-80 % der Erkrankten sind davon betroffen (DGPPN, 2019, S. 20). Schizophreniekranker mit gleichzeitig bestehender Suchterkrankung (auch als Doppeldiagnose bezeichnet) gelten als schwer behandelbar und haben im Durchschnitt ungünstige Krankheitsverläufe mit unzureichender Therapietreue bzw. *Compliance*. Alarmierend sind zudem die Zahlen zur Mortalität bzw. Sterblichkeit schizophrener Erkrankter. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung liegt eine um das 2,6-fache erhöhte Mortalitätsrate vor, sodass die Lebenserwartung Schizophreniekranker um

etwa 15 Jahre verkürzt ist (Gouzoulis-Mayfrank, 2015, S. 14). Zu den Todesursachen und der verringerten Lebenserwartung tragen hauptsächlich Herz- Kreislauferkrankungen, Krebs insbesondere Lungenkrebs infolge starken Tabakkonsums und Suizide bei (Häfner, 2017, S. 258). Zudem spielen auch ungünstige Lebensstil-Faktoren, wie eine unzureichende Inanspruchnahme medizinischer Versorgung eine Rolle bei der Ausprägung somatischer Beschwerden und der damit einhergehenden Mortalität (DGPPN, 2019, S. 20).

2.1.2 Symptomatik

Die Symptomatik der Schizophrenie ist gekennzeichnet durch Störungen in den Funktionsbereichen Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktion, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik. Dabei kann die Ausprägung der Symptome, abhängig von den unterschiedlichen Krankheitsphasen deutlich variieren (R.K.-I., 2010, S. 8).

Die Symptome lassen sich in *Produktivsymptome* (auch *Postiv- oder Plus-symptome* genannt), *Defizitsymptome* (auch *Negativ- oder Minus-symptome* genannt) und *Psychomotorische Symptome* einteilen. Die Bezeichnung *Produktivsymptomatik* beschreibt eine übersteigerte Gehirnfunktion, die Wahn, Halluzinationen, die Ich-Störung und inhaltliche Denkstörungen beinhalten kann (Comer, 2008, S. 381). Die inhaltlichen Denkstörungen beziehen sich auf den Inhalt der Gedanken bei den Erkrankten und äußern sich z. B. insbesondere durch gedankliche Zwänge, wie bspw. wahnhaftes Denken (Hahlweg & Dose, 2005, S. 13). Dazu kommt es infolge der schizophrenen Erkrankung auch zu formalen Denkstörungen, die den Ablauf des Denkens und dessen inhaltlichen Zusammenhang beeinträchtigen (ebd.).

Die aus Wahn, Halluzinationen, der Ich-Störung und Denkstörungen bestehenden Produktivsymptome gelten als Kernsymptome einer schizophrenen Psychose und kennzeichnen insbesondere die akute, psychotische Krankheitsepisode (R.K.-I., 2010, S. 8). In dieser Phase gilt der Wahn als Hauptsymptom, was bei den Erkrankten dadurch gekennzeichnet ist, dass diese von realitätsfernen, absurden Ideen überzeugt sind (Comer, 2008, S. 381) und die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der eigenen Wahrnehmung verlieren. Aus professioneller Sicht lässt sich in dieser Phase im Kontakt mit den Patienten kaum ein rationaler Zugang finden. Der Wahn kann argumentativ nicht entkräftet werden, da dieser die Form einer lebensbestimmenden, meist unkorrigierbaren Überzeugung eines Menschen von sich selbst und der Welt einnimmt (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 193f.). Dabei kann es zur Ausbildung einer einzigen Wahnidee oder zu einer ganzen Anzahl verschiedener Wahnideen kommen, die das Leben und das Verhalten der Betroffenen beherrschen. Es gibt verschiedene Wahnphänomene, wovon einige wichtige an dieser Stelle erläutert werden sollen, um die Auswirkungen dieses charakteristischen Symptoms auf die Erkrankten zu

verdeutlichen.

Zum einen gibt es den *Beziehungswahn*, infolgedessen Objekten oder Ereignissen eine persönliche Bedeutung zugeschrieben werden, sodass Erkrankte z. B. von Botschaften an die eigene Person im Radio überzeugt sind. Beim *Größenwahn* kommt es zur Überzeugung, besondere Fähigkeiten oder Kräfte zu haben, die mit der Realität nicht vereinbar sind (Comer, 2008, S. 381f.). Im Rahmen von *körperbezogenen Wahnideen* kommt es bei den Betroffenen zur Überzeugung, Teile des Körpers würden sich verändern oder nicht mehr funktionieren. Beim *Beeinflussungswahn* hingegen besteht die Überzeugung unter Kontrolle von Kräften oder Mächten zu stehen, sodass eigene Impulse, Gefühle, Gedanken und Handlungen von anderen Menschen gelenkt würden. Der *bizarre Wahn* stellt eine extrem abwegige Wahnvorstellung dar, in der Betroffene z. B. davon überzeugt sind, von einer toten Person kontrolliert zu werden (ebd.). Am häufigsten kommt bei schizophrenen erkrankten Menschen der *Verfolgungswahn* vor, bei dem z. B. die Überzeugung vorliegt, dass andere Menschen sie vergiften, töten oder ihnen anderweitig Schaden zufügen wollen. Darüber hinaus kann im Rahmen des Verfolgungswahns die Überzeugung bestehen, von anderen Menschen ausspioniert, bedroht oder angegriffen zu werden (Häfner, 2017, S. 106f.).

Über die Wahnphänomene hinaus gelten *Halluzinationen* als weitere charakteristische Begleitsymptome der schizophrenen Psychose. Hierbei geht es um Wahrnehmungen, die nicht durch äußere Reize hervorgerufen werden (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 193). Besonders häufig treten *akustische Halluzinationen* auf, bei denen die Betroffenen Stimmen in imperativer, kommentierender oder bedrohlicher Form sprechen hören (Pröll, Schnell & Koch, 2019, S. 20). Halluzinationen gehen häufig mit Wahn einher und bestimmen das Erleben der erkrankten Menschen oftmals über Monate oder Jahre hinweg, was von den Erkrankten meist als äußerst quälend empfunden wird. In einigen Fällen gelingt es den Betroffenen jedoch, sich mit den kommentierenden Stimmen zu arrangieren und diese nicht als störend, sondern als begleitend oder sogar als hilfreich zu erleben (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 194). Über die akustischen Halluzinationen hinaus können *taktile Halluzinationen* auftreten, bei denen es zu bizarren körperlichen Missempfindungen kommt. Betroffene sind hier z. B. von einem Inneren Verfaulen überzeugt. Infolge der durch *olfaktorische oder gustatorische* Halluzinationen ausgelösten ungewöhnlichen Geruchs- oder Geschmacksempfindungen kommt es bei den Erkrankten z. B. zum Schmecken von Gift im Essen oder Riechen von Verwesungsgerüchen. Die seltener auftretenden *visuellen Halluzinationen* beinhalten z. B. Visionen von Menschen, Gegenständen oder Szenen (Comer, 2008, S. 383).

Als weitere charakteristische Produktivsymptomatik lässt sich die *Ich-Störung* beschreiben, bei der die Grenze zwischen der eigenen Person und der Umwelt verschwimmt. Gekennzeichnet ist die Ich-Störung durch *Gedankenausbreitung*, bei welcher Erkrankte davon überzeugt sind, dass eigene Gedanken laut zu hören sind (R.K.-I., 2010, S.8f.), wodurch sie kein privates Denken mehr erleben

Bäumli, 2008, S.16). Zu den weiteren Kennzeichen der Ich-Störung gehören *Gedankenentzug* und *Gedankenkontrolle*. Beim Gedankenentzug sind Betroffene davon überzeugt, dass ihnen Gedanken entzogen werden und bei der Gedankenkontrolle besteht die Überzeugung, dass die Gedanken von außen in den Kopf eingebracht werden und nicht die eigenen sind (R.K.-I., 2010, S. 9). Im Rahmen der Ich-Störung kann es zu Entfremdungserlebnissen (Derealisationserleben) bei den Erkrankten gegenüber der Umwelt oder der eigenen Person (Depersonalisationserleben) kommen (Hahlweg & Dose, 2005, S. 16). Insgesamt haben Erkrankte infolge der Ich-Störung das Gefühl, dass es zum Verlust der Meinhaftigkeit kommt (ebd.). Viele der Erkrankten fühlen sich infolge der Ich-Störung von der Außenwelt beeinflusst. So kommt es bspw. zu den Empfindungen, eine Marionette zu sein, die von außen gelenkt wird, oder es entsteht die Überzeugung, unter Hypnose zu stehen und einem fremden Willen gehorchen zu müssen (Bäumli, 2008, S. 15).

Ferner können formale Denkstörungen dazu führen, dass Erkrankte durch Gedankenabreißen beim Sprechen „den Faden verlieren“ oder durch verworrenes Denken infolge der formalen Denkstörung und dem Gefühl von Gedanken überflutet zu werden, zusammenhangslos und unlogisch sprechen (Hahlweg & Dose, 2005, S. 13). Dazu kann es infolge der Denkstörungen zur Bildung von Neologismen bzw. Wortneuschöpfungen kommen (Bäumli, 2008, S. 14).

Die *Defizitsymptomatik*, auch als *Negativ-* oder *Minussymptomatik* bekannt, bezieht sich auf die Krankheitszeichen, die sich durch eine Funktionsminderung bis hin zu einem Funktionsverlust äußern (R.K.-I., 2010, S. 9) und beschreiben bestimmte Defizite im Affekt, Antrieb, in der Psychomotorik und im Denken. Dabei ist der Affekt verarmt bzw. verflacht, sodass vermindert Emotionen gezeigt werden und es zu einer insgesamt herabgesetzten affektiven Schwingungsfähigkeit kommt (Comer, 2008, S. 384). Darüber hinaus ist der Antrieb vermindert und die Psychomotorik bzw. Mimik und Gestik reduziert. Die Ausprägung dieser Defizitsymptomatik führt bei den Betroffenen zu Apathie bzw. Teilnahmslosigkeit, Anhedonie bzw. Freudlosigkeit und Interessenverlust. Dies bedingt eine Isolation bzw. sozialen Rückzug bei den Erkrankten (ebd.). Affektstörungen bzw. Störungen hinsichtlich der Stimmung und der Gefühle können im Rahmen der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vor und während einer psychotischen Episode auftreten. Dabei kann die Stimmung der Erkrankten infolge der Affektstörungen gehoben oder depressiv sein (Hahlweg & Dose, 2005, S. 26). Zudem kommt es im Rahmen der akuten Psychose häufig zu einem inadäquaten Affekt, sodass Erkrankte Gefühle zeigen, die der gegebenen Situation nicht angemessen bzw. inadäquat sind (wie z. B. Das Zeigen von Glücksgefühlen in einer Trauersituation) (ebd., S. 26). In Anbetracht der psychotischen Symptomatik ist es dabei möglich, dass der inadäquate Affekt vielmehr eine Reaktion der Erkrankten auf das Innere Erleben (bspw. Stimmenhören) darstellt, als Reaktionen auf die Situation, in der sich die Erkrankten befinden.

Die *Psychomotorischen Symptome* lassen sich den Defizit- und Produktivsymptomen zuordnen.

Neben der Verminderung von Mimik, Gestik und Sprache (Defizitsymptome) zählt zu den psychomotorischen Symptomen bizarres Verhalten, womit auffällige Veränderungen am Bewegungsapparat gemeint sind (Comer, 2008, S. 385). Dazu kann es in extremen Fällen bei den Erkrankten zur körperlichen Erstarrung (*katatonen Stupor*) kommen. Dabei verharren Betroffene in einer eingenommenen Position (*Haltungstereotype*). Kommt es bei den Erkrankten beim Versuch von außen, zur Veränderung der eingenommenen Haltung zum Widerstand, wird dies als *Negativismus* bezeichnet (Hahlweg & Dose, 2005, S. 17). Verharren die Erkrankten in einer erneut eingenommenen Position, wird dies als *wächsernde Biegsamkeit* bezeichnet. Einen Gegensatz zum katatonen Stupor, stellt der *katatone Erregungszustand* dar, bei dem die Betroffenen z. B. rastlos umherlaufen (ebd.)

2.1.3 Diagnostische Kriterien

Im Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation, der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10), werden die Schizophrenie und verwandte Störungsbilder im Kapitel F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) zusammengefasst. Zu diesem Diagnosesystem gibt es das diagnostische und statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5), von der American Psychiatric Association, das sich nur auf psychische Störungen bezieht. Beide Klassifikationssysteme unterscheiden sich hinsichtlich der Bezeichnung der Schizophrenie und ihren Diagnosekriterien nur unwesentlich. Daher wird im Folgenden nur auf die diagnostischen Kriterien des ICD-10 eingegangen, ohne die des DSM miteinzubeziehen. Dazu werden die für die klinische Praxis relevanten Diagnosekriterien für die Schizophrenie (F20) nach der ICD-10 zusammengefasst.

Mindestens eines der folgenden Symptome aus 1a) bis d) muss erfüllt sein:

- 1a) Gedanken-lautwerden, -eingebung oder Gedankenentzug, -ausbreitung (auch als Ich-Störung bezeichnet).
- b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung.
- c) Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über das Verhalten des Patienten reden oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen.
- d) Anhaltender, kulturell unangemessener, bizarrer und völlig unrealistischer Wahn, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen.

Oder es müssen mindestens zwei der folgenden Symptome aus 2a) bis d) erfüllt sein:

- 2a) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutlichen affektiven

Inhalt oder begleitet von lang anhaltenden überwertigen Ideen

b) Neologismen, Gedanken-abreißen, oder -einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt.

c) Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen oder wächserne Biagsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor.

d) Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (Maß, 2010, S. 16).

Die Symptome müssen für die Diagnose der Schizophrenie mindestens einen Monat deutlich vorhanden sein (ebd.). Allgemein kann für die schizophrene Erkrankung als charakteristisches Merkmal festgehalten werden, dass sich die Erkrankung durch eine Störung des Denkens, der Wahrnehmung sowie durch einen inadäquaten oder verflachten Affekt äußert. Darüber hinaus gibt es verschiedene Unterformen der Schizophrenie, die sich in ihrer vorherrschenden Symptomatik teilweise deutlich voneinander unterscheiden. An dieser Stelle soll aus Platzgründen nur auf die wichtigsten Unterformen und deren vordergründige Symptomatik eingegangen werden, um die Unterschiede dieser Formen zu verdeutlichen. Die weltweit mit 60-80 % am häufigsten diagnostizierte Unterform ist die Paranoide Schizophrenie F20.0 (Häfner, 2017, S. 60). Diese ist geprägt durch paranoiden Wahn und verbale Halluzinationen. Den zweiten Subtyp bildet die hebephrene Schizophrenie F20.1, bei der in erster Linie ein veränderter, flacher oder inadäquater Affekt im Vordergrund steht und weniger eine Wahnsymptomatik. Beobachtet wird hier ein früher Beginn mit schlechter Prognose und häufig ein verantwortungsloses, unberechenbares Verhalten bei Betroffenen (Maß, 2010, S. 17). Einen weiteren Subtyp stellt die katatone Schizophrenie F20.2 dar. Diese Form ist selten und geprägt durch psychomotorische Symptome, welche sich in Form von Erregung oder Haltungsstereotypen äußern (ebd.). Darüber hinaus gibt es die undifferenzierte Schizophrenie F20.3, die die allgemeinen Kriterien der Schizophrenie erfüllt, ohne dass dabei ein Symptombereich überwiegt. Zudem gibt es die postschizophrene Schizophrenie F20.4, welche durch eine depressive Symptomatik nach einer schizophrenen Episode geprägt ist. Das schizophrene Residuum F20.5 ist charakterisiert durch eine Negativsymptomatik, welche mindestens für ein Jahr anhält. Für die Diagnose muss mindestens einmal eine psychotische Episode aufgetreten sein (ebd.). Unter F20.6 wird die Schizophrenia simplex aufgeführt. Diese ist gekennzeichnet durch merkwürdiges Verhalten, es kommt hierbei jedoch nie zu einer psychotischen Episode. Charakterisiert ist diese Form durch einen dramatischen sozialen Abstieg und sie gilt als ein schwer zu diagnostizierendes Bild (ebd.). Neben diesen Unterformen gibt es noch weitere Störungsbilder, die dem schizophrenen Formenkreis unter F21–F29 zugeteilt werden und sich eher in der Ausprägung der Symptomatik unterscheiden und jeweils andere diagnostische Kriterien beinhalten (Maß, 2010, S. 19f.).

Um Verwechslungen oder Fehldiagnosen zu vermeiden, wird eine Differentialdiagnostik

vorgenommen. Für eine Diagnose der Schizophrenie muss bspw. ausgeschlossen werden, dass die psychotischen Symptome auf körperliche Erkrankungen oder Substanzkonsum zurückzuführen sind (ebd., S. 16). Darüber hinaus werden im Rahmen der Diagnostik auch die Verläufe der Erkrankung bestimmt, da diese stark variieren können und einen Einfluss auf das Ausmaß der Erkrankung und auf die Behandlung der Betroffenen haben. Unterschieden wird hier zwischen der *Prodromalphase* bzw. dem Vorläuferstadium, welches sehr unspezifisch auftritt und meist erst rückblickend als solches erkannt wird. Häufig treten hier Defizitsymptome auf und es kommt zum sozialen Rückzug (Pröll, Schnell & Koch, 2019, S. 23). In der akuten, *floriden Krankheitsphase*, die die erste Episode darstellt, treten hauptsächlich Produktivsymptome auf, welche nach Monaten meist wieder abklingen (ebd., S. 24f.). Nach dem Abklingen der akuten Phase kommt es bei den Erkrankten häufig zu Antriebslosigkeit oder zu einem erhöhten Schlafbedürfnis und zur depressiven Verstimmung, bzw. zur starken Ausprägung der Defizitsymptomatik. Diese Phase wird als *postpsychotische Depression* bezeichnet und kann Wochen oder Monate andauern (Hahlweg & Dose, 2005, S. 23). Ein langfristiger Verlauf äußert sich unterschiedlich. Etwa ein Drittel der Erkrankten leidet chronisch unter der Symptomatik, bei einem weiteren Drittel kommt es in Abständen zu wiederholten Episoden, wobei es auch symptomfreie Phasen über Jahre hinweg geben kann. Bei einem letzten Drittel klingen die Symptome nach der ersten Episode vollständig und langfristig ab (Pröll, Schnell & Koch, 2019, S. 24f.).

2.1.4 Ätiologische Erkenntnisse

Die Ursachen zur Entstehung der Schizophrenie sind trotz fortschreitender Forschung noch immer weitgehend unbekannt. Es gibt viele theoretische Annahmen zur Ätiologie, doch kein Ansatz allein kann die Ursachen der Krankheitsentstehung für sich erklären, da es sich bei der Erkrankung um ein multikausales Geschehen handelt (Rey, 2011, S. 832). Aufgrund der komplexen multifaktoriellen Ursachen soll auf das Bio-psycho-soziale Modell verwiesen werden. Denn dieses geht davon aus, dass die Ursachen der Krankheitsentstehung bzw. dessen Ausbruch auf biologische, psychologische und soziale Faktoren zurückzuführen sind (ebd., S. 813). Im Folgenden soll nur auf die wichtigsten ätiologischen Faktoren eingegangen werden, um den vorgegebene Rahmen nicht zu sprengen.

Den biologischen Entstehungsbedingungen können verschiedene Faktoren zugeordnet werden. Zum einen fallen darunter die genetischen Faktoren: Diese sind empirisch gut belegt (Häfner, 2017, S.293) und gelten als quantitativ bedeutsamste ätiologische Komponente für das Entstehungsrisiko der Schizophrenie. Denn bei Schizophrenien kommt es zu einer familiären Häufung. Mithilfe von Zwillingsstudien konnte festgestellt werden, dass bei eineiigen Zwillingen, wovon ein Zwilling erkrankt ist, die Hälfte bis zwei Drittel nicht an einer Schizophrenie erkrankten (Finzen, 2020, S. 136f.). Die

Konkordanzrate bzw. das Ausmaß der Übereinstimmung liegt bei eineiigen Zwillingen bei 50 % (Thoma, 2019, S. 4). Wäre die Entstehung von Schizophrenien ausschließlich genetisch bedingt, dann müsste die Konkordanz bei genetisch identischen eineiigen Zwillingen bei 100 % liegen. Demnach wird eine biologische Prädisposition bzw. Vulnerabilität (Verwundbarkeit) für die Entwicklung der Erkrankung vererbt (ebd.).

Aus der neurobiologischen Forschung geht die Annahme hervor, dass bestimmten Symptomen der Schizophrenie (wie Halluzinationen) spezifische Stoffwechselprozesse zugrunde liegen müssen. Bedeutend ist in diesem Zusammenhang die Dopamin-Hypothese, die erklärt, dass bei Schizophreniekranken in bestimmten Hirnregionen eine zu hohe Konzentration des Botenstoffes Dopamin vorhanden sei (Finzen, 2020, S. 135). Diese Veränderungen im Dopamin-Stoffwechsel bilden einen Zusammenhang mit der schizophrenen Symptomatik bzw. können diese auslösen. Dazu wurden bei Schizophreniekranken häufiger Veränderungen im Gehirn, sowie Störungen der Hirnentwicklung festgestellt, die auf verschiedene frühkindliche und vorgeburtliche Komplikationen zurückzuführen sind (Finzen, 2020, S. 133f.).

Zu den wichtigen psychosozialen Faktoren zählt z. B. der familiäre Umgang. Dieser kann bei bestehender biologischer Vulnerabilität für die Entwicklung und den Verlauf von Schizophrenien von Bedeutung sein. Nach dem *Expressed Emotion (EE)-Konzept* können ungünstige, angespannte Kommunikationsmuster innerhalb der Familie (*high expressed emotion*) den Ausbruch oder die Aufrechterhaltung der Erkrankung begünstigen und sie tragen zum Ausbruch von Rückfällen bei (Comer, 2008, S. 395).

Doch diese aufgeführten ätiologischen Theorien liefern allein keine Erklärung für die Ursachen der Krankheitsentstehung, sondern liefern Hinweise und Zusammenhänge. Ein umfassendes Erklärungsmodell, das alle einzelnen ätiologischen Theorien berücksichtigt, ist das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*. Vulnerabilität meint dabei die Prädisposition, die den Ausbruch der Erkrankung begünstigt. Nach dem V-S-Modell wird eine schizophrene Episode ausgelöst, wenn „*ungünstige Umweltbedingungen mit der individuellen Vulnerabilität interagieren, welche die Bewältigungskapazität und -fähigkeit einer Person übersteigen*“ (Rey, 2011, S. 834). Zu den umweltbedingten Belastungsfaktoren zählen neben Konflikten im sozialen Umfeld auch die sogenannten kritischen *life events*. Dabei handelt es sich um lebensverändernde Ereignisse, wie Übergang von der Schule in die Ausbildung, Ablösung vom Elternhaus, Trennung oder Umzug, die mit Stress verbunden sind und bei vulnerablen Menschen mit psychologischer Belastung einhergehen und das Auftreten einer schizophrenen Psychose wahrscheinlicher machen (Finzen, 2020, S. 126f.)

2.1.5 Therapie

Aufgrund der Annahme einer multifaktoriellen Verursachung der Schizophrenie ist die Behandlung auf verschiedene Bereiche ausgelegt. Vereinfacht dargestellt, kann von drei zentralen Säulen der Therapie ausgegangen werden. Diese bestehen aus der medikamentösen Behandlung (Pharmakotherapie), der psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlung.

Die Pharmakotherapie beinhaltet dabei auch Psychoedukation, also die Aufklärung zur Medikation und zum Umgang mit der Erkrankung (Rey, 2011, S. 835). Unter die psychotherapeutische Behandlung fallen zahlreiche Therapieformen, die dem Training von sozialkognitiven Fertigkeiten dienen, die im Rahmen der Erkrankung beeinträchtigt werden. Innerhalb der Soziotherapie liegt der Fokus auf Rehabilitation und Wiedereingliederung der Patienten. Hier werden soziale Fähigkeiten erlernt und der krankheitsbedingten Isolation entgegengewirkt (ebd.). Generell sollten die einzelnen Therapieformen (medikamentöse und psychosoziale Behandlung) miteinander kombiniert werden, um eine optimale Wirkung der Therapie zu erzielen.

Je nach Krankheitsstadium stehen unterschiedliche Teilziele innerhalb der Behandlung im Vordergrund. Unabhängig vom Krankheitsstadium können jedoch allgemeine Behandlungsziele wie folgt festgehalten werden: Symptomreduktion bzw. -beseitigung, Rückfallprophylaxe, (Wieder-)Erlangung von Lebensqualität, Wiederherstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit, Verbesserung der Krankheits- und Alltagsbewältigung sowie soziale Wiedereingliederung (R.K.-I., 2010, S. 22). Außerdem besteht das vorrangige therapeutische Ziel darin, die Krankheitseinsicht und Compliance (Therapietreue) zu fördern, sodass z. B. eine zuverlässige Medikamenteneinnahme gewährleistet ist. Krankheitseinsicht und die damit einhergehende Compliance können somit als wichtige Schlüsselkompetenzen innerhalb der Therapie fungieren und sind mitentscheidend für ihren Erfolg. So kann eine gute Compliance bei Patienten mit einhergehender zuverlässiger Medikamenteneinnahme das Rückfallrisiko deutlich reduzieren (R.K.-I., 2010, S. 26).

Hinsichtlich des Vulnerabilitäts-stress-modells ist es im Rahmen der Therapie zudem erforderlich, einen Fokus auf Stressoren zu legen und diese zu reduzieren und damit u. a. einem erneuten Ausbruch der Symptomatik bzw. einem Rückfall entgegenzuwirken. Zur Verminderung psychotischer Rückfallepisoden sollte zudem die psychosoziale Therapie in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung statt finden (Häfner, 2017, S. 408). Denn im Vergleich mit der antipsychotischen medikamentösen Behandlung, ist der Effekt einer Verminderung psychotischer Rückfallepisoden ausschließlich durch psychosoziale Behandlung signifikant geringer (ebd.). Psychopharmaka haben also ein auf die Psychose begrenztes Wirkungsfeld, das insbesondere der Reduktion von Produktivsymptomen (wie Wahn oder Halluzinationen) dient und bedürfen somit der Ergänzung durch psychosoziale Therapieverfahren (ebd.). Insbesondere in der Akutphase, in der die

psychotischen Symptome stark ausgeprägt sind und oft mit Verwirrung, Angst, schwerer Erregung oder Depression beim Patienten einhergehen, ist eine medikamentöse Behandlung erforderlich. Erst wenn die psychotische Symptomatik in der postakuten Krankheitsphase abgeklungen ist, besteht die Möglichkeit weitere psychosoziale Therapieziele zu forcieren (R.K.-I., 2010, S. 22). Ziel innerhalb der psychosozialen Therapie ist es u. a., eine bestehende Defizitsymptomatik, die durch eine medikamentöse Behandlung nicht zu bewältigen ist, zu mindern. Dies ist wichtig, da der soziale Verlauf der schizophrenen Erkrankung insbesondere durch die Defizitsymptomatik sowie durch kognitive Beeinträchtigungen beeinflusst wird (Häfner, 2017, S. 409ff.).

Ferner muss in allen Krankheitsphasen stets eine mögliche Selbst- und Fremdgefährdung beobachtet werden, sodass frühzeitig therapeutisch eingegriffen werden kann, um bspw. suizidalen oder fremdaggressiven Handlungen entgegenzuwirken. Da es bei Schizophrenien aufgrund von Wahn und Sinnestäuschungen zu einem Realitätsverlust kommen kann, sodass die erlebten wahnhaften Überzeugungen von den Erkrankten als Realität erlebt werden, fehlt oft zumindest bei Krankheitsbeginn eine Krankheitseinsicht. Diese ist jedoch Voraussetzung für eine gelingende kooperative Behandlung und sie ist ein Grund für die zu spät erfolgende Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe seitens der Patienten (Häfner, 2017, S. 109).

Auch wenn sich die Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Patienten in den letzten drei Jahrzehnten entscheidend verbessert haben, profitieren nicht alle Patienten in gewünschter Weise davon. Bei einem Drittel der hiesigen schizophrenen Erkrankten ist der Krankheitsverlauf trotz Behandlung chronisch-rezidivierend, bzw. wiederkehrend und andauernd (Finzen, 2020, S. 145). Betroffene leiden dann in einem hohen Maße an der fortschreitenden Symptomatik und zeigen aufgrund behandlungsresistenter psychotischer Symptomatik erhebliche psychosoziale Schwierigkeiten (Hirjak et al., 2020, S. 233). Um die Therapie noch effizienter gestalten zu können, müssen auf dem Gebiet der Grundlagenforschung die Ursachen der Schizophrenie weiter aufgedeckt werden (R.K.-I., 2010, S. 29f.). Außerdem stellte in den letzten Jahren u. a. die Früherkennung einen Schwerpunkt der Schizophrenieforschung dar. Dies liegt daran, dass es Schwierigkeiten gibt, die Krankheit frühzeitig zu erkennen, sodass es bei einem Teil der Schizophreniekranken zu chronischen Verläufen kommt, die u. a. auf eine zu lange Nichtinanspruchnahme psychiatrischer Hilfen zurückzuführen sind (Schneider & Kircher, 2020, S. 1).

Nach Finzen (2020) wird das Vorurteil der Schizophrenie als unheilbare, unheimliche Krankheit zu einer Komplikation, die die Therapie behindert. Daher müsse auch das Stigma der Schizophrenie, das die Erkrankten zusätzlich belastet, mit dem Grundleiden behandelt werden (S. 145). Im Folgenden Kapitel wird zunächst auf Stereotype der Schizophrenie und deren Auswirkungen auf die Betroffenen eingegangen.

2.2 Stereotype der Schizophrenie

Begriffsdefinition

Der Begriff des Stereotyps setzt sich aus dem griechischen Wort *stereos* – starr, hart, fest und *typos* – feste Norm, Entwurf zusammen und wurde bereits 1922 vom Journalisten Walter Lippmann in die Sozialwissenschaften eingeführt (Petersen & Six, 2008, S. 21). Aus sozialkognitiver Sicht werden Stereotype damit beschrieben, Menschen in Kategorien einzuteilen, wobei der Begriff Kategorisierung die Begriffe Stereotype und Vorurteile direkt miteinander verknüpft (Degner & Meiser, 2009, S. 76). Das Stereotyp steht im engen Zusammenhang mit dem Begriff Vorurteil, das als Verfestigung des stereotypen, klischeehaften Denkens beschrieben wird (Thiele, 2015, S. 35). Aus sozialpsychologischen Forschungen zum Stereotypenkonzept geht die Definition hervor, dass Stereotype starre Eindrücke sind, die nur in geringem Maße mit der Realität übereinstimmen (Petersen & Six, 2008, S. 21).

Stereotype dienen der Vereinfachung des Wahrnehmens, Urteilens und des Handelns innerhalb einer komplexen sozialen Umwelt, sodass diese strukturiert und vorhersehbarer wird. Dabei werden Stereotype oftmals automatisch aktiviert (Degner & Meiser, 2009, S. 77) und sie gelten als schwer veränderbar. Stereotype beeinflussen nicht nur die Informationsverarbeitung und die Wahrnehmung, sie können Bewertungen und Verhaltensreaktionen von Menschen in erheblichem Ausmaß steuern und sie haben auch einen Einfluss auf die stereotypisierte Gruppe (Meiser, 2008, S. 53).

2.2.1 Ursachen für das Stereotyp der Gewalttätigkeit bei Schizophrenie

In Bezug auf die Gruppe der Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis lassen sich geläufige Stereotypen finden, die eine Kategorisierung der Angehörigen dieser Gruppe als unberechenbar oder gefährlich beinhaltet (Häfner, 2017, S. 205). Nach Häfner geht die Überzeugung, schizophrene Erkrankte seien gefährlich auf eine lange Vorgeschichte zurück, in der psychisch Kranke einer Wegsperrtradition unterlagen. Im 19. Jahrhundert musste die Unterbringung psychisch Kranker (unter prekären Bedingungen) generell geschlossen erfolgen, da der Schutz der öffentlichen Sicherheit gegenüber dem Fürsorgegedanken im Vorrecht blieb (ebd., S. 71). Psychisch kranke Menschen standen also in früherer Geschichte unter dem Generalverdacht, gefährlich zu sein, sodass die damaligen „Irrenanstalten“ als polizeiliche Anstalten bzw. Gefängnisse aufzufassen waren. Psychisch Kranke wurden hier zusammen mit Straftätern verwahrt und erst ab der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde eine Differenzierung unternommen, bei der „normale“ Straftäter von psychisch kranken Personen räumlich getrennt wurden (Schanda, 2018a, S. 30f.).

Die Vorstellung, dass Menschen, die unter Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen leiden, Kranke

sind, die einer Behandlung bedürfen, entwickelte sich historisch erst langsam heraus (Häfner, 2017, S. 71f.). Schizophrene Psychosen wurden als unverständlich und unheimlich empfunden und riefen in der Bevölkerung Scheu und Ängste hervor. Unaufgeklärte bzw. unverständliche Gewaltverbrechen wurden den „unberechenbaren Verrückten“ zugeschrieben, womit das Vorurteil der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit insbesondere bei schizophren Erkrankten weiter bestärkt wurde (ebd., S. 74f.). Die Verfestigung dieses Stereotyps entwickelte sich zudem als Entlassungshindernis, sodass die Erkrankten im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von der Öffentlichkeit vergessen bzw. weiter „verwahrt“ wurden. Dabei wurde aufgrund der vorherrschenden Überzeugung der Gefährlichkeit von psychisch Kranken die Isolierungstheorie vom deutschen Psychiater Wilhelm Friedrich Rollers (1802-1878) favorisiert und genutzt, um Erkrankte in geschlossenen, von der zivilen Bevölkerung abgeschnittenen Anstalten unterzubringen (ebd., S. 71). Genährt wurde das Vorurteil der Gefährlichkeit schizophrender Erkrankter zudem durch diverse Fallstudien von deutschen Psychiatern in den Jahren 1938-1940, in denen es überwiegend um „geisteskranken Mörder“ ging, oder darum, dass Tötungshandlungen ein Frühsymptom der Schizophrenie seien, welche nachträglich widerlegt wurden (ebd., S. 460).

Doch auch heute scheint, wenn auch weniger ausgeprägt, das Stereotyp der Gefährlichkeit bzw. Gewalttätigkeit schizophrender Erkrankter in der öffentlichen Meinung weiterzubestehen. Nach Aydin & Fritsch (2015, S. 249) zeigen Ergebnisse einer Trendstudie in Deutschland in den Jahren 1990-2011 von Angermeyer, Matschinger & Schomerus (2013), dass die negativen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Schizophrenieerkrankten im angegebenen Zeitraum von 20 Jahren deutlich zugenommen haben. Dieser Befund wurde durch eine weitere internationale Studie bestätigt, bei der das Stereotyp der Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit schizophrender Menschen innerhalb eines Zeitraums von acht Jahren (2003-2011) signifikant zugenommen hat (Reavley & Jorm 2012, zitiert nach Aydin & Fritsch, 2015, S. 249). Nach Schomerus (2014) ist die deutliche Zunahme der Ablehnung von Schizophrenieerkrankten nach 20 Jahren in Deutschland im Jahr 2011 u. a. darauf zurückzuführen, dass biologische Ursachenvorstellungen zur Schizophrenie in diesem Zeitraum deutlich zugenommen haben, während psychosoziale Ursachenvorstellungen abgenommen haben (S. 250). Ein mittlerweile biologisch dominiertes Krankheitsverständnis für Schizophrenien, das insbesondere die Reduktion auf Fehlfunktionen im Gehirn beinhaltet, führt offenbar dazu, dass eine vermeintliche Andersartigkeit der Betroffenen betont wird, wodurch die Ablehnung steigt und Betroffene für zunehmend gefährlicher gehalten werden (S. 251). Als Gründe für die Stereotype und die negativen Einstellungen zu Schizophrenieerkrankten werden nach Dümmler & Sennekamp (2013) u. a. mangelhafte bzw. einseitige Kenntnisse der Erkrankung angegeben, sowie der Einfluss durch die Medien (S. 17). Auch Häfner (2017) sieht die Einstellungen der Bevölkerung zu schizophrenen Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Wissensstand und sieht im Verfügen über mehr Wissen den Schlüssel für

mehr Akzeptanz und weniger Ablehnung (S. 206). Zudem kann, laut Scherr (2019) insbesondere durch den Kontakt der Allgemeinbevölkerung zu Schizophreniekranken, die den stereotypen Vorstellungen widersprechen, die Einstellung in der Allgemeinbevölkerung verbessert und zum Aufweichen von stereotypen Vorstellungen beigetragen werden (S. 586).

2.2.2 Stigmatisierung und die Folgen für schizophren erkrankte Menschen

Der aus dem griechischen stammende Begriff *Stigma*, wörtlich Zeichen, Wund- oder Brandmal diene ursprünglich dem Verweis auf körperliche Zeichen, um etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren (Goffmann, 1967, S. 9). Der amerikanische Soziologe Erving Goffmann verbindet mit seiner Definition die Auswirkungen auf den Träger als Beraubung seines Ansehens als intakte Personen, die sozial disqualifiziert wird (ebd.). Dabei werden Stigmata in sichtbare und nicht sichtbare differenziert. Letztere werden eher den psychischen Krankheiten zugeordnet, da diese von der sozialen Umwelt meist nicht unmittelbar erkannt werden (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247f.) und erst durch die Symptomatik, Diagnose oder die Behandlung das Etikett bzw. unterscheidende Merkmal erhalten. Die Träger dieses Etiketts werden im Rahmen des Stigmatisierungsprozesses mit unerwünschten Eigenschaften bzw. Stereotypen in Verbindung gebracht und von der Gesellschaft abgelehnt oder gemieden. (De Col, Seewald, & Meise, 2004, S. 862). Nach Rüscher, Finzen & Angermeyer (2004) ist darüber hinaus zusätzlich soziale, wirtschaftliche oder politische Macht notwendig, um zu stigmatisieren. Eine öffentliche Stigmatisierung, die insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen weit verbreitet ist, steht neben dem Bestehen aus den Elementen Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung in einem Zusammenhang mit Machtgefällen und sie umfasst die Reaktionen der allgemeinen Öffentlichkeit (S. 4f.).

Stigmata repräsentieren gesellschaftlich geteilte, akzeptierte Wissensstrukturen über bestimmte Personengruppen und sind sozial konstruiert, da der soziale Kontext, der historisch gewachsen, sowie durch kulturelle und gesellschaftliche Normen geprägt ist, bestimmt, ob ein Merkmal als Stigma definiert wird (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247). Nach dem soziologischen *Etikettierungsansatz*, auch als *Labeling-Ansatz* bezeichnet, wird abweichendes Verhalten dadurch erklärt, dass die Abweichung erst durch soziale Zuschreibungen entsteht (Comer, 2008, S. 393). Dieser Ansatz erklärt Stigmatisierung damit, dass die negativen Stereotype erst aktiviert werden, wenn das normabweichende Verhalten von Personen als Schizophrenie bezeichnet bzw. diagnostiziert wird. Nach Häfner (2017) hat das Etikett bzw. die Diagnose der Schizophrenie einen ähnlich starken Einfluss auf die soziale Stigmatisierung, wie das krankheitsbedingte Verhalten selbst (S. 202f.).

Als Konsequenz der Etikettierung werden die Attribute des Etiketts (Schizophrenie) auch von Erkrankten übernommen, sodass das öffentliche Stigma von Betroffenen gegen sich selbst gerichtet

wird. Dieses Phänomen wird als Selbststigmatisierung bezeichnet und führt durch die Internalisierung der Stereotype und Vorurteile bei Schizophreniekranken u. a. zur Verminderung des individuellen Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit (Aydin & Fritsch, 2015, S. 250). Nach Bening (2016) kann darüber hinaus ein Teufelskreis ausgelöst werden. Wenn Betroffene das durch die Stereotype erzeugte Stigma gegen sich selbst richten, verschlechtert dies den Verlauf der eigentlichen Erkrankung, was wiederum zur Bestärkung der Stereotype führen kann und das Stigma Schizophreniekranker stabilisiert (S. 26).

Als weitere Folgen der Stigmatisierung gelten für schizophrene Erkrankte neben Selbstwertminderung und persönlicher Beschämung, soziale Isolation, eine verminderte Compliance sowie ein damit einhergehender verspäteter Behandlungsbeginn und eine verschlechterte Krankheitsprognose (De Col, Seewald & Meise, 2004, S. 861). Dabei intensivieren sich die Stigmatisierungserfahrungen je länger die schizophrene Erkrankung besteht und beeinflussen die Prognosen und Rehabilitationserfolge in großem Ausmaß (ebd.). Ohne das Stigma der Schizophrenie wäre die Inanspruchnahmerate psychiatrischer Hilfen deutlich höher (Brieger, 2019, S. 125). Die Stigmatisierung hat sich bei Schizophreniekranken verschärft, sodass zum Leiden an der Krankheit selbst, ihren Symptomen und sozialen Folgen das Leiden an dem Stigma hinzukommt, weshalb Finzen (2020) das Stigma der Schizophrenie als zweite Krankheit bezeichnet (S. 28). Angermeyer & Matschinger (2004) fanden in einer Studie heraus, dass Schizophreniekranken in der deutschen Allgemeinbevölkerung überwiegend als unberechenbar, inkompetent und gefährlich wahrgenommen werden und dass es eine enge Verbindung zwischen wahrgenommener Gefährlichkeit auf der einen Seite und dem Wunsch nach sozialer Distanz, sowie die Akzeptanz struktureller Diskriminierung von Schizophreniekranken auf der anderen Seite gibt (S. 1058).

2.2.3 Die Rolle der Medien

Das Stereotyp der Gewalttätigkeit spielt bei der Stigmatisierung von Schizophreniekranken eine wichtige Rolle und wird medial generiert und verstärkt. Den Massenmedien kommt eine besonders wichtige Rolle bei der Stigmatisierung Schizophreniekranker zu, denn sie tragen mit Berichterstattungen zur Generierung und Aufrechterhaltung von Stereotypen bei und haben einen großen Einfluss auf die öffentliche Meinungsbildung (Aydin & Fritsch, 2015, S. 252). Dabei schlagen sich Informationen in Massenmedien bzw. Printmedien in größerem Ausmaß als wissenschaftliche Informationen auf die Meinungsbildung und Aufrechterhaltung negativer Stereotype in der Öffentlichkeit nieder, da letztere weniger Adressaten erreichen (Häfner, 2017, S. 207).

Stereotype können im Rahmen der *Sozialisierung* erlernt werden. *Sozialisierung* beschreibt den Prozess, in dem sich Menschen über den Lebenslauf hinweg in Auseinandersetzung mit den

Lebensbedingungen der sozialen und materiellen Umwelt zu einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit weiterentwickeln und durch soziale, kulturelle und ökonomische Umweltfaktoren geprägt werden (Hurrelmann, 2017, S. 826). Im Sozialisationsprozess bilden die Entwicklungsschritte in jeder einzelnen Lebensphase die Voraussetzung für die darauf folgenden. Dementsprechend sind die frühen Sozialisationsphasen von großer Bedeutung, da in ihnen die Grundstrukturen der Persönlichkeit (im Bereich Sprache bzw. Sprachentwicklung, Denken und Empfinden) herausgebildet und fundamentale Muster für das soziale Verhalten entwickelt werden. Dabei beinhaltet die primäre Sozialisation das Erlernen von sozialen Regeln, Umgangsformen und Sprache. Eine darauf aufbauende Weiterentwicklung von Verhaltensmustern wird als sekundäre Sozialisation bezeichnet (Hurrelmann, 2017, S. 827). Medien werden als sekundäre Sozialisationsinstanzen aufgefasst, die insbesondere Einfluss auf die frühe Phase der Entwicklung haben können. Die Medien haben demnach eine sozialisierende Wirkung, sie übermitteln Vorstellungen von der Welt und sind an der Tradierung von Stereotypen über Generationen hinweg beteiligt (Thiele, 2015, S. 50).

In einer Studie aus dem Jahr 2011, in der vier große Printmedien in Deutschland untersucht wurden, konnte eine stigmatisierende Berichterstattung über Schizophreniekranken festgestellt werden. Dies äußerte sich u. a. durch eine abwertende Verwendung des Begriffs *schizophren* als Metapher für abwertende Inhalte sowie eine Darstellung Schizophreniekranker als gefährlich. Dabei wurde insbesondere in der Boulevardpresse das Stereotyp der Gefährlichkeit reproduziert, indem ein negatives, verzerrtes Bild von Schizophreniekranken präsentiert wurde und Assoziationen von Schizophrenie und Gewalt bzw. Gefährlichkeit übertrieben dargestellt wurden (Schlier & Lincoln, 2014, S. 297f.). Auch andere Autoren bestätigen die mediale Vermittlung eines verzerrten Bildes von Schizophreniekranken und beschreiben einen übertriebenen Fokus auf die Darstellung von Gewalttaten durch psychisch Kranke. Dadurch werde der Zusammenhang zwischen Aggression und Krankheit medial überhöht und das Stereotyp der Gewalttätigkeit bei schizophren Erkrankten bekräftigt (Aydin & Fritsch, 2015, S.252).

Auch aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht haben Medien das Potenzial, die Wahrnehmung der öffentlichen Meinung auf verschiedene Weise zu beeinflussen und das Stigma der Schizophrenie zu fördern (Scherr, 2019, S. 581f.). Eine stigmatisierende mediale Darstellung Schizophreniekranker hat letztlich die Wirkungen, dass Ängste gegenüber den Erkrankten geschürt werden, die soziale Distanz in der Öffentlichkeit gegenüber Schizophreniekranken zunimmt und auch das gesundheitsrelevante Verhalten der Erkrankten beeinflusst werden kann (ebd., S. 582). Insbesondere im Vergleich zu anderen psychischen Krankheiten ist bei Schizophrenien eine negative Darstellung in den Medien vorzufinden, sodass überdurchschnittlich oft die Stereotype gefährlich, unberechenbar oder gewalttätig bedient werden. Solche Darstellungen können sich auf drei Ebenen auswirken: Zum einen auf die öffentliche Stigmatisierung, die die öffentliche Wahrnehmung Schizophreniekranker

betrifft und den Wunsch nach sozialer Distanz vergrößern kann. Außerdem können die medialen Darstellungen sich auf die Betroffenen selbst als Selbststigmatisierung auswirken. Zuletzt kann sich eine stigmatisierende Mediendarstellung Schizophreniekranker auch negativ auf den gesellschaftlichen und politischen Umgang mit den Betroffenen auswirken. Hierbei wird die strukturelle Stigmatisierung verstärkt, die Folgen der Diskriminierung nach sich ziehen kann (ebd., S. 583f.).

2.3 Aggression und Gewalt

2.3.1 Begriffsdefinition

Nach sozialpsychologischer Definition für Aggression wird diese als ein nicht versehentliches Handeln mit dem Ziel, eine andere Person, sich selbst, oder einen Gegenstand zu schädigen beschrieben. Unter „nicht versehentliches Handeln“ fällt dabei auch eine spontane, im Affekt entstandene Absicht (Werth, Seibt & Mayer, 2020, S. 325). Zur weiterführenden Beschreibung von Aggression ist es hilfreich zwischen instrumenteller und impulsiver Aggression zu unterscheiden. Die impulsive Aggression ist eine von negativen Gefühlen, wie Ärger, Wut oder Empörung, getriebenes Verhalten, das spontan stattfindet. Die instrumentelle Aggression hingegen geschieht geplant und vorsätzlich um ein übergeordnetes Ziel zu erreichen. In vielen Fällen von Aggression handelt es sich um Mischformen aus beiden (ebd., S. 327). Aggression schließt neben körperlichen und indirekten Verletzungen (z. B. Zerstörung von Gegenständen) auch direkte psychische Verletzungen (z. B. verbale Beleidigungen) ein (Endres & Breuer, 2014, S. 87). Bei dieser Definition von Aggression besteht eine Überschneidung mit Gewalt, während Aggressivität im weiteren Sinne auch als ein latentes Potenzial bzw. eine Disposition für solche Handlungen beschrieben werden kann. Hierbei ist eine Vorstufe zu Gewalthandlungen erkennbar (Imbusch, 2002, S. 33). Aggressivität ist also die Bereitschaft zu gewalttätigem Verhalten bzw. der Aggression. Diese ist die konkrete (feindselige) Verhaltensweise. In der psychologischen Literatur wird Aggression häufig gleichbedeutend mit Gewalt verwendet, wobei unter Gewalt meist eine schwere Form von Aggression verstanden wird (Endres & Breuer, 2014, S. 87). Da Gewalt ein vielschichtiges gesellschaftliches Phänomen ist und Definitionen je nach fachlicher Disziplin unterschiedlich ausfallen und diese Arbeit sich auf Gewalt im psychiatrischen Kontext bezieht, wird hier die forensisch-psychiatrische Verwendung des Begriffs Gewalt übernommen. Demnach werden Gewalt sowie Aggression als Verhaltensweise definiert, die bedrohlich oder schädlich für die eigene Person, andere oder Gegenstände sind (Flutters & Thormann, 2012, S. 31). Eine weitere Differenzierung kann hinsichtlich der Aggression gegen die eigene Person vorgenommen werden. Gegenüber der Fremdaggression umfasst der Begriff Selbstaggression alle Formen des

selbstschädigenden Verhaltens. Dabei beinhalten offene bzw. direkte Formen der Selbstaggression Selbstverletzungen und suizidales Verhalten und schließen Suizide sowie Suizidversuche mit ein (Holzer, 2018, S. 67).

2.3.2 Forensische Aspekte

Kommt es bei Menschen infolge ihrer psychischen Erkrankung zu erheblichen rechtswidrigen (Gewalt-)Taten und erscheinen diese Menschen aufgrund ihrer Erkrankung weiterhin gefährlich, dann erfolgt i. d. R. eine Unterbringung innerhalb des Maßregelvollzugs (MRV) gemäß § 63 StGB (Schalast, 2014, S. 180). Die Einweisung in den MRV bzw. in forensische Kliniken geschieht anhand einer Anordnung vom Gericht. Von Bedeutung ist dabei, dass eine Unterbringung gemäß § 63 StGB eine juristische Wertung der Erheblichkeit des begangenen (Gewalt-)Delikts voraussetzt (Traub & Weithmann, 2013, S. 210). Der Gesetzgeber forciert mit der Maßregel also den Schutz der Allgemeinheit vor besonders gefährlichen Straftaten, womit insbesondere schwere Gewalttaten die Voraussetzung einer Einweisung erfüllen (Saimeh, 2013, S. 20). Außerdem beinhaltet die Zuweisung gemäß § 63 StGB, dass die Tat im Zustand einer Schuldunfähigkeit (gemäß § 20 StGB) oder einer verminderten Schuldfähigkeit (gemäß § 21 StGB) begangen wurde, wobei insbesondere die Diagnose der Schizophrenie zur Anerkennung der Schuldunfähigkeit führt (Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 92). Darüber hinaus ist neben der Suizidprophylaxe auch die Verhinderung gefährlichen und gewalttätigen bzw. fremdaggressiven Verhaltens psychisch Kranker eine Aufgabe der Allgemeinpsychiatrie. Diese trägt die Verantwortung dafür, eine Gefährlichkeit von psychisch kranken Menschen zu erkennen, bevor sich diese in einem Gewaltdelikt oder in suizidalen Handlungen manifestiert. Dabei sollte die forensische Psychiatrie erst zum Einsatz kommen, wenn die Maßnahmen im Vorfeld einer Gewalttat von Seiten der Allgemeinpsychiatrie unwirksam waren (Schalast, 2014, S. 180). Der Schutz der Öffentlichkeit vor gewalttätigen Handlungen psychisch Kranker ist somit eine wichtige Aufgabe der Allgemeinpsychiatrie. Konkretisiert wird dieser Auftrag zur Verhinderung von Fremdgefährdung auf der rechtlichen Grundlage von Landesgesetzen bzw. in den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG), die eine stationäre Unterbringung bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung infolge aggressiven Verhaltens psychisch Erkrankter ermöglichen (Schalast, 2012, S. 182).

3. Schizophrenie und Gewalt

Im Folgenden soll vor dem Hintergrund des Stereotyps der Gewalttätigkeit bei schizophren erkrankten Menschen auf die Häufigkeit von Selbst- und Fremdaggression bei Schizophreniekranken eingegangen werden. Hierzu werden einzelne Formen von Gewalthandlungen Schizophreniekranker

und deren Prävalenz in den Blick genommen, um infolgedessen das Gewaltrisiko schizophren erkrankter Menschen im Vergleich zur nicht erkrankten Allgemeinbevölkerung bestimmen zu können. Somit kann schließlich anhand des aktuellen Forschungsstands geprüft werden, ob die in der Öffentlichkeit propagierte Auffassung, einer hohen Gewalttätigkeit von Schizophreniekranken überschätzt wird.

3.1 Prävalenz von Selbstaggressionen

Da Finzen (2020) betont, dass Suizidgefährdung ein häufiges Begleitphänomen von behandelten sowie von nicht behandelten schizophrenen Psychosen ist und mehr als die Hälfte der Erkrankten mindestens einmal versucht haben, sich zu suizidieren (S. 211), scheint Suizidalität somit eine relevante Form der Aggression bzw. Selbstaggression zu sein. In der Literatur werden in Bezug auf Selbstaggression bei Schizophreniekranken insbesondere Suizide genannt, weshalb diese im Hinblick auf die Frage nach der Häufigkeit von Selbstaggression näher beleuchtet werden.

Die Suizidrate schizophren erkrankter Menschen wird insgesamt auf 5-15 % geschätzt (ebd.) und liegt nach Böker (2010) bei 5-10 %, wobei die Häufigkeit für Suizidversuche zwei bis fünfmal so hoch geschätzt wird (S. 122). Bei einer Lebenszeitprävalenz der Selbsttötungen von 5 % bedeutet dies, dass etwa jede zwanzigste Schizophreniekranken Person durch einen Suizid verstirbt (Holzer, 2018, S. 69). Dass diese Suizidrate im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung deutlich überwiegt, bestätigt das Robert Koch-Institut, indem es angibt, dass die Suizidrate Schizophreniekranker von 5-10 % dem 6 bis 12-fachen der Suizidrate in der altersgleichen Allgemeinbevölkerung entspreche (R.K.-I., 2010, S. 16). Auch im internationalen Kontext zeigt eine schwedische Kohortenstudie, die N = 24.297 Schizophreniekranken im Zeitraum von 1972 bis 2009 untersuchte, eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöhte Suizidrate (Fazel et. al., 2014, S. 47). Hier werden pro 10.000 Einwohner im Jahr 889 bzw. 34,5 % Suizide von Schizophreniekranken verzeichnet. In der Allgemeinbevölkerung (N = 485.940) hingegen gab es 866 bzw. 1,8 % jährliche Suizide pro 10.000 Einwohner. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ergibt sich daraus ein 20,7-fach erhöhtes Suizidrisiko bei schizophren erkrankten Menschen. Dazu lag das Suizidrisiko im Vergleich zum Gewaltrisiko deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (ebd.). Schwere Selbstaggression bzw. Suizide sind bei Schizophreniekranken demnach viel häufiger als Gewalt gegen andere. Im Vergleich zu schwerwiegenden Gewalthandlungen bzw. Fremdaggression liegt das Suizidrisiko etwa drei mal höher (Elbogen & Johnson, 2014, zitiert nach Maier et al., 2016, S. 56).

3.2 Hintergründe und Risikofaktoren für suizidale Handlungen

Suizide treten insbesondere zu Krankheitsbeginn und im Rahmen einer psychotischen Erstepisode auf (Manych, 2016, S. 67). Suizide können auch während des gesamten Krankheitsverlaufs beobachtet werden, doch gerade zu Krankheitsbeginn treten Suizidgedanken besonders häufig auf (Böker, 2010, S. 122). Hingegen kann in der Studie von Fazel et al. (2014) belegt werden, dass sich die Suizidraten Schizophreniekranker in Relation mit der Krankheitsdauer vergrößern. Nach einem Jahr der diagnostizierten Schizophrenie begingen von N = 14.621 schizophrener Männer 0,7 % einen Suizid. Nach fünf-jährigem Bestehen der schizophrenen Erkrankung suizidierten sich hingegen 2,3 % der Männer. Bei den Frauen, die sich im Vergleich zu den Männern seltener suizidieren, werden ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die Krankheitsdauer und das Suizidrisiko ersichtlich. Ein Jahr nach der Erstdiagnose haben sich 0,5 % (von N = 9.676) der schizophrenen Frauen suizidiert. Nach fünf Jahren der Diagnose erhöhte sich die Zahl der Suizidhäufigkeit auf 1,5 % (Fazel et al., 2014, S. 46).

Zu den wichtigen Risikofaktoren für Selbsttötungen Schizophreniekranker zählen Substanzmissbrauch, fortgeschrittenes Alter bei Ersterkrankung, Suizidversuche, Depressivität und erlebte Hoffnungslosigkeit verknüpft mit Krankheitseinsicht sowie auch eine gegenwärtige stationäre Behandlung (Holzer, 2018, S. 77), da sich die Patienten im Rahmen der Behandlung wahrscheinlich über das Ausmaß ihrer Erkrankung bewusst werden. Suizide sind eng mit dem Leidensdruck, der aus der Krankheitseinsicht und dem Wissen um den möglichen Krankheitsverlauf assoziiert (Neuner et al., 2010, S. 124f.). In der Studie von Fazel et al., (2014) wurden noch weitere Risikofaktoren für suizidale Handlungen bei Schizophreniekranken identifiziert. Dazu konnte bei schizophrenen Männern und Frauen neben Substanzkonsum und selbstschädigendem Verhalten beobachtet werden, dass die Suizidenten signifikant oft kein Single waren, bzw. in einer Partnerschaft lebten (S. 49).

Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass bei schizophrenen Suizidenten im Vergleich zu Patienten ohne suizidale Absichten signifikant häufiger das soziale Netz reduziert ist (Neuner et al., 2010, S. 120ff.). Auch Ablehnungs- bzw. Stigmatisierungserfahrungen aufgrund der Erkrankung sind insbesondere bei Suizidenten zu verzeichnen (ebd., S. 123f.). Im Hinblick auf die Symptomatik der Schizophrenie, die mit einem Suizid assoziiert wird, werden neben der Depressivität, die infolge der Erkrankung eintreten kann, auch akustische Halluzinationen bzw. imperative Stimmen genannt (Wolfersdorf et al., 2014, S. 333f.). Nach Fazel et al. (2014) werden Suizide bei Männern u. a. mit vorherigen Gewaltvergehen und bei beiden Geschlechtern mit selbstschädigendem, aggressivem Verhalten assoziiert (S. 49). Demnach können Aggressionen bzw. Gewalthandlungen als Prädiktor für spätere Suizide angesehen werden, was für die Prävention und Risikoeinschätzung von Suiziden innerhalb der Behandlung Schizophreniekranker von großer Bedeutung sein kann. Zudem zeigt eine weitere Studie, die sich mit dem Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und Gewalt

beschäftigt, dass Suizidversuche und -drohungen eine signifikante Verbindung zu Fremdaggression aufweisen und ein erhöhtes Gewaltisiko darstellen (Witt, Hawton & Fazel 2014, S. 64). Zwischen selbst- und fremdaggressivem Verhalten bestehen demnach Gemeinsamkeiten und Wechselbeziehungen, sodass für eine Abschätzung des Gewalttrisikos auch suizidale Verhaltensweisen mitberücksichtigt werden sollten. Insbesondere bei Männern zeigt die Untersuchung von Fazel et al. (2014), dass in Bezug auf Suizidalität ein ähnliches Risikoprofil besteht wie für Gewalthandlungen gegen andere, wodurch ein gemeinsames Auftreten von Fremd- und Selbstaggression erklärbar wird (S. 49f.). Insgesamt werden Suizide aufgrund vielfältiger psychosozialer Folgen der Erkrankung, depressiver Verstimmung und quälender Symptomatik unternommen (Finzen, 2020, S. 212). Dabei kann das Suizidrisiko auch durch eine verspätete Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen erhöht werden, wenn erste Symptome, die Monate bis zu einem Jahr andauern können nicht behandelt werden (Häfner, 2017, S. 97).

3.3 Prävalenz schizophrener Erkrankter Menschen im forensisch-psychiatrischen Setting

Um die Häufigkeit von (strafrechtlich verfolgter) Gewalt bei schizophrenen erkrankten Menschen zu erörtern, ist eine Einsicht in die Situation des Maßregelvollzugs, in dem psychisch kranke Straftäter untergebracht sind, hilfreich. Denn hieraus können Erkenntnisse zu den Belegzahlen Schizophreniekranker in den letzten Jahren sowie zu deren Gewaltprävalenz gewonnen werden.

In der Literatur wird einstimmig eine Zunahme forensischer Patienten innerhalb der letzten Jahrzehnte für Deutschland und den europäischen Raum angegeben (vgl. Saimieh 2012; Schalast, 2012; Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009; Traub & Weithmann, 2013). Für Deutschland wird zwischen 1980 und 2009 eine jährliche Zuwachsrate von 8,9 % angegeben, womit die Belegungszahl forensischer Patienten von 2.473 auf 5.118 gestiegen ist (Schanda, 2011, S. 70). Diese Entwicklung zeigt einen signifikanten Anstieg um mehr als das Doppelte. Doch auch in der strafmündigen deutschen Allgemeinbevölkerung ist die Zahl der Gefangenen zwischen 1995 und 2007 kontinuierlich angestiegen, jedoch sind diese im Vergleich zu forensischen Straftätern ab diesem Zeitpunkt stetig zurückgegangen (Schalast, 2012, S. 179), was auf eine unterschiedliche Entwicklung des Gewaltverhaltens oder auf eine unterschiedliche Strafverfolgung psychisch Kranker und nicht psychisch Erkrankter hindeuten kann.

Insbesondere in Bezug auf Schizophreniekranker ist eine überproportionale Zunahme der Prävalenz im forensischen Setting angegeben. In NRW belief sich der Anteil schizophrener Patienten in untersuchten forensischen Kliniken im Jahr 1984 auf 32 % bzw. 177 Personen und im Jahr 2006 auf 531 Personen bzw. 43,1 % (Schanda, 2011, S. 71). Kutscher, Schiffer & Seifert (2009) berichten von einer jährlich durchgeführten bundesweiten Erhebung für forensische Patienten, in der 30 % der

forensischen Kliniken erfasst wurden. Dabei konnte ein zunehmender Anteil schizophrener Erkrankter verzeichnet werden. Im Jahr 2002 lag der Anteil Schizophreniekranker bei 23 %, im Jahr 2005 hingegen erhöhte sich der Anteil Schizophreniekranker in der Forensik auf 41 % (ebd., S. 92). Zudem konnte auch in der eigenen Untersuchung der Autoren eine hohe Anzahl von Schizophreniekranken in der Forensik beobachtet werden. Im Jahr 2006 wurden in NRW 1.565 Patienten im MRV behandelt, davon lag bei 758 Patienten (48,4 %) eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor (ebd., S. 92f.). Zudem konnte festgestellt werden, dass sich die Anzahl schizophrener forensischer Patienten innerhalb von zwölf Jahren (von 1994 bis 2006) nahezu verdreifacht hat, während sich die Zahl nicht schizophrener Erkrankter bzw. Patienten mit einer anderen psychischen Erkrankung in diesem Zeitraum verdoppelt hat (ebd., S. 93). Dem entsprechen die Befunde von Nedopil, Löprich-Zerbes & Stübner, (2018). Während es lange Zeit einen konstanten Anteil forensischer Schizophreniekranker gab, hat sich die Zahl zwischen 1994 und 2006 verdoppelt bis verdreifacht (S. 83f.).

Gleichwertige Ergebnisse können auch von Schanda (2018a) für den österreichischen Raum verzeichnet werden. Während der Anteil schizophrener Täter in österreichischen forensischen Kliniken im Jahr 1992 noch 54 %, betrug, stieg dieser Anteil im Jahr 2009 auf 75 % an (S. 27f.). Darüber hinaus konnte in einer Untersuchung von Traub & Weithmann (2013), zur Unterbringung in die Forensik in Baden-Württemberg gezeigt werden, dass von N = 680 forensischen Patienten in den Jahren 2009 bis 2011 79,6 % schizophren erkrankt waren. Davon (N = 606) waren 84,7 % aufgrund einer Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB untergebracht und bei 15,3 % lag eine verminderte Schuldfähigkeit gemäß § 21 StGB vor (S. 212).

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Anteil der in der Forensik untergebrachten schizophrenen Patienten innerhalb der letzten 20 Jahre im deutschsprachigen Raum erheblich zugenommen hat. Schizophren erkrankte Patienten stellen insgesamt 48 % bis 50 % des forensischen Klientel dar, während sie früher nur etwa ein Drittel des Anteils ausmachten (Saimeh, 2013, S. 19). Unklar ist, warum sich zunehmend mehr Schizophreniekranker in forensischen Kliniken wiederfinden. Aus statistischer Sicht kann anhand der Ergebnisse angenommen werden, dass Schizophreniekranker gewalttätiger werden bzw. im Verlauf häufiger Gewaltdelikte begehen. Für den Anstieg der Unterbringung in forensischen Einrichtungen können jedoch auch andere Faktoren mitverantwortlich sein, sodass eine Zunahme der Anzahl Schizophreniekranker in der Forensik wahrscheinlich nicht allein durch eine Zunahme von Gewaltdelikten bei den Betroffenen zu erklären ist. Wichtige Faktoren, die die Zunahme Schizophreniekranker in forensischen Einrichtungen begünstigen, können voraussichtlich auch auf strukturelle Gegebenheiten der Allgemeinpsychiatrie zurückgeführt werden, da sich die Mehrheit der schizophren erkrankten Patienten in der Forensik aus den („Problem-“)Patienten der Allgemeinpsychiatrie zusammensetzt (Kröber, 2017, S. 69). Auf die genauen Umstände dieser Entwicklungen soll in Kapitel 4.1 Bezug genommen werden.

3.3.1 Prävalenz von Gewaltdelikten

Innerhalb einer Untersuchung schizophrener Patienten in forensischen Kliniken NRW in den Jahren 1994 bis 2006 nahm vor allem der Anteil an Körperverletzungsdelikten (von 21,4 % auf 29,6 %) zu und hat sich mit 40 auf 139 Delikte mehr als verdreifacht (Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 93). Eigentumsdelikte hingegen zeigen in dem angegebenen Zeitraum keinen Anstieg und sind im Rahmen der Untersuchung im Vergleich zu den Gewaltdelikten mit 14,9 % im Jahr 2006 eher niedrig. Die Delikte von Schizophreniekranken, die hier zu einer Unterbringung in die Forensik geführt haben sind geordnet nach ihrer Häufigkeit im Jahr 2006 mit N = 470 Patienten wie folgt: Die häufigsten Unterbringungsdelikte stellen mit 29,6 % (139 Fälle) Körperverletzungen dar, gefolgt von 29,4 % (138 Fälle) Tötungsdelikten. Danach wurden am dritthäufigsten mit 14,9 % (in 70 Fällen) Eigentumsdelikte begangen. Darauf folgen Sexualdelikte mit 12,8 % (bzw. 60 Fälle) sowie 8,9 % (42 Fälle) Brandstiftungen und zuletzt führten „sonstige Delikte“ bei 4,5 % (in 21 Fällen) zur forensischen Unterbringung (ebd.). Demnach stellen die Delikte von schizophren erkrankten Patienten überwiegend schwere Gewalthandlungen dar. Allerdings fällt auf, dass drei Deliktkategorien (Eigentumsdelikte, sonstige Delikte, Brandstiftung) auch ohne fremdaggressive bzw. personenschädigende Verhaltensweisen einhergehen können. Hier fehlt es an einer Konkretisierung anhand einer Definition dieser Unterbringungsdelikte.

Eine weitere Studie zur forensischen Unterbringung Schizophreniekranker in Baden-Württemberg kommt zu dem Ergebnis, dass sich von 1995 bis 2009 ein Zuwachs an Körperverletzungsdelikten Schizophreniekranker um 68 % entwickelte, gefolgt von sonstigen Gewaltdelikten und Brandstiftungen (Traub & Weithmann, 2013, S. 211). In Zahlen ausgedrückt wurden somit im Jahr 2009 (von N = 132 forensischen Patienten) mit 40 % am häufigsten Körperverletzungsdelikte begangen, gefolgt von 15% Tötungsdelikten, danach 14 % Brandstiftungen und 13 % „sonstige Gewaltdelikte“ (ebd.). Zudem entstanden weitere Unterbringungsgründe aus Vergehen wie Sexualdelikten (10 %), Eigentumsdelikten (6%), „sonstigen Delikten“ (3 %) und zuletzt Verstößen gegen das BtMG (1 %). Insgesamt handelt es sich bei den Unterbringungsdelikten von Schizophreniekranken in forensischen Kliniken um Gewaltdelikte, während andere Delikte, wie Brandstiftungen im Vergleich weniger begangen werden. Demgegenüber lässt sich auch hier beobachten, dass nicht ausschließlich schwere Gewalttaten und Formen fremdaggressiven Verhaltens mit Personenschäden zu einer Unterbringung in die Forensik führen. Dies ist auffällig, da der Gesetzgeber mit der Unterbringung in die Forensik den Schutz der Allgemeinbevölkerung vor besonders gefährlichen Straftaten forciert hat und „leichtere“ Delikte demnach keine Indikation für eine Zuweisung in die forensische Psychiatrie darstellen (Saimeh, 2013, S. 20). Verdeutlicht werden solche Entwicklungen in einer weiteren Untersuchung zu forensischen schizophrenen Patienten.

Bezugsrahmen dieser Untersuchung war eine österreichische Maßnahmenvollzugsanstalt, die vergleichbar mit einer forensischen Klinik in Deutschland ist. Dabei waren in der untersuchten Gruppe 42 Schizophreniekranken wegen leichter Delikte untergebracht und 75 wegen schwerer Gewaltdelikte. Die leichten Unterbringungsdelikte entsprachen dabei gefährlicher Drohung, Nötigung, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Brandstiftung ohne Personenschaden, Raub sowie Körperverletzung (Stompe, 2018, S. 105). Dennoch beinhalten diese Delikte aggressives Potenzial, weshalb sie für die Einschätzung zum Gewaltvorkommen bei Schizophreniekranken von Bedeutung sind.

3.3.2 Gewalttaten ohne strafrechtliche Verfolgung

Angaben zu den strafrechtlich verfolgten Gewaltdelikten spiegeln nicht das gesamte Ausmaß von Fremdaggression bei schizophren Erkrankten wider, denn nicht alle Gewalthandlungen führen zur strafrechtlichen Ahndung. So werden Gewalthandlungen gegenüber Angehörigen meist nicht zur Anzeige gebracht (Hodgins & Müller-Isberner, 2014, S. 274).

Von Bedeutung sind an dieser Stelle auch Untersuchungen zu Patientenübergriffen auf Mitarbeiter im psychiatrischen Setting. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass diese ebenfalls überwiegend nicht zur Anzeige gebracht werden und somit im beruflichen Alltag eher toleriert werden. Eine Untersuchung von Müller et al. (2017) erfasste Patientenübergriffe gegen Mitarbeiter in zwei psychiatrischen Kliniken - darunter ein Anteil von schizophren erkrankten Patienten. Dabei wurden insbesondere Übergriffe gegen das Pflegepersonal verzeichnet (S. 263). Die fremdaggressiven Handlungen der Patienten äußerten sich hier in verbalen Aggressionen und Gewalt gegen Sachen oder Personen (ebd., S. 259). Eine vergleichbare Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken kam zu dem Ergebnis, dass schizophrene erkrankte Patienten 60 % der Fälle aggressiver Übergriffe gegen Mitarbeiter ausmachten (Richter & Berger, 2001, S. 698). Die Übergriffe der Patienten auf die Mitarbeiter fanden hier in Form von Schlägen, kratzen, treten, würgen oder dem Werfen von Gegenständen statt (ebd., S. 697). Um die Hintergründe dieser Gewalthandlungen besser verstehen und interpretieren zu können, ist es sicherlich von Bedeutung, die besonderen Umstände des institutionellen Kontextes, der bei diesen fremdaggressiven Verhaltensweisen gegeben ist zu berücksichtigen. Auffällig ist unter diesem Gesichtspunkt, dass in den Untersuchungen, bei denen es zu den Patientenübergriffen kam überwiegend von voll belegten geschlossenen Stationen berichtet wird (ebd., S. 696). Zudem waren überproportional Pflegemitarbeiter mit geringerer Berufserfahrung betroffen und die fremdaggressiven Handlungen entstanden insbesondere infolge von Pflegeaktivitäten (wie Medikamentenvergabe oder Körperhygiene), bei denen der „Schutzraum“ der Patienten bzw. die nötige Distanz nicht eingehalten werden kann. Zudem handelte es sich bei den

fremdaggressiven Patienten um länger erkrankte mit chronischem Krankheitsverlauf (Richter & Berger, 2001, S. 697).

3.3.3 Das Gewaltrisiko von schizophren erkrankten Menschen

Schwere Gewaltverbrechen bzw. Tötungsdelikte werden in Deutschland medial überrepräsentiert, in Berichten werden diese zudem überproportional oft in Verbindung mit Schizophrenie gebracht werden (Lincoln & Schlier, 2014, S. 293). In Anbetracht dieser Tatsache bedarf es einer genauen Überprüfung des Zusammenhangs von Tötungsdelikten und einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, um eine differenzierte und fundierte Einschätzung zu dieser vermeintlichen Kausalität gewinnen zu können.

Innerhalb einer Übersichtsarbeit zum internationalen Forschungsstand über den Zusammenhang von schizophrenen Psychosen und Gewalttätigkeit konnte Schanda (2006) eine signifikante Erhöhung des Risikos für strafbare Handlungen bei schizophrenen Erkrankungen ermitteln. Für schwere Gewalthandlungen bzw. Tötungsdelikte ist dieses Risiko deutlich, etwa um den Faktor 10, erhöht (S. 89). Trotz des stark erhöhten Risikos für schwere Gewaltdelikte im Vergleich zur nicht erkrankten Allgemeinbevölkerung konnte wiederum festgestellt werden, dass nur eine kleine Minderheit Schizophreniekranker Tötungsdelikte begeht (Kröber, 2008, S. 129f.). Mit diesem Ergebnis übereinstimmend konnte gezeigt werden, dass 99,8 % aller schizophren erkrankten im Laufe ihres Lebens nie ein schweres Gewaltdelikt begeht (Wallace et al., 1998, zitiert nach Schallast, 2014, S. 180). Hingegen fanden Schanda et al. (2004) heraus, dass etwa 4 % aller Tötungsdelikte im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen stehen (S. 104). Haller et al. (2001) bestimmen innerhalb ihrer Untersuchung zu Schizophrenie und Gewalttätigkeit das Risiko für Gewalthandlungen und geben absolute Zahlen zu Tötungsdelikten anhand der in Österreich durchgeführten Forschung wieder. Daraus ergibt sich, dass von 1.325 in der österreichischen Bevölkerung lebenden Schizophreniekranken in 8 Fällen (0,604 %) Tötungsdelikte begangen wurden (S. 180). Darüber hinaus gab es in der Stichprobe (N = 1.325) 51 Fälle von anderen Gewaltdelikten (3,85 %). Demgegenüber stehen in der Allgemeinbevölkerung (N = 265.000) 3.218 Fälle von Gewaltdelikten (1,21 %) und 42 Fälle, also 0,016 %, von Tötungsdelikten. Im Vergleich zur Stichprobe der (österreichischen) Allgemeinbevölkerung ist das Risiko für einen Gewaltdelikt bei Schizophreniekranken hier um das 3,7-fache erhöht. Bei Tötungsdelikten erhöhte sich das Risiko bei den Schizophreniekranken um den Faktor 38 (ebd.). Anhand einer Metaanalyse von Curtz (2016) kann das Tötungsrisiko Schizophreniekranker weiter konkretisiert werden: Bei einer weltweiten Schizophrenieprävalenz von 1 % liegt das geschätzte Risiko für Tötungsdelikte an fremden Personen bei etwa eins zu 140.000 Patienten pro Jahr (S. 99).

Darüber hinaus haben Fazel et al. (2014) innerhalb einer großen schwedischen Studie Zahlen zu den Gewalttaten Schizophreniekranker und der Allgemeinbevölkerung untersucht. Hierbei wurde festgestellt, dass Schizophreniekranker häufiger Gewalttaten begehen als die Allgemeinbevölkerung. Von N = 24.297 Schizophreniekranken begingen 2.958 Erkrankte Gewalttaten. Pro 10.000 Einwohner im Jahr entspricht dies 129,1 Gewalttaten. Von der Allgemeinbevölkerung (N = 485.940) wurden hingegen 9.284 Gewalttaten bzw. 19,5 Gewaltdelikte pro 10.000 Einwohner im Jahr begangen. Demnach begingen Schizophreniekranker im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Durchschnitt etwa 6,5 mal mehr Gewalttaten. Beim Blick auf die Gruppe der Schizophreniekranken fällt jedoch auf, dass der überwiegende Teil (87,9 %) keine Gewalttaten begeht. Von N = 24.297 Schizophreniekranken werden 2.958 Gewalttaten pro Jahr angegeben, sodass bloß 12,1 % der Betroffenen gewalttätig sind (S. 47). Dieser Befund kann also bestärken, dass die Mehrheit der schizophren Erkrankten nicht gewalttätig ist. Es wird jedoch auch deutlich, dass Schizophreniekranker im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Gewalttaten begehen (Heilmann & Schanda, 2007, S. 123). Auch, wenn nur ein geringer Teil der Bevölkerung (etwa 1 %) unter einer schizophrenen Erkrankung leidet, und davon nur etwa 10 % der Betroffenen jemals Gewalthandlungen begehen, ist die Wahrscheinlichkeit bzw. das Risiko für Gewalttaten drei- bis vier-mal höher als bei Personen der nicht erkrankten Bevölkerung (Curic, 2019, S. 395). Ferner wird bei der Betrachtung des Gewaltrisikos deutlich, dass es diesbezüglich eine unterschiedliche Ausprägung zwischen schizophren erkrankten Männern und Frauen gibt. Während das Gewaltrisiko bei Schizophreniekranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung je nach Studie insgesamt um den Faktor drei bis zehn erhöht ist (Nedopil, 2011, S. 92), wird bei Männern ein um das Vierfache erhöhtes Risiko, bei Frauen hingegen eine Risikoerhöhung um das zehnfache ermittelt (Habermeyer & Lau, 2012, S. 754). Bei Frauen, deren Anteil an der allgemeinen Gewaltkriminalität unter 10 % liegt, ist die Risikosteigerung durch die schizophrene Erkrankung also noch ausgeprägter. Kröber (2008) stellt bei schizophreniekranken Frauen sogar eine Risikosteigerung für Gewalt um den Faktor 23,3 fest (S. 129). Tatsächlich – das konnte bereits anhand verschiedener Studien insbesondere zur Prävalenz der Belegzahlen in forensischen Kliniken gezeigt werden (Traub & Weithmann, 2013, S. 211; Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 93; Haller et al., 2001, S. 861) – sind schizophrene Frauen im Vergleich zu Männern jedoch deutlich unterrepräsentiert und begehen signifikant weniger Gewaltstraftaten. Innerhalb der bereits aufgeführten Untersuchung von Fazel et al. (2014) lag bspw. der Anteil von Gewaltstraftaten schizophrener Männer bei 10,7 % und Frauen bei 2,7 % (S. 44). Diese Ausführung soll, hinsichtlich einer besseren Interpretation der Zahlen, aufzeigen, dass es sich zwar um ein statistisch stark erhöhtes Risiko handelt, dieses jedoch nicht die in Wirklichkeit bestehende Gewalttätigkeit abbildet. Die markante Risikoerhöhung für Gewalt bei schizophren erkrankten Frauen ergibt sich aus den sehr niedrigen Zahlen von Frauen, die Gewalttaten bzw. Tötungsdelikte begehen, sodass die Gewalttaten

im Zusammenhang mit der schizophrenen Erkrankung stärker ins Gewicht fallen (Kröber, 2008, S. 130; Schomerus & Finzen, 2016, S. 356).

Zur Einschätzung der Gefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Schizophreniekranke ist es zudem von Bedeutung, dass insbesondere bei schweren Formen der Gewalt wie Tötungsdelikten ein großer Teil der Opfer aus dem unmittelbaren Umfeld der Erkrankten stammt (Prunnlechner, 2012, S. 430). Dies kann auch durch eine Untersuchung von Stompe, Ritter & Schanda (2018) bestätigt werden. Von insgesamt 119 straffälligen Schizophreniekranken wurden fremde Personen überwiegend durch leichte (Gewalt-) Delikte zum Opfer und Personen aus dem nächsten Umfeld der Erkrankten sind überwiegend von schweren Gewaltdelikten betroffen (ebd., S. 123). Anhand dieser Tatsache kann das für die, in keinem Kontakt zu schizophran Erkrankten stehende, Öffentlichkeit, bestehende Risiko, von Gewalttaten Schizophreniekranker betroffen zu sein, als reduziert betrachtet werden (Prunnlechner, 2012, S. 430). Kröber (2008) kann in diesem Zusammenhang ermitteln, dass enge Bezugspersonen zu 72 % von Gewalttaten schizophran Erkrankter betroffen sind. Bei 16 % handelt es sich um rollenspezifische Bezugspersonen wie bspw. Ärzte oder Betreuer und bei 12 % standen die Opfer in keiner Beziehung zu den Erkrankten (S. 131f.). Bei den rollenspezifischen Bezugspersonen kann es passieren, dass diese in den Wahn miteinbezogen werden. Dazu kommt es meist zu den Gewalthandlungen, wenn Pfleger oder Ärzte die Freiheit der Erkrankten beschneiden bzw. Behandlungsmaßnahmen durchführen wollen (ebd., S. 132). Nur ein kleiner Anteil der Gewaltopfer steht also in keiner Beziehung zu den Erkrankten. Hier kann es infolge eines chronischen Wahns dazu kommen, dass z. B. prominente Personen paranoid besetzt und zum zentralen Bezugspunkt des eigenen wahnhaften Denkens und Erlebens gemacht werden (Kröber, 2008, S. 132). Stompe & Schanda (2018) bringen hinsichtlich dieses Aspekts ähnliche Ergebnisse hervor. In einer Untersuchung im deutschsprachigen Raum von (N = 98) Schizophreniekranken, die einen Tötungsdelikt begingen, stammten die Opfer in 75,5 % der Fälle aus dem nächsten Umfeld der Täter. In 14,3 % der Fälle handelte es sich dabei um die Ehefrau, Partnerin bzw. Expartnerin. Bei den Verwandten (36,7 %) waren die Eltern der Erkrankten am häufigsten Opfer des Tötungsdelikts und 24,5 % der Opfer waren den Tätern unbekannt (Stompe & Schanda, 2018, S. 159). Darüber hinaus kann im Hinblick auf den Aspekt der Gefährdung der Allgemeinheit durch Schizophreniekranke eine Untersuchung herangezogen werden, die zur Einschätzung des tatsächlichen Gefährdungspotenzials von großem Nutzen ist. Dazu wurden in Schweden N = 98.082 Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung untersucht. Innerhalb von 13 Jahren wurden nur 5,2 % aller Fälle von Gewaltkriminalität (hier definiert als Mord, Mordversuch, Körperverletzung, Raub, gefährliche Drohung, Nötigung, Brandstiftung, sowie jede Form von Sexualstraftaten) von Menschen mit einer Schizophrenie bzw. psychotischen Störung begangen (Fazel & Grann 2006, zitiert nach Schanda, 2018a, S. 15). Würden die schizophran-psychotischen Erkrankungen nicht existieren, würde sich demnach hinsichtlich der

öffentlichen Sicherheit ein „Gewinn“ von lediglich 5,2 % ergeben.

Anhand dieser Erkenntnisse kann geschlussfolgert werden, dass das Gewaltrisiko Schizophreniekranker insbesondere in Bezug auf schwere Gewalttaten erhöht ist. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit, von Gewalttaten Schizophreniekranker betroffen zu sein, für Personen aus dem engen Umfeld der Erkrankten deutlich höher als für Personen der Allgemeinbevölkerung. Dazu sind Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die in keiner Beziehung zu den Erkrankten stehen vorwiegend von leichten Gewaltdelikten betroffen. Insgesamt fällt das Risiko für die Allgemeinheit Opfer von gewalttätigen Übergriffen Schizophreniekranker zu werden im Vergleich zu Personen aus dem nahen Umfeld der Erkrankten deutlich geringer aus.

3.4 Gewaltrisikofaktoren

Um der Frage nachzugehen, ob Schizophrenien Aggressionen begünstigen, soll im Folgenden auf wichtige Risikofaktoren eingegangen werden, die mit gewalttätigem Verhalten bei Schizophreniekranken assoziiert werden. Dabei soll geprüft werden, inwieweit diese Faktoren für aggressives Verhalten schizophrene Erkrankter mitverantwortlich sind. Von besonderer Bedeutung sind hierbei insbesondere Gewaltrisikofaktoren, die direkt mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in Verbindung stehen. Unter Beleuchtung dieser krankheitsassoziierten Faktoren kann, geprüft werden, ob das Gewaltverhalten Schizophreniekranker in der Erkrankung bzw. deren Symptomatik selbst begründet liegt. Dafür werden vorerst die Symptome der Schizophrenie in den Blick genommen, da diese mit einem erhöhten Gewaltrisiko in Verbindung gebracht werden und im Hinblick auf die Forschungsfrage eine wesentliche Rolle spielen. Darüber hinaus werden weitere Gewaltrisikofaktoren untersucht, die indirekt, als allgemeine Kriminalitätsfaktoren einen Einfluss auf das Gewaltrisiko Schizophreniekranker haben können. Die Beleuchtung dieser weiteren Faktoren ist wichtig, da daraus Rückschlüsse dafür gewonnen werden können, inwieweit die Schizophrenie aggressives Verhalten begünstigt.

3.4.1 Die Symptomatik der Schizophrenie

Aus forensischer Sicht sind es insbesondere die Symptome Wahn und Halluzinationen, die in Verbindung mit Aggressivität und Gewalttaten stehen. Die Fähigkeit zu einsichtigem Handeln kann im Rahmen des Verlusts des Realitätsbezugs in Folge dieser Symptomatik unterbrochen werden. Erkrankte, die von imperativen Stimmen geleitet werden, sind kaum in der Lage, ihr Verhalten zu reflektieren, so dass das eigene Wertgefüge und die Impulskontrolle nicht mehr in vollem Umfang das Handeln lenken (Nedopil, 2014, S.355).

Die aus der Wahnsymptomatik entstehenden Gefühle wie Feindseligkeit, Bedrohung und Angst spielen nach Prunnlechner (2012) eine wichtige Rolle für das Entstehen von Aggressionen und Gewalt bei Schizophreniekranken. Gerade bei unzureichend behandelten Patienten können die psychotischen Symptome ein größeres Ausmaß erreichen und gelten daher als Prädiktoren für Aggressivität, also die Bereitschaft für aggressive Handlungen (S. 430). Die psychotische Symptomatik und der Wahn an sich können jedoch unterschiedliche Inhalte aufweisen, sie lösen bei den Betroffenen nicht immer Bedrohung, Angst und Erregung aus, die zu Aggressionen führen können. Damit die Wahnsymptomatik als Risikofaktor für Gewalthandlungen eingestuft werden kann, muss diese also in einem besonderen Maße zu aggressionsfördernden Gefühlen bei den Betroffenen führen. Das bedeutet, dass Wahn und Halluzinationen insbesondere erst dann zu einem Risikofaktor für Aggressionen werden, wenn die Inhalte, bspw. von imperativen Stimmen, gewalttätig sind und z. B. zu Gewalthandlungen aufrufen (Heilmann & Schanda, 2006, S. 123). In diesem Kontext bestätigen Maier et al. (2016, S. 58) aus einer Metaanalyse, dass es zwar einen Zusammenhang zwischen Gewalt und Produktivsymptomatik gibt, dies jedoch nicht zutrifft, wenn weder Wut noch Ärger bei den Erkrankten hervorgerufen werden. In diesem Fall würde die Symptomatik zu keiner Erhöhung des Gewaltrisikos führen (ebd.).

Auch wenn die psychotischen Symptome unter der Voraussetzung des gewalttätigen Inhalts als Prädiktor für aggressives Verhalten gelten, können diese nach Heilmann & Schanda (2006) nur als indirekte Ursachen für Gewalthandlungen eingestuft werden (S. 123f.) Die Wahnsymptomatik kann spannungsgeladene Situationen hervorrufen, die in Gewalt eskalieren können (Nedopil & Müller, 2012, zitiert nach Stompe, Ritter & Schanda, 2018, S. 93). Als bedeutsam erweist sich demnach auch, in welcher Form das Umfeld der psychotischen Person auf die spannungsgeladene Situation reagiert. Es ist jedoch fraglich, in welchem Ausmaß die psychotischen Symptome das Gewaltrisiko bei schizophrenen Erkrankten erklären können. Dazu wurden in einer Untersuchung von Stompe (2011, S. 94f.) Straffällige (N = 119) mit Nichtstraffälligen (N = 105) verglichen, wobei in beiden Gruppen die Diagnose der Schizophrenie vorlag. Interessant bei der Untersuchung ist das Ergebnis, dass es zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Symptomatik gibt. Deutlich wurde dies anhand der Verteilung der Subtypen der Schizophrenie, sowie der konkreten Wahnsymptomatik der untersuchten Gruppen. Beim paranoiden Subtyp, bei dem eine paranoide Wahnsymptomatik vordergründig ist, gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen straffälligen und nicht straffälligen Erkrankten. Auch beim Vergleich dieser Subgruppe mit schweren und leichten Delikten, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Bei schweren Delikten ist der Anteil der Patienten mit einer paranoiden Schizophrenie Vergleich zu leichten Delikten nur schwach erhöht (ebd.). In Bezug auf den Vergleich von schweren mit leichten Delikten gibt es jedoch einen signifikanten Unterschied bei dem Desorganisierten Subtyp (Hebephrene Schizophrenie F20.1). Bei

dieser Unterform der Schizophrenie sind Wahnsymptome nicht vordergründig und es werden von dieser Gruppe signifikant häufiger leichte Delikte begangen (Stompe, 2011, S. 95). Bei Betrachtung der konkreten Wahnsymptomatik gab es beim Verfolgungs- und Vergiftungswahn, der häufig bei der schizophrenen Erkrankung vorkommt und als Aggressionsrisiko gilt, keine signifikanten Unterschiede zwischen straffälligen und nicht straffälligen Erkrankten (ebd., S. 96). Allerdings veränderte sich dieser Wert beim Vergleich der schweren mit den leichten Delikten. Leichte Delikte wurden hier kategorisiert als gefährliche Drohung, Nötigung, Widerstand gegen die Staatsgewalt ohne schwere Körperverletzung, Brandstiftung ohne Personenschaden, Raub und Körperverletzung. Unter der Kategorie „schwere Delikte“ wurden schwere Körperverletzung mit und ohne Todesfolge, Mordversuch und Mord zusammengefasst (Stompe, 2018, S. 105). Der Verfolgungswahn trat signifikant oft bei schweren Delikten auf, was darauf hindeutet, dass dieser eher in Verbindung mit schweren Gewalttaten steht. Von den schizophreniekranken Patienten, die schwere Gewaltdelikte begingen (N = 75) litten 86,7 % zum Tatzeitpunkt an wahnhaften Verfolgungsideen (Stompe, Ritter & Schanda, 2018, S. 120).

Doch nicht jeder wahnhafte Täter beging das Gewaltdelikt aufgrund des Wahns. Nur bei schizophren erkrankten Tätern mit schweren Delikten (N = 75) war in 80 % der Fälle Wahn das zentrale Tatmotiv (ebd.). In der Gruppe mit leichten Delikten (N = 44) handelten hingegen nur 20,25 % aus wahnhaften Motiven (ebd.). Meist spielten hier andere Faktoren, wie Konflikte oder Substanzmissbrauch, eine größere Rolle für das Gewaltverhalten als die Wahnsymptomatik selbst. Nur hinsichtlich des Schuldwahns (irreale Überzeugung, an etwas Schuld zu sein) waren Nicht-straffällige signifikant überrepräsentiert (Stompe, 2011, S. 96). Dies kann darauf hindeuten, dass einige Symptomformen sich sogar protektiv auf das Gewaltisiko auswirken können. Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass im Vergleich zu anderen Wahnphänomenen insbesondere der Verfolgungswahn mit schweren Gewalthandlungen assoziiert ist. Dies kann beim Vergleich der Schizophreniekranken mit leichten Delikten (N = 44) und solchen mit schweren Delikten (N = 75) beobachtet werden. Bei Letzteren bestand bei 90,7 % ein Verfolgungswahn (ebd., S. 121). Es kann also davon ausgegangen werden, dass schwere Gewaltdelikte eine direkte Folge der schizophrenen Erkrankung sind. Hierbei spielen die Beeinträchtigungen der Ich-Funktion in der akuten Phase der Psychose sowie Verfolgungs- und Bedrohungsgefühle eine wichtige Rolle (Nedopil, 2011, S. 92). Dagegen ergibt sich ein allgemein rechtswidriges Verhalten, das ebenso mit einer Aggressivität in Verbindung steht (z. B. leichte Körperverletzungsdelikte) eher indirekt aus einer krankheitsbedingt erhöhten Vulnerabilität für allgemeine kriminogene Faktoren wie soziale Benachteiligung oder Substanzmissbrauch (ebd.).

Wenn von einem Gewaltisiko aufgrund der schizophrenen Erkrankung ausgegangen wird, dann müssten noch andere Symptome für Aggressionen relevant sein, da die psychotische Symptomatik

nur einen - wenn auch charakteristischen - Teil der Erkrankung ausmacht. In diesem Zusammenhang haben Maier et al. (2016) im Rahmen einer Metaanalyse zu Einzelsymptomen, die mit einem erhöhten Gewaltrisiko einhergehen, festgestellt, dass die Defizitsymptomatik sowie depressive Verstimmung und Gedankeneingebungen (im Rahmen der Ich-Störung) der Schizophrenie keinen Zusammenhang mit einem Gewaltrisiko zeigten und im Hinblick auf die Gewaltausübung sogar eine protektive Wirkung entfalten (ebd., S. 58). Demnach scheint sich das Gewaltrisiko nur auf einen bestimmten Teil der schizophrenen Symptomatik zu beziehen, welcher sich insbesondere auf die Wahnproblematik beschränkt. Diese tritt bei den meisten Schizophreniekranken jedoch nur in der akuten Krankheitsphase auf und erklärt nicht die Gewalthandlungen, die außerhalb dieser psychotischen Episode begangen werden.

Hodgins & Müller-Isberner (2014) haben diesbezüglich dargelegt, dass es drei verschiedene Typen von Schizophreniekranken mit aggressiven Verhaltensweisen gibt (S. 276f.). Eingeteilt werden diese Tätertypen zunächst in sogenannte „early starters“. Diese Gruppe ist charakterisiert durch antisoziale Verhaltensweisen, die bereits ab der Jugend und vor Ausbruch der schizophrenen Erkrankung bestehen (ebd.). Hier werden (Gewalt-)Delikte bereits vor der Erkrankung begangen, sodass das Gewaltverhalten nicht mit der schizophrenen Erkrankung assoziiert werden kann. Das verdeutlicht, dass erwartungsgemäß neben der schizophrenen Symptomatik noch weitere Faktoren eine wichtige Rolle bei der Entstehung aggressiver Verhaltensweisen bei den Betroffenen spielen. Unklar ist, welchen Anteil die Gruppe der „early starters“ bei der Gewaltprävalenz Schizophreniekranker ausmacht. Haller et al. (2001) haben dazu N = 82 schizophren erkrankte Straftäter in Österreich untersucht. Davon begingen lediglich 15 Personen (18,3 %) vor Beginn ihrer Erkrankung den strafrechtlich verfolgten Gewaltdelikt (ebd., S. 862). Zudem fanden Stompe, Ritter & Schanda (2018) in der Studie zu straffälligen und nicht straffälligen schizophren Erkrankten heraus, dass Patienten mit leichten Delikten eher der Gruppe der „early starters“ entsprechen und in 65,9 % der Fälle (von N = 44 Schizophreniekranken mit leichten Delikten) bereits vor dem 14. Lebensjahr und vor Krankheitsbeginn kriminelle Verhaltensweisen zeigten (ebd., S.96). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Gruppe der „early starters“ in Bezug auf Gewaltdelikte eher einen geringen Anteil ausmacht. Dagegen machen leichte (Gewalt-)Delikte in dieser Tätergruppe innerhalb der dargelegten Untersuchung einen großen Anteil aus. Das deutet wiederum darauf hin, dass schwere Gewaltdelikte eher mit einer schizophrenen Erkrankung in Verbindung stehen, da in der Gruppe, die bereits vor der Erkrankung Gewaltverhalten zeigte, überwiegend leichte Delikte begangen werden.

Die zweite Gruppe der gewalttätigen schizophren Erkrankten ist nach Hodgins & Müller-Isberner (2014) die größte der drei Gruppen. Charakterisiert wird diese dadurch, dass dissoziale bzw. aggressive Verhaltensweisen erst nach Ausbruch der schizophrenen Erkrankung erfolgen. In dieser Gruppe besteht also im Vergleich zur ersten („early starters“) ein Zusammenhang zwischen der

schizophrenen Erkrankung und dem Gewaltverhalten. Bemerkenswert ist zudem, dass diese Gruppe den größten Anteil der Gewaltdelikte Schizophreniekranker ausmacht, was die Verbindung der schizophrenen Symptomatik mit Aggressionen und dessen Gewichtung demonstriert. Haller et al. (2001) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass (von N = 82 schizophren erkrankten Straftätern in Österreich) 67 Schizophreniekranker (81,7 %) vor ihrem ersten Gewaltdelikt an der Psychose erkrankten (S. 862). Diese Beobachtung kann den großen Anteil dieser Gruppe, sowie den Zusammenhang der beiden Variablen Schizophrenie und Gewalt nochmals verdeutlichen. Denn vor der Erkrankung kann in dieser Gruppe kein aggressives Verhalten identifiziert werden. Zudem steht wiederholtes aggressives Verhalten in dieser Gruppe mit der Symptomatik und den krankheitsbedingten Leistungseinbußen im Zusammenhang (Hodgins & Müller-Isberner, 2014, S. 276). Darüber hinaus ist der Anteil an Tötungsdelikten in dieser Gruppe im Vergleich zum ersten Typus mehr als doppelt so hoch (ebd., S. 277), was den bisherigen Befund des Zusammenhangs psychotischer Symptomatik mit schweren Gewaltverhalten untermauert.

Die dritte Gruppe ist gekennzeichnet durch chronisch schizophren erkrankte Menschen, die infolge einer länger andauernden Krankheitsphase Gewaltdelikte begehen. Dabei kommt es in dieser Tätergruppe meist plötzlich zu massiven Gewalthandlungen bzw. Tötungsdelikten (ebd.). Stompe, Ritter & Schanda (2018) bezeichnen diese Gruppe als „late starters“ und beobachten in ihrer Untersuchung, dass (von N = 75 Schizophreniekranken mit schweren Delikten) nur 1,3 % gewalttätiges Verhalten in der frühen Jugend und vor Krankheitsbeginn aufweisen (S. 95f.). Somit besteht in dieser Gruppe ein Zusammenhang zwischen der schizophrenen Erkrankung und schweren Gewalthandlungen. Anders als in der zweiten Gruppe kann hier davon ausgegangen werden, dass das Gewaltverhalten nicht infolge des Ausbruchs einer psychotischen Erstepisode entsteht, sondern erst aus dem jahrelangen Bestehen der belastenden Symptomatik resultiert. Hodgins & Müller-Isberner (2014) berichten in diesem Kontext von schwersten Gewalthandlungen bei Personen dieser Gruppe, die erst nach einem zehn- bis 20-jährigen Krankheitsverlauf plötzlich auftreten (S. 277).

Um zu beurteilen, ob die schizophrene Erkrankung Gewaltverhalten begünstigt, wäre es sachdienlich, weitere Symptome, welche aggressives Verhalten begünstigen können, zu spezifizieren. In der einschlägigen Literatur wird wie bereits beschrieben insbesondere die Wahnsymptomatik der Schizophrenie als Risikofaktor für Gewalthandlungen identifiziert. Diese kann jedoch noch weiter charakterisiert werden. Haller et al. (2001) stellen fest, dass u. a. das Vorliegen eines systematisierten Wahns mit einer hohen Wahndynamik in Verbindung mit Gewaltdelikten bei Schizophreniekranken steht (S. 869). Dementsprechend sind einige Symptome der schizophrenen Psychose statistisch signifikant häufiger mit gewalttätigem Verhalten verbunden als andere. Diese werden als „Threat-Control-Override (TCO-Symptome)“ bezeichnet (Stompe, Ritter & Schanda, 2018, S. 119). Unter

„Threat“ werden lebensbedrohlich erlebte Wahnhalte (z. B. die Überzeugung vergiftet oder getötet zu werden) verstanden, sie entsprechen dem systematisierten Verfolgungswahn mit hoher Wahndynamik (ebd., S. 122). „Control-Override-Symptome“ umfassen den Meinhaftigkeitsverlust (Ich-Störung) und sind im Gegensatz zur Threat-Symptomatik meist nicht dauerhaft vorhanden. Dazu gelten nur die „Threat-Wahnhalte“ als signifikanter Prädiktor für schwere Gewaltdelikte (ebd., S. 119).

Des Weiteren kann ein weiteres Wahnphänomen spezifiziert werden, welches für die Entwicklung von Gewalthandlungen schizophrener Erkrankter von Bedeutung ist und als „wahnhaftes Personenverkennen“ bezeichnet wird (Stompe, Ritter & Schanda, 2018, S. 124). Leiden Schizophrenieerkrankte unter diesem Phänomen, sind sie davon überzeugt, dass bekannte Personen aus dem Umfeld durch gleich aussehende Doppelgänger ersetzt werden. Diese haben im wahnhaften Erleben der Betroffenen böse Absichten, sodass sich die Erkrankten massiv bedroht fühlen. Die Schwelle für Gewalthandlungen wird dabei herabgesetzt, da die Erkrankten davon überzeugt sind, dass es sich bei den Opfern nicht um die echten Angehörigen oder Bekannten handelt, sondern um potenziell lebensbedrohliche Doppelgänger (ebd., S. 125). Innerhalb der Untersuchung von Stompe, Ritter & Schanda (2018) berichteten 20 % der Patienten (von N = 75), die schwere Gewaltdelikte begangen haben, diese wahnhaftes Personenverkennen erlebt zu haben (S. 125). In der Gruppe Schizophrenieerkrankter mit leichten Delikten (N = 44) hingegen wurde dieses Wahnphänomen nur bei 4,5 % der Fälle beobachtet. Wiederum konnte lediglich bei 10,6 % der Fälle (von N = 75) festgestellt werden, dass schwere Gewaltdelikte durch die wahnhaftes Personenverkennen motiviert waren (ebd.).

Ferner kann festgehalten werden, dass viele Schizophrenieerkrankte, die lebenslang unter einer paranoid-psychotischen Symptomatik leiden, nie gewalttätig werden. Die große Mehrheit der Erkrankten begeht trotz akuter Krankheitszustände mit psychotischer Symptomatik keine Gewalttaten (Kröber, 2008, S. 132f.). Dies geht auch aus den hier dargelegten Studien hervor. Stompe, Ritter & Schanda (2018) fanden in diesem Kontext heraus, dass 84,3 % der nicht gewalttätigen (N = 105) unter Verfolgungswahn litten. Sogar die „Threat-Symptomatik“, welche als wesentlicher Prädiktor für Gewaltverhalten spezifiziert werden konnte, trat bei immerhin 46,1 % der nicht gewalttätigen Erkrankten (N = 105) auf (S. 121). Zudem wurde ermittelt, dass die schizophrene Erkrankung an sich zu etwa 30% an der Entstehung gewalttätigen Verhaltens beiträgt (Sariaslan, Larsson & Fazel, 2016, zitiert nach Stompe, Ritter & Schanda 2018, S. 93). Die schizophrene Erkrankung allein bringt demnach zwar ein erhöhtes Gewaltisiko mit sich, dieses kann aber durch eine Reihe von Symptomen und anderen Faktoren, die nicht direkt mit der Erkrankung in Verbindung stehen deutlich erhöht werden (Nedopil, 2011, S. 92).

3.4.2 Die Bedeutung der psychiatrischen Behandlung für das Gewaltisiko

Angesichts der Ergebnisse, dass bestimmte Anteile der Produktivsymptomatik unter bestimmten Bedingungen zu einem erhöhten Gewaltisiko bei Schizophreniekranken führen, stellt sich die Frage, wie die Behandlungssituation von gewalttätigen Erkrankten ist, bzw. ob sich diese in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden und wie sich die Behandlung auf das Gewaltisiko auswirken kann. Im Rahmen einer medikamentösen Behandlung können die Produktivsymptome deutlich, bis hin zum Residuum verringert werden (R.K.-I., 2010, S. 43). Insgesamt gelten die psychotischen Symptome als gut behandelbar, sodass angenommen werden kann, dass bei schizophren Erkrankten, die infolge ihrer Produktivsymptomatik zu Gewalthandlungen neigen, häufig eine unzureichende Behandlung bzw. das Fehlen der Einnahme von entsprechender Medikation gegeben ist. Diese Annahme wird dadurch gestützt, dass eine adäquate (medikamentöse) Behandlung das Gewaltisiko bedeutend verringern kann und die Produktivsymptomatik insbesondere dann ein Gewaltisiko darstellt, wenn keine ausreichende Psychopharmakotherapie vorliegt. Heilmann & Schanda (2006, S. 121) weisen bereits darauf hin, dass die psychotische Symptomatik und die damit einhergehende Angst und Unruhe vor allem bei unzureichend behandelten Schizophreniekranken ein Prädiktor für spätere Aggression sein kann.

Fraglich ist, inwiefern ein Zusammenhang zwischen Behandlungsfaktoren und dem Gewaltverhalten besteht und welche konkreten Aspekte der Behandlung dabei eine Rolle spielen. Curtz (2016, S. 103) hat zu dieser Thematik eine Metaanalyse aufgestellt. Dabei konnte in einer Studie von Witt et al. (2013) ein Zusammenhang zwischen Behandlungsfaktoren und dem Gewaltverhalten bei schizophren Erkrankten bzw. Menschen mit einer Psychose festgestellt werden. Interessant ist, dass dieser Zusammenhang in Bezug auf die Nichteinhaltung einer psychologischen Therapie stärker ausfiel als bei der Nichteinhaltung einer medikamentösen Therapie. Um die Wichtigkeit der Behandlungsfaktoren auf das Gewaltisiko zu verdeutlichen, wäre ein Einblick in die Raten der Inanspruchnahme von Behandlung seitens bereits gewalttätig gewordener Erkrankter sachdienlich. Hierzu präsentiert Curtz (2016) Ergebnisse einer Untersuchung von Nielssen et al. (2011). Darin wurde festgestellt, dass 64 % der Straftäter, die im Rahmen ihrer psychotischen Verfassung Tötungsdelikte begangen haben, zuvor keine medikamentöse Behandlung erhalten haben (Curtz, 2016, S. 103). Darüber hinaus konnte in einer Studie von Nielssen & Large (2010) nachgewiesen werden, dass in Bezug auf schwere Gewalthandlungen die Rate für Tötungsdelikte bei psychotisch Erkrankten vor der Aufnahme einer medikamentösen Behandlung höher ist als die jährliche Rate nach Aufnahme einer Behandlung. Einer von 630 Ersterkrankten verübte im noch unbehandelten Zustand ein Tötungsdelikt. Nach Beginn einer antipsychotischen Behandlung ging die relative Häufigkeit um den Faktor 10 zurück. Nach der Behandlung wurde nur noch ein Tötungsdelikt unter

10.000 Ersterkrankten verzeichnet (Nielsen & Large, 2010, zitiert nach Maier et al., 2016, S. 58). Dieses Ergebnis bekräftigt die Bedeutung einer medikamentösen Behandlung hinsichtlich des Gewalttrisikos und verdeutlicht zudem die präventive Wirkung einer antipsychotischen Behandlung auf das Gewaltverhalten Schizophreniekranker. Insbesondere in der Zeit der Ersterkrankung, zu dem Zeitpunkt, an dem die psychotische Symptomatik vorrangig und das Gewaltrisiko hoch ist, ist die möglichst frühzeitige Inanspruchnahme einer Behandlung von großer Bedeutung.

Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass nur bei einem sehr geringen Teil von Gewalttaten Schizophreniekranker eine Einnahme von Psychopharmaka vorliegt (Maier et al., 2016, S. 62). Haller et al. (2001) fanden in diesem Zusammenhang in ihrer Untersuchung von schizophren erkrankten Straftätern (N = 82) heraus, dass bei 76,8 % zumindest eine stationäre Behandlung zu einem Zeitpunkt vor der Tat stattgefunden hatte (S. 863). Vier Wochen vor der Gewalttat befanden sich nur 23,3 % in Behandlung. Davon wurden 6,1 % stationär und 17,1 % ambulant behandelt. Nur 14 von den 82 Schizophreniekranken haben in den vier Wochen vor der Tat Psychopharmaka eingenommen und nur bei sechs Personen konnte eine Medikamenteneinnahme am Tag der Gewalttat festgestellt werden (Haller et al., 2001, S. 863). Ähnliche Ergebnisse zur Behandlungssituation Schizophreniekranker mit Gewaltverhalten entstammen einer Studie von Kutscher, Schiffer & Seifert (2009), in der schizophrene Erkrankte in der Forensik (N = 470) untersucht wurden. Hier waren 78,3 % der forensischen Patienten vor der Tatbegehung mindestens einmal in stationärer Behandlung, wobei im Durchschnitt pro Patient 7,5 stationäre Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie registriert wurden. Eine regelmäßige Medikamenteneinnahme hingegen erfolgte zum Zeitpunkt der Tat nur bei 9,3 % der Patienten (ebd., S. 94). Trotz des Ergebnisses, dass vier von fünf Patienten stationär psychiatrisch (vor)behandelt waren, konnte nur bei jedem zehnten Patienten zum Tatzeitpunkt eine Medikation festgestellt werden. Fast ein Drittel der Schizophreniekranken beging das Gewaltdelikt innerhalb von drei Monaten nach einer stationären Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie (ebd., S. 95).

Diese Ergebnisse zeigen zum einen, dass die meisten Schizophreniekranken sich (mit teilweise häufigen stationären Aufnahmen) zu einem Zeitpunkt vor der Gewalttat in Behandlung befanden. Zum anderen wird deutlich, dass kann die Zeit kurz vor der Gewalttat verdeutlichen, lag bei einem Großteil der Erkrankten zu diesem Zeitpunkt keine Behandlung vor. Ein Zusammenhang zwischen einer Nichtbehandlung und der Entwicklung von Gewaltverhalten bei Schizophreniekranken wird durch diese Ergebnisse erneut untermauert. Allerdings wirft die Tatsache, dass ein Großteil der Erkrankten im allgemeinpsychiatrischen Setting bereits behandelt wurde und im späteren Verlauf gewalttätig wurde, Fragen nach den Hintergründen des Behandlungsabbruchs auf. Hier wäre es von Bedeutung, zu erfahren, welche Faktoren zur Beendigung der Behandlung bei den Patienten geführt haben, da ein solcher Behandlungsabbruch das Gewaltrisiko letztlich erhöhen kann.

Ferner lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass eine langfristige konstante Behandlung eine wichtige Voraussetzung für eine Verringerung des Gewalttrisikos ist. In Bezug auf die Gruppe der Erkrankten, die das Gewaltdelikt innerhalb von drei Monaten nach der stationären Behandlung begangen haben, kann davon ausgegangen werden, dass die Einbindung in eine ambulante Nachversorgung vermutlich nicht gelungen ist. Auch könnte eine unzureichende Nachsorge im Rahmen der ambulanten Behandlung stattgefunden haben. Diesbezüglich darf jedoch nicht von dem Umstand abgesehen werden, dass 30 %-40 % aller schizophren erkrankten Patienten trotz langfristiger antipsychotischer Behandlung symptomatisch bleiben (Hirjak et al., 2020, S. 233). Diese Patientengruppe mit behandlungsresistenten psychotischen Symptomen zeigte u. a. hohe Raten an Therapieabbrüchen und Rückfällen auf (ebd.). Kutscher, Schiffer & Seifert (2009) fanden zudem heraus, dass bei einem Teil derjenigen schizophren erkrankten Patienten, die aus der Allgemeinpsychiatrie entlassen wurden, weiterhin eine hohe Symptombelastung bestand (S. 95). Dieses Ergebnis kann auf die Gruppe der Patienten mit behandlungsresistenter Symptomatik zurückzuführen sein, zeigt aber auch, dass es hier Probleme hinsichtlich einer unzureichenden Behandlung gibt, die dringend einer Veränderung bedürfen. Auch Maier et al. (2016) können in ihrer Übersichtsarbeit den Einfluss einer medikamentösen Behandlung auf das Gewaltverhalten Schizophreniekranker bestätigen. Auch sie stellten fest, dass die Gewaltneigung Schizophreniekranker durch eine adäquate Behandlung verringert werden kann (S. 58).

In Bezug auf die Behandlung sind weitere Aspekte von Bedeutung, die eine konstante (medikamentöse) Therapie erst ermöglichen. Dazu zählt die Krankheitseinsicht und die Compliance der Patienten, die bekanntlich (siehe Kapitel 2.1.5) einen großen Einfluss darauf haben, ob und in welchem Umfang eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen wird. Insbesondere die Compliance gilt als mitentscheidend dahingehend, wie zuverlässig die Patienten ihre Medikamente einnehmen. Maier et al. (2016, S. 59) stellen in diesem Zusammenhang eine Studie von Langeveld et al. (2014) vor, in welcher festgestellt wurde, dass Compliance in Verbindung mit einer langfristigen antipsychotischen Therapie das Gewaltisiko (bereits straffällig gewordener) Schizophreniekranker auffallend senken können. Die Verringerung des Gewalttrisikos aufgrund dieser Faktoren hatte dabei ein so großes Ausmaß, dass in der Untersuchung nach einer zehn-jährigen Nachbeobachtungszeit mit durchgängiger Behandlung keine Unterschiede mehr zur Kontrollgruppe festgestellt wurden (Maier et al., 2016, S. 59). Insofern spielt eine langfristige Behandlung, bei der eine regelmäßige Medikamenteneinnahme erfolgt, eine wesentliche Rolle, um das Gewaltisiko bedeutend zu senken. Denn das Wiederauftreten wahnhafter Symptomatik kann gewalttätiges Verhalten bei den Betroffenen fördern. Doch um eine solche langfristige, effektive Behandlung zu gewährleisten, ist in erster Linie sowohl eine Krankheitseinsicht als auch Therapietreue seitens der Erkrankten

entscheidend. Diese muss im sozialpsychiatrischen Setting mit den Patienten im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung und einer bedarfsgerechten Behandlung aufgebaut werden. Neben der antipsychotischen Behandlung sind die stärksten Wirkfaktoren einer Behandlung zur Verminderung des Gewaltrisikos die Krankheitseinsicht und Compliance (Maier et al., 2016, S. 59). Eine fehlende Krankheitseinsicht kann somit ein erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte darstellen (ebd., S. 56).

Da insbesondere die antipsychotische medikamentöse Therapie das Gewaltrisiko senkt, kann davon ausgegangen werden, dass die psychotischen Symptome einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Gewaltrisikos haben. Andernfalls würde das Gewaltrisiko durch andere Behandlungsfaktoren, die nicht primär die Produktivsymptomatik ansprechen gesenkt werden. Demnach sind es vor allem psychotische Symptome, die mit Gewalthandlungen in Verbindung stehen. Diese Beobachtung wird zusätzlich dadurch bestärkt, dass sich das Gewaltrisiko enorm verringert, wenn diese Symptome durch eine medikamentöse Behandlung zurückgehen. Jedoch beinhaltet die Behandlung Schizophreniekranker über die Psychopharmakotherapie hinaus noch weitere wichtige Aspekte, die zur Verbesserung ihrer Situation beitragen. In Bezug auf das Gewaltrisiko konnte, wie anfangs erwähnt, auch im Rahmen der psychologischen Therapie ein großer Nutzen zur Verringerung des Gewaltrisikos festgestellt werden. Anzumerken ist hierzu, dass Schizophreniekranker nur einen Bruchteil der wirksamen Therapie erhalten, bzw. die psychologische Behandlung kaum in die Routinebehandlung implementiert ist (Rössler, 2018, S. 63). Angesichts der dargelegten Studien scheint dennoch insbesondere in der medikamentösen Therapie ein Nutzen zur Verringerung des Gewaltrisikos zu liegen. Insgesamt wird deutlich, dass eine unzureichende Behandlung das Gewaltrisiko von Schizophreniekranken enorm verstärken kann und dass dieser Umstand einer unzureichenden Behandlung gehäuft bei gewalttätigen schizophren Erkrankten vorzufinden ist.

3.4.3 Komorbide Suchterkrankungen

Bereits Kutscher, Schiffer & Seifert (2009) weisen in ihrer Untersuchung zu schizophren erkrankten Patienten im Maßregelvollzug in NRW auf eine Zunahme von komorbiden Suchterkrankungen hin (S. 93). Im Jahr 2006 wiesen 73,9 % (von N = 470 Schizophreniekranken) eine zusätzliche Suchterkrankung auf (ebd.). Im Jahr 1994 lag die Zahl komorbider Suchterkrankungen Schizophreniekranker in der Forensik bei dieser Untersuchung hingegen bei 56,8 % (bei N = 187) (ebd.). Die hohe Prävalenz von Suchterkrankungen bei straffälligen Schizophreniekranken scheint demzufolge im Einklang mit der Prävalenz von fremdaggressiven Verhaltensweisen zu stehen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Haller et al. (2001) im Rahmen einer Erhebung zu schizophren erkrankten Straftätern in Österreich. Hier waren Alkohol- und Drogenmissbrauch als komorbide

Störungen bei Schizophreniekranken Straftätern häufig anzutreffen. Zur Tatzeit des Gewaltdelikts handelten (von N = 82) 36,6 % unter Alkoholeinfluss und 7,3 % standen unter dem Einfluss anderer Drogen, wie Cannabis (Haller et al., 2001, S. 864f.).

Auch wenn es hier Hinweise auf einen Zusammenhang von Gewalt und Substanzkonsum gibt, ist unklar, wie stark die Beziehung zwischen Gewaltverhalten und komorbiden Substanzkonsum bei Schizophreniekranken ist. Vor diesem Hintergrund ist eine Untersuchung von Interesse, bei der gewalttätige mit nicht gewalttätigen schizophren erkrankten Menschen verglichen werden, um die Gewichtung des Risikofaktors *Substanzkonsum* zu ermitteln. In diesem Zusammenhang lässt sich eine Studie von Stompe (2011, S. 95) heranziehen, die diesen Vergleich vornimmt. Gewalttätige wurden mit nicht gewalttätigen schizophren erkrankten Menschen verglichen, wobei vorwiegend Unterschiede in den sogenannten allgemeinen Kriminalitätsfaktoren (wie Substanzmissbrauch) festgestellt wurden. Diese gelten allgemein als Risikofaktoren für das Begehen von kriminellen bzw. gewalttätigen Handlungen. Beim Vergleich der straffälligen (N = 119) mit den nicht straffälligen (N = 105) schizophren Erkrankten gab es insbesondere einen Unterschied in Bezug auf Substanzkonsum. Dieser lag bei den straffälligen Erkrankten signifikant höher (53,8 %) als bei den nicht straffälligen Erkrankten (27,6 %) (ebd.). Am deutlichsten zeigte sich der Unterschied hier in Bezug auf multiplen Drogenkonsum, der signifikant hoch bei straffälligen Erkrankten vorlag. Danach folgte Alkoholkonsum der ebenfalls signifikant häufiger bei straffälligen Erkrankten vorzufinden war (Stompe, 2011, S. 95).

Auffällig ist hierbei, dass sich straffällige von nicht-straffälligen Schizophreniekranken deutlich in dem Faktor Substanzkonsum unterscheiden und weniger in Bezug auf die schizophrene Symptomatik (wie Verfolgungs- und Vergiftungswahn). In Bezug auf die Wahnsymptomatik gab es im Vergleich zum Substanzkonsum keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen (straffällige bzw. nicht straffällige Schizophreniekranken) (Stompe, 2011, S. 95f.). Diese Ergebnisse bestärken zum einen den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Fremdaggression und zeigen zum anderen, dass Substanzkonsum als Risikofaktor für Gewaltausübung eine starke Gewichtung hat, die hier über die der psychotischen Symptomatik hinausgeht. Dieser Annahme, dass komorbide Suchterkrankungen den Großteil des erhöhten Gewaltrisikos bei Schizophreniekranken ausmachen, die zudem stärker gewichtet sind als die psychotische Symptomatik, ist allerdings entgegenzuhalten, dass auch Patienten ohne Suchtproblematik ein erhöhtes Gewaltrisiko aufweisen und mit Gewalt assoziierte Delikte begehen. Schanda (2018a) zeigt in diesem Zusammenhang, dass das Risiko für schwere Gewalthandlungen bei Schizophreniekranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auch ohne Substanzkonsum um das Fünf bis Siebenfache erhöht ist (ebd., S. 15). Hingegen ist die Risikoerhöhung für Gewaltverhalten bei Schizophreniekranken deutlich geringer, als bei denjenigen Nicht-Erkrankten, die Drogen konsumieren (Fazel & Grann, 2006, zitiert nach Schanda, 2018a, S. 15). Das Gewaltrisiko

bei konsumierenden Nicht-Erkrankten ist im Vergleich zu Schizophreniekranken also höher, was den starken Einfluss von Drogenkonsum auf aggressives Verhalten im Allgemeinen verdeutlicht. Es ist dann möglich, dass Nicht-Erkrankte aus der Allgemeinbevölkerung unter Drogeneinfluss ein stärkeres Gewaltisiko in sich tragen als schizophrene Erkrankte ohne diesen zusätzlichen Kriminalitätsfaktor. Drogenkonsum scheint für das Gewaltisiko demzufolge generell von größerer Bedeutung zu sein als die psychische Erkrankung der Schizophrenie. Auch zeigen Haller et al. (2001) in ihrer Untersuchung zu schizophrenen Straftätern, dass (von N = 82 Schizophreniekranken) bei 70 Personen bzw. 85,4 % eine Schuldunfähigkeit aufgrund der schizophrenen Psychose nachgewiesen werden konnte. Im Vergleich dazu haben 43,9 % bzw. 36 der Schizophreniekranken zur Tatzeit Drogen konsumiert. Das verdeutlicht, dass der überwiegende Anteil schizophrener Erkrankter das Gewaltdelikt aufgrund direkt mit der Erkrankung in Verbindung stehender Faktoren begangen haben und der geringere Anteil die Gewalthandlungen aufgrund des allgemeinen Kriminalitätsfaktors bzw. Drogenkonsum ausübte (Haller et al. 2001, S. 862). Das spricht dafür, dass die psychotische Symptomatik der Schizophrenie einen stärkeren Einfluss auf das Gewaltverhalten hat, als der Konsum von Drogen.

Ein erhöhtes Risiko für jede Form von Gewaltkriminalität von Schizophreniekranken ohne Drogenmissbrauch wird zusätzlich von Prunnelechner (2012) bestätigt. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung liegt das Gewaltisiko bei Schizophreniekranken um das Zweifache erhöht (S. 430). Das Gewaltisiko Schizophreniekranker ist ohne komorbiden Substanzmissbrauch also mäßig erhöht, mit Substanzkonsum hingegen ist das Risiko für Fremdaggression massiv erhöht (Schanda, 2006). Dies kann durch Curtz (2016) im Rahmen einer durchgeführten Metaanalyse bestätigt werden. Das stark erhöhte Gewaltisiko Drogen konsumierender Schizophreniekranker relativiert sich hier, wenn bei den Betroffenen kein Substanzkonsum vorlag. War bei Schizophreniekranken kein Drogenkonsum gegeben, sank das Gewaltisiko im Vergleich zu Menschen ohne eine psychische Erkrankung deutlich (Curtz, 2016, S. 102).

Maier et al. (2016) konnten im Hinblick auf das Gewaltisiko Schizophreniekranker anhand einer Untersuchung von Fazel, Langström & Hjern (2009) feststellen, dass dieses wesentlich bzw. in erheblichem Ausmaß auf Substanzkonsumstörungen zurückzuführen ist (Fazel, Lngström & Hjern, 2009, zitiert nach Maier et al., 2016, S. 56). Während das relative Risiko für Gewalthandlungen schizophrener Erkrankter ohne Drogenkonsum bzw. -abhängigkeit bei 2,1 lag, erhöhte sich das relative Risiko bei Substanzkonsum auf 8,9 (ebd.). Dieser Wert der Risikoerhöhung für Gewalt entspricht ungefähr dem von Personen ohne eine schizophrene Erkrankung, die Drogen konsumieren und ein relatives Risiko für Gewalt von 9,8 aufzeigen (ebd.). Zudem ziehen Maier et al. (2016) in ihrer Metaanalyse Ergebnisse einer Studie aus den USA heran, bei welcher nach der Kontrolle des Faktors *frühere Gewalthandlungen* und *Substanzmissbrauch* keine erhöhte Gewaltneigung mehr bei Schizophreniekranken festzustellen war. Eine Risikosteigerung bestand demnach ausschließlich bei

Personen, die bereits früher gewalttätig waren und bei denen Substanzmissbrauch vorlag (Elbogen & Johnson, 2009, zitiert nach Maier et al., 2016, S. 54).

Diese Beobachtungen können die Annahme einer Risikosteigerung für Gewalthandlungen bei schizophren erkrankten Menschen insbesondere durch Drogenkonsum wiederholt bestärken. Zudem kann der Befund, dass Schizophreniekranken, die keine Drogen konsumieren und keine früheren Gewalttaten verübten, auch keine erhöhte Gewaltneigung zeigten, auf eine mögliche Erklärung des Gewalttrisikos allein durch diese zwei Faktoren hindeuten. Auch wurde hier eine neue Variable bestimmt, die offenbar als weiterer Prädiktor für Gewalt bei Schizophreniekranken von Bedeutung ist; nämlich das frühere Begehen von Gewalthandlungen (worauf in Kapitel 3.4.5 eingegangen wird).

Unter Berücksichtigung aller hier dargestellten Ergebnisse zum Zusammenhang von Substanzkonsum und Gewalt bei Schizophreniekranken kann zwar davon ausgegangen werden, dass das Gewaltisiko in einem erheblichen Ausmaß durch Drogenkonsum verstärkt wird, allerdings kann Substanzkonsum das Risiko für Gewalthandlungen nicht völlig erklären. Darüber hinaus fanden Fazel et al. (2014) in ihrer schwedischen Studie zu Gewalt, Selbstaggression und frühzeitiger Mortalität bei Schizophreniekranken heraus, dass Substanzmissbrauch nicht nur einen signifikanten Risikofaktor für fremdaggressives Verhalten darstellt, sondern auch ein relevanter Risikofaktor für suizidale Handlungen bei schizophreniekranken Männern und Frauen ist (S. 49).

Von Bedeutung ist im Hinblick auf Drogenkonsum bei Schizophreniekranken zudem die wechselseitige Beziehung dieser beiden Variablen. Denn beide Prädiktoren (Schizophrenie, bzw. Psychose und Drogenkonsum) für Gewalt können die jeweils andere begünstigen. Also eine schizophrene Psychose bedingt bzw. begünstigt Drogenkonsum oder umgekehrt. Diese wechselseitige Beziehung wirkt sich dann wiederum auf das Gewaltverhalten aus (Curtz, 2016, S. 92).

3.4.4 Viktimisierung

Viktimisierung ist ein Fachbegriff aus der Kriminologie und bedeutet „zum Opfer machen“. Dabei werden Personen insbesondere durch Straftaten, durch physische oder psychische Gewalt oder ohne Gewaltanwendung zum Opfer gemacht (Görgen, 2009, S.236).

Auffallend ist, dass schizophren erkrankte Menschen häufig Opfer von Gewalt werden. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besteht bei ihnen ein vielfach erhöhtes Risiko, selbst Opfer von Gewalt zu werden. Zudem ist beachtlich, dass Schizophreniekranken im deutschsprachigen Raum im Rahmen von Amtshandlungen signifikant häufiger von der Polizei erschossen werden als andere Menschen aus der Allgemeinbevölkerung (Schanda, 2018b, S. 52). Das Risiko, selbst Opfer von Tötungsdelikten zu werden, liegt bei schizophren erkrankten Männern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Siebenfache erhöht, was sicherlich auch im Zusammenhang mit der eigenen Gewaltneigung stehen

kann. Bei Frauen ist dieses Risiko im Vergleich zur Bevölkerung um das Dreifache erhöht (Schanda, 2018a, S. 16). Krumm et al. (2018) zeigen zudem anhand einer Untersuchung zu Viktimisierung im Erwachsenenalter, dass das Risiko von psychisch kranken Männern und Frauen für körperliche Gewalterfahrungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das 5,6-Fache erhöht ist (Khalifeh, Oram & Osborn, 2016, zitiert nach Krumm et al., 2018, S. 70). Psychisch Kranke bzw. Menschen mit Psychiatrieerfahrung sind selbst in einem hohen Ausmaß von Gewalt in Form von Mobbing, verbalen Attacken, physischer und psychischer Gewalt bis hin zu Tötungsdelikten betroffen (Krumm et al., 2018, S. 67).

Darüber hinaus scheint Viktimisierung in Bezug auf das Gewaltrisiko schizophrener Erkrankter eine bedeutende Rolle einzunehmen. In den bereits mehrfach angeführten Studien (Stompe, 2011, S. 94; Stompe, Ritter & Schanda, 2018, S. 98ff.), in der straffällige mit nicht straffälligen Schizophreniekranken verglichen wurden, ergaben sich insbesondere signifikante Unterschiede bzgl. der sozialen Faktoren. In einer Untersuchung von Stompe, Ortwein-Swoboda & Schanda (2004) waren u. a. eigene Gewalterfahrungen bei den schizophreniekranken Straftätern häufiger vorzufinden als bei der anderen, nicht gewalttätigen Gruppe (zitiert nach Kröber, 2017, S. 69). Diese Beobachtung lässt zumindest vermuten, dass eigene Gewalterfahrungen einen Einfluss auf das Gewaltverhalten Schizophreniekranker haben können. In diesem Zusammenhang wurde von Curic (2019) festgehalten, dass körperlicher oder sexueller Missbrauch in der Kindheit, bzw. Opfer von Gewalt geworden zu sein mit dem zukünftigen Gewaltverhalten Schizophreniekranker in Verbindung steht (S. 396). Curtz (2016) konnte ähnliche Erkenntnisse im Rahmen einer Metaanalyse genauer spezifizieren. Dabei konnte identifiziert werden, dass Viktimisierung einen relevanten Risikofaktor für Gewalt bei schizophren erkrankten Menschen darstellt. In einer Untersuchung von Witt et al. (2013) wurde gezeigt, dass Schizophreniekranken, welche die Erfahrung einer Viktimisierung erlebt haben und massiv bedroht wurden, ein signifikant erhöhtes Gewaltrisiko aufzeigen (Curtz, 2016, S. 105). Mit den Ergebnissen von Maier et al. (2016) können diese Ergebnisse weiter untermauert werden. Hier wurde festgestellt, dass Viktimisierung und körperlicher Missbrauch in der Vergangenheit bei schizophren Erkrankten prädiktiv für die Entwicklung von gewalttätigen Verhaltens ist (S. 54).

Die Erkenntnis, dass Gewaltopfer ein erhöhtes Gewaltrisiko entwickeln können und Gefahr laufen, selbst zum Täter zu werden, scheint zunächst einer Binsenweisheit wie „Opfer werden zum Täter“ zu entsprechen, ohne dass dabei ein neuer Erkenntnisgewinn geliefert wird. Allerdings ist es bemerkenswert, dass gerade Schizophreniekranken ein erhöhtes Risiko einer Viktimisierung aufweisen, was anhand der Tatsache festzustellen ist, dass gewalttätige Schizophreniekranken in einem hohen Maß von Viktimisierung betroffen waren. In Bezug auf das Gewaltrisiko ist jedoch von Bedeutung, welche Faktoren dazu führen, dass insbesondere Schizophreniekranken Opfer von Gewalt

werden. Da Viktimisierung als ein wichtiger Prädiktor für das Entwickeln von Gewaltverhalten verstanden wird und Schizophrene gehäuft davon betroffen sind, kann das Identifizieren von den Mechanismen, die eine Viktimisierung bei schizophren Erkrankten begünstigen einen wichtigen Beitrag leisten.

In diesem Kontext ist von Bedeutung, dass gesellschaftlich negative Vorurteile bzw. Stigmatisierungsprozesse die gewalttätige Viktimisierung Schizophreniekranker fördern können. „Gilt eine Person oder eine Gruppe erst einmal als unerwünscht, wird sie von ihren Mitbürgern als entbehrlich erachtet, so ist sie gefährdet und wird zur Zielscheibe für verschiedene Formen der Gewalt“ (Fattah, 2002, S. 965). Ausgrenzung und sozialer Ausschluss gelten dabei als wichtige Risikofaktoren für Viktimisierung und betreffen insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bzw. schizophren Erkrankte. Bei schizophrenen Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung ist zudem das Risiko einer Viktimisierung stärker erhöht, was das eigene Gewaltisiko dieser Gruppe wiederum steigern kann (Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 95). Auch Krumm et al. (2018) können anhand ihrer Übersichtsarbeit belegen, dass bei schizophren Erkrankten eine bestehende Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit einen zentralen Prädiktor für Viktimisierung darstellt (S. 73). Dabei kann Drogenkonsum sowohl unabhängig von der psychischen Erkrankung wie auch verknüpft mit der Symptomatik als verhaltensrelevanter Risikofaktor für eine Viktimisierung verstanden werden (ebd.). Indem schizophren erkrankten Menschen negative Eigenschaften zugeschrieben werden, ihr Verhalten angeprangert oder ihre Rolle in der Gesellschaft herabgewürdigt wird, gilt Viktimisierung als eine Folge dieser Prozesse (Fattah, 2002, S. 968). Dadurch, dass Schizophreniekranken im Rahmen der gesellschaftlichen Stigmatisierung das Etikett „gefährlich“ angeheftet wird, wird für deren Viktimisierung die notwendige Rationalisierung geliefert. Die Etikettierung und Stigmatisierung Schizophreniekranker führt dazu, dass diese Gruppe als Bedrohung für die Gesellschaft empfunden wird, wodurch sich das Risiko für Gewalt gegen sie wiederum vergrößert (ebd.). Soziale Diskriminierung macht manche Delikte im Rahmen einer Viktimisierung erst möglich. Viktimisierungen konzentrieren sich dabei in ökonomisch benachteiligten Gruppen der Gesellschaft (Görgen, 2009, S. 250) und kommen bei marginalisierten Menschen wesentlich häufiger vor als bei anderen Mitbürgern (Fattah, 2002, S. 970). Sogenannte „hate crimes“, die sich fast ausschließlich gegen Personen richten, die von der Gesellschaft abgewertet, ausgegrenzt oder stigmatisiert werden unterstreichen derartige Prozesse von Gewalt, die durch gesellschaftliche Faktoren begünstigt werden (ebd., S. 968). Zudem verfügen Mitglieder der stigmatisierten Gruppe aufgrund ihres abweichenden Verhaltens und Lebensstils meist nicht über die sozialen Ressourcen, die für den Schutz gegen eine Viktimisierung erforderlich wären. So spielt der Lebensstil für die Wahrscheinlichkeit einer Viktimisierung eine wichtige Rolle (ebd., 969f.), welcher bei Schizophreniekranken geprägt ist durch die Erkrankung und einem damit oftmals einhergehenden

sozialen Abstieg in Verbindung mit den negativen gesellschaftlichen Reaktionen. Krumm et al. (2018) zeigen in ihrer Untersuchung, dass ein Mangel an Eingebundensein in Beschäftigung, Bildung und tagesstrukturierende Angebote das Viktimisierungsrisiko erhöht (S. 72). Hingegen fanden Hodgins, Lincoln & Mak (2009) in einer Untersuchung von N = 225 Schizophreniekranken heraus, dass eine hohe Alltagsfunktionalität im Bereich Wohnen, Arbeit und Freizeit im Zusammenhang mit eigenen Gewalt- bzw. Viktimisierungserfahrungen besteht (S. 450f.). Das gehäufte Vorkommen von Viktimisierung bzw. Gewalt gegen Schizophreniekranken kann im Wesentlichen auf die gesellschaftlichen Prozesse der Stigmatisierung zurückgeführt werden. Darüber hinaus konnte in der Untersuchung von Krumm et al. (2018) gezeigt werden, dass auch ein Zusammenhang zwischen Viktimisierung und ausgeprägter Produktivsymptomatik besteht (S. 71). Dabei kann die Symptomatik als verhaltensbezogener Risikofaktor für Viktimisierung eingeordnet werden, sodass bestehende Produktivsymptome von Dritten als provokantes Verhalten wahrgenommen werden und sich dadurch das Risiko für Missverständnisse und konflikträchtige Interaktionen, die in Gewalt eskalieren können, verstärkt (ebd., S. 73). Zudem kann es dabei, infolge erhöhter Produktivsymptomatik zu einem stärkeren Fokus auf das innere Erleben bei den Erkrankten kommen, womit die Aufmerksamkeit gegenüber Interaktionspartnern sinkt und eine angemessene Steuerung sozialer Interaktionen erschwert wird. Durch die vordergründige Produktivsymptomatik und ein damit einhergehendes riskantes Verhalten und reduziertes Sicherheitsdenken erhalten Betroffene eine sogenannte „Opferattraktivität“ (ebd.), sodass sich infolge der psychotischen Symptomatik die Wahrscheinlichkeit für gewalttätige Übergriffe bzw. Viktimisierung vergrößern kann. Dazu werden bei Schizophreniekranken mit bestehender Suchterkrankung signifikant mehr Gewaltübergriffe, die gegen die Person gerichtet sind, verzeichnet als im Vergleich zu Menschen mit einer anderen psychischen Erkrankung (ebd., S. 71).

Viktimisierung stellt einen wichtigen Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten Schizophreniekranker dar. Dabei kann Viktimisierung sowohl als Folge des eigenen gewalttätigen Verhaltens entstehen, als auch als relevanter „Antrieb“ für das Entwickeln von Gewaltverhalten fungieren. Krumm et al. (2018) können in diesem Kontext einen Zusammenhang zwischen Viktimisierung und eigener Gewalttätigkeit bei psychisch kranken Menschen belegen. Nach dieser Studie kann das eigene Gewaltverhalten das Risiko von psychisch Kranken, selbst körperliche Gewalt zu erfahren um das Vierfache erhöhen (S. 71). Wiederum erhöhen Viktimisierungs- bzw. Gewalterfahrungen von psychisch Kranken das Risiko hinsichtlich der Entwicklung eigener Gewalttätigkeit um das Sechsfache (ebd.). Demnach ist der Einfluss von Viktimisierung auf das Entwickeln von Gewaltverhalten stärker als der Einfluss von eigener Gewalttätigkeit auf die Viktimisierung bzw. Gewalterfahrungen. Anhand einer amerikanischen Analyse von N = 4.474 psychisch Kranken kann wiederum ein starker

Zusammenhang zwischen Viktimisierung und eigenem Gewaltverhalten demonstriert werden. Von der Stichprobe konnte bei dem weitaus größten Anteil (von 18 %) eine Viktimisierung und eigene Gewaltausübung beobachtet werden, während 6 % der Stichprobe ausschließlich Gewalt ausübten und 13 % ausschließlich Gewalt bzw. Viktimisierung erfuhren (Johnson, Desmarais & van Dorn, 2015, zitiert nach Krumm et al., 2018, S. 71f.). Darüber hinaus zeigen Krumm et al. (2018) anhand einer Studie von Sadeh, Binder & McNiel (2014), dass eine sechs Monate zurückliegende Viktimisierung in Form von Gewaltübergriffen gegen die Person das Risiko für eigene Gewaltausübung von psychisch Kranken noch im Folgejahr signifikant erhöhte während andere Risikofaktoren für das Entwickeln von Gewaltverhalten eine untergeordnete Rolle spielten (Sadeh, Binder & McNiel 2014, zitiert nach Krumm et al., 2018, S. 72).

Die Reaktionen auf eine Viktimisierung können deliktspezifisch unterschiedlich ausfallen und sind bei Gewaltdelikten meist gravierend (Görge, 2009, S. 253). Neben physischen und psychischen Schädigungen bewirken Viktimisierungen auch verhaltensbezogene Effekte, wie sozialen Rückzug, selbstschädigendes Verhalten (z. B. Substanzmissbrauch, suizidale Handlungen) und auch antisoziales, delinquentes Verhalten als Reaktion auf die eigene Viktimisierung (ebd.). Viktimisierungen sind also häufig mit eigener Gewalttätigkeit gegenüber anderen aber auch mit Gewalt gegenüber sich selbst bzw. Suiziden verknüpft (Krumm et al., 2018, S.73). Dazu können eigene Gewalterfahrungen bzw. Viktimisierung die Schwere und den Verlauf der psychischen Erkrankung beeinflussen (ebd., S. 67). Abschließend kann festgehalten werden, dass Viktimisierung eine Folge gewalttätigen Verhaltens Schizophreniekranker ist (Hodgins & Müller-Isberner, 2014, S. 276), aber darüber hinaus auch einen wichtigen Risikofaktor hinsichtlich des Gewaltverhaltens schizophrener Erkrankter darstellt. Auch kann die Stigmatisierung Betroffene in eine Opferrolle drängen, wodurch das Risiko einer gewalttätigen Viktimisierung verstärkt wird, was bei Schizophreniekranken gehäuft vorzufinden ist. Daneben sind eine bestehende Produktivsymptomatik, Alkohol- bzw. Drogenkonsum, eigene Gewalttätigkeit und frühere Gewalterfahrungen weitere zentrale Risikofaktoren für eine Viktimisierung bei Schizophreniekranken (Krumm et al., 2018, S. 66).

3.4.5 Frühere Gewalttaten

Auffallend ist, dass schizophrene Erkrankte, die ein Gewaltdelikt begehen, oftmals bereits in ihrem früheren Lebenslauf gewalttätig waren. Für die Einschätzung des aktuellen Gewaltrisikos von Schizophreniekranken kann sich aus diesem Umstand *frühere Gewaltausübung* somit ein relevanter Risikofaktor für eine weitere bzw. zukünftige Gewalttätigkeit ergeben. Habermeyer & Lau (2012) führen in diesem Zusammenhang Ergebnisse einer Untersuchung von Schizophreniekranken

forensischen Patienten an. Dabei konnten bei 74 % der Patienten (von N = 45) bereits im Vorfeld des Unterbringungsdelikts Einträge aufgrund von (Gewalt-)Delikten im Bundeszentralregister festgestellt werden (S. 755). Pro Fall handelte es sich durchschnittlich um 3,7 Einträge. Im Schnitt wurden die Anzeigen drei bis viermal wegen Schuldunfähigkeit eingestellt, bevor es zur Einweisung in die forensische Klinik kam. Bei den Einträgen handelt es sich nicht lediglich um Bagatelldelikte, da in 60 %-80 % der Fälle der forensischen Patienten mit mehreren Delikten und wiederholt eingestellter Verfahren in der Vorgeschichte Körperverletzungs- und versuchte Tötungsdelikte begangen wurden (ebd.). Dem entsprechen auch die Ergebnisse der Untersuchung zu schizophren Erkrankten in einer forensischen Klinik von Kutscher, Schiffer & Seifert (2009). Hier hatten (von N = 470) 63,4 % der Patienten vor der Begehung ihres Unterbringungsdelikts durchschnittlich sieben Vorstrafen. Zudem begingen 40,1 % der schizophreniekranken Patienten Körperverletzung als Vordelikt (S. 94). Curtz (2016) stellt in ihrer Metaanalyse Befunde einer Untersuchung zu 146 einzelnen Risikofaktoren für Gewaltverhalten vor. Dabei zeigten die Faktoren *Vorstrafen* bzw. *frühere Gewalt* die stärkste Beziehung zu Gewaltverhalten bei Schizophreniekranken (S. 101f.). Außerdem können Maier et al. (2016) in ihrer Metaanalyse beobachten, dass insbesondere frühere (körperliche) Gewalthandlungen und männliches Geschlecht die voraussagestärksten Risikofaktoren für Gewalt darstellen (Witt, Lichtenstein & Fazel, 2015, zitiert nach Maier et al., 2016, S. 63). Vorstrafen bzw. frühere Gewaltausübung von Schizophreniekranken stellen demzufolge einen wichtigen Prädiktor für gewalttätiges Verhalten dar, jedoch gilt dies auch für Menschen ohne psychische Erkrankung. Die Wirkung von Vorstrafen auf das Gewaltisiko ist daher nicht unmittelbar von der psychiatrischen Erkrankung abhängig (Curtz, 2016, S. 102).

3.4.6 Soziodemografische Risikofaktoren

Bereits anhand der Studie von Stompe (2011) fiel beim Vergleich straffälliger bzw. gewalttätiger (N = 119) mit nicht- straffälligen (N = 105) schizophren Erkrankter vorwiegend ein Unterschied bzgl. der sozialen Faktoren und allgemeinen Kriminalitätsfaktoren auf (Stompe, 2011, S. 95). In Bezug auf die soziale Schicht sind in der Untersuchung deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennbar. Nur 2,5 % (von N = 119) der Schizophreniekranken, die durch Gewalttaten straffällig wurden, gehörten der Oberschicht an. Hingegen kamen 12,4 % (von N = 105 Nicht-Straffälligen) aus der Oberschicht (ebd.). Der größte Anteil straffälliger bzw. gewalttätiger schizophren Erkrankter gehörte der Unterschicht an (50,4 %). Andererseits kamen 36,2 % der nicht-gewalttätigen Schizophreniekranken aus der Unterschicht. Die Herkunft bzw. sozialen Lebensbedingungen können demnach eine Rolle bei der Gewaltentwicklung Schizophreniekranker spielen. Zudem kann in der Untersuchung beobachtet werden, dass der größte Anteil schizophren Erkrankter mit schweren

Gewaltdelikten (N = 75) der Unterschicht angehört (52,0 %) (ebd.). In Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind höhere Raten an Gewalttaten zu verzeichnen. Dies betrifft schizophrene Erkrankte in einem bedeutenden Ausmaß, sodass der sozioökonomische Status als relevanter Einflussfaktor auf die Psychose-Gewalt-Beziehung verstanden werden kann (Curtz, 2016, S. 104). Hingegen konnte in einer Untersuchung von Witt et al. (2013) konkretisiert werden, dass der Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Gewaltrisiko schizophrener Erkrankter gering ausfällt. Dennoch ist ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem erhöhten Gewaltrisiko verbunden (Witt et al., 2013, zitiert nach Curtz, 2016, S. 105). Des Weiteren können auch die sozialen Beziehungen Schizophreniekranker eine Mitwirkungsfähigkeit bei der Entwicklung von Gewalttaten besitzen. Zumindest lässt dies die Tatsache annehmen, dass ein überdurchschnittlich hoher Anteil gewalttätiger Schizophreniekranker in keiner stabilen Partnerschaft lebt. In der Untersuchung von Gewalttätigen mit leichten Delikten (N = 44) waren 95,2 % alleinlebend und nur 4,8 % lebten in einer stabilen Partnerschaft (Stompe, Ritter & Schanda, 2018, S. 111). Zudem waren von Schizophreniekranken, die schwere Gewaltdelikte verübten, (N = 75) 96,3% alleinstehend und nur 3,7 % verfügten über eine stabile partnerschaftliche Beziehung. Dies trifft in der Studie in geringerem Ausmaß jedoch auch auf Schizophreniekranker ohne Gewaltdelikte (N = 105) zu. Hiervon waren 82,6 % alleinstehend und immerhin 17,4 % lebten in einer stabilen Partnerschaft (ebd.). Die relativ hohe Rate an alleinstehenden Schizophreniekranken ohne stabile Partnerschaft betrifft demnach auch die Gruppe der Nicht-Gewalttätigen. Dies kann aus den krankheitsbedingten Auswirkungen auf das Sozialverhalten, bzw. die eingeschränkte Fähigkeit, stabile Beziehungen aufrechtzuerhalten, resultieren sowie eine Folge der Überforderung oder Ablehnung des sozialen Umfelds gegenüber schwer schizophren erkrankten Menschen darstellen. Dennoch ist die Anzahl alleinstehender schizophrener Erkrankter in den Untersuchungen bei Gewalttätigen auffallend hoch und nur in der Gruppe der Nicht-Gewalttätigen kann ein im Vergleich relativ hoher Anteil von partnerschaftlich Eingebundenen beobachtet werden. Insofern kann der Umstand einer partnerschaftlichen Beziehung als Einfluss- bzw. Risikofaktor für das Entwickeln von Gewaltverhalten bei Schizophreniekranken interpretiert werden. Dabei ist das Fehlen dieses Faktors hier als Risikofaktor für Gewalt zu verstehen. Durch eine weitere Untersuchung können die dargestellten Befunde und ihre Gewichtung untermauert werden. Hierbei lebten nur 2 % (von N = 98) der Patienten, die Tötungsdelikte begingen in den sechs Monaten vor der Tat in einer Partnerbeziehung. Dazu waren 89,8 % von ihnen arbeitslos, was auf den sozioökonomischen Status der Personen als Risikofaktor für Gewalt verweist (Stompe & Schanda, 2018, S. 158). Darüber hinaus konnten Kutscher, Schiffer & Seifert (2009) in ihrer Untersuchung zu schizophrenen Patienten in der Forensik (N = 470) ermitteln, dass der Anteil wohnungsloser Patienten im Jahr 2006 im Vergleich zu 1994 auf 14 % gestiegen ist. Der gestiegene Anteil von Patienten ohne festen Wohnsitz betrifft dabei vor allem Schizophreniekranker, die

Körperverletzungsdelikte begangen haben. Im Jahr 2006 (N = 470) ergibt sich daraus ein Anteil schizophrener Patienten von 22,3 % ohne festen Wohnsitz (Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 94). Das demonstriert den sozialen Abstieg und die Verschlechterung der sozialen Situation in der Gruppe gewalttätiger Schizophreniekranker, die letztlich auch durch Einfluss dieser sozialen Faktoren gewalttätiges Verhalten entwickeln.

Dementsprechend sind schizophren Erkrankte in stärkerem Ausmaß Risikofaktoren (für gewalttätiges bzw. kriminelles Verhalten) wie Obdachlosigkeit, Armut und Mangel an sozialer Unterstützung ausgesetzt (Schalast, 2012, S. 180). Dabei sind Risikofaktoren für ein allgemein kriminelles Verhalten bei Schizophreniekranken stärker von Umweltbedingungen abhängig, wie z. B. Diebstahl infolge materieller Not oder Körperverletzungsdelikte in stresserzeugenden sozialen Milieus (ebd.). Wenn Schizophreniekranken soziale Risikofaktoren aufweisen, entscheidet die psychotische Symptomatik häufig über den Schweregrad des (zu befürchtenden) (Gewalt-)Delikts (Stompe, 2011, S. 97).

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Gruppe, die hinsichtlich eines Gewaltdelikts als besonders gefährdet eingestuft wird, von Schizophreniekranken gebildet wird, die neben den bereits in den vorherigen Kapiteln dargestellten Gewalttrisikofaktoren über keine stützenden sozialen Kontakte verfügen und einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen (Schalast, 2012, S. 182). Denn die soziale Struktur, in die eine schizophrene erkrankte Person eingebettet ist, spielt für die Entwicklung gewalttätigen Verhaltens eine wichtige Rolle. Angespannte Situationen, die letztlich zu Aggressionen führen, können durch belastende negative Ereignisse (wie Arbeitsplatzverlust, Trennung und soziale Desintegration) ausgelöst werden (Curtz, 2016, S. 91). Soziale Desintegration bzw. Desorganisation beinhalten bspw. belastende Ereignisse, wie den Zusammenbruch von familiären Systemen, in deren Folge es dem Einzelnen an Halt und Unterstützung fehlt. Daher fördert soziale Desorganisation bzw. -integration belastende Ereignisse im Leben Schizophreniekranker, wodurch die Wahrscheinlichkeit für gewalttätiges Verhalten steigt (ebd.). Nicht außer acht gelassen werden darf in diesem Kontext der im Kapitel 2.2.2 dargestellte Hintergrund der Stigmatisierung. Denn erwiesenermaßen können soziale Zurückweisung und die Blockierung eigener Ziele von außen zu vermehrt aggressivem Verhalten führen (Werth, Seibt, Mayer, 2020, S. 335f.). Schizophreniekranken erfahren diese Zurückweisung z. B. durch die soziale Distanzierung infolge der Stigmatisierung. Zudem treten bei sozialer Zurückweisung ähnliche Gehirnaktivitäten auf, wie bei physischen Schmerzen, die aggressives Verhalten herbeiführen können (ebd., S.337). Dazu kann die starke berufliche und partnerschaftliche Desintegration von schizophren erkrankten Gewalttätern die Auswirkungen der doppelten Stigmatisierung verdeutlichen, wobei die psychotische Erkrankung und die Krankheitsfolgen auch als kokausal, also in Wechselwirkung zueinander, zu betrachten sind (Haller et al., 2001, S. 864).

Neben der sozialen Struktur Schizophreniekranker können auch die Merkmale *Alter* und *Geschlecht* einen Einfluss auf das Gewaltverhalten haben. Deutlich wird, dass vor allem schizophrene erkrankte Männer in allen Studien zu registrierten Gewalttaten dominieren. Dies zeigt zum einen die Studie von Fazel et al. (2014), in der (N = 24.279) Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in Schweden untersucht wurden. Hier wurden 10,7 % der Männer (von N = 14.621) innerhalb von fünf Jahren nach ihrer Diagnosestellung aufgrund eines Gewaltdelikts verurteilt (S. 46f.). Hingegen wurden (von N = 9.676) schizophrene Frauen 2,7 % innerhalb der fünf Jahre nach der Diagnose durch eine Gewalttat strafrechtlich auffällig (ebd., S. 46). Dementsprechend begingen pro 10.000 Einwohner im Jahr 2.431 schizophrene Männer und 527 schizophrene Frauen eine Gewalttat. Erkrankte Männer begehen somit im Vergleich zu Frauen etwa 4,6-mal häufiger Gewalttaten (ebd., S. 47). Auch in der Untersuchung von Haller et al. (2001) zu schizophren erkrankten Straftätern in der Forensik überwiegt der Anteil männlicher Gewalttäter. Von N = 82 schizophrene Straftätern waren 72, also 87,8 % männlich und 10 bzw. 12,2 % weiblich. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Tat belief sich auf 32,9 Jahre (ebd., S. 861). Übereinstimmend mit diesem Befund sind zudem die Ergebnisse von Kutscher, Schiffer & Seifert (2009). Hier war die Mehrheit (94,0 %) der forensischen schizophrene Patienten männlich. Dazu lag das Durchschnittsalter zur Tatzeit ebenfalls bei 32,9 Jahren (ebd., S. 93). Auch Maier et al. (2016, S. 59) und Curtz (2016, S. 104) konnten in ihrer Metaanalyse feststellen, dass ein männliches Geschlecht sowie ein jüngeres Erwachsenenalter starke soziodemografische Einfluss- bzw. Risikofaktoren für Gewalt bei Schizophreniekranken darstellen.

4. Gewaltmanagement in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung

Fraglich ist in Bezug auf die dargestellten Gewalttrisikofaktoren, welche Konsequenzen sich nun daraus für die Behandlung schizophrene Erkrankter mit einem erhöhten Gewaltisiko ergeben und inwiefern die Allgemeinpsychiatrie und deren bestehende Behandlungsstrukturen dem Bedarf dieser Patientengruppe gerecht werden können. Dazu soll zunächst auf wichtige Erkenntnisse zu den problematischen Entwicklungen und strukturellen Gegebenheiten der Allgemeinpsychiatrie eingegangen werden, die sich hinderlich auf eine effiziente Behandlung zur Gewaltprävention bei der Patientengruppe von schwer Erkrankten mit Gewaltisiko auswirken können.

4.1 Strukturelle Entwicklungen und Behandlungsschwächen der Allgemeinpsychiatrie

Die Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit von gewalttätigen schizophrene erkrankten Patienten bereits vor der Unterbringung in den MRV und vor Begehung des Gewaltdelikts in der

allgemeinpsychiatrischen Regelversorgung behandelt wurde, lässt Behandlungsprobleme vermuten, woraus sich ein Erkenntnis- und Handlungsbedarf ergibt. Zudem wirft auch der Umstand des stark angestiegenen Anteils schizophrener Patienten in der Forensik Fragen nach den Hintergründen auf. Diese gilt es zu beleuchten, um das Gewaltverhalten Schizophreniekranker, hinsichtlich der Häufigkeit und der Risikofaktoren sowie deren Ursachen besser interpretieren zu können.

Im Zuge von Reformprozessen der Psychiatrie, zur Ablösung der alten Anstaltspsychiatrie, die ihre Anfänge in den frühen 1970er Jahren hatten, kam es u. a. in Deutschland zu wesentlichen Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen. Durch den Abbau von stationären Einrichtungen mit Aufbewahrungscharakter kam es in der Allgemeinpsychiatrie zum Aufbau von ambulanten Versorgungsstrukturen und damit auch zum stetigen Bettenabbau und einer Verkürzung der Behandlungsdauer (Schalast, 2012, S. 181). Die Gruppe der schwer schizophren erkrankten Menschen und ihre Bedürfnisse wurden in den Reformbestrebungen jedoch vernachlässigt, sodass die Allgemeinpsychiatrie diese nicht mehr adäquat behandeln kann (Schanda, 2011, S. 75). Als Folge fallen bestimmte, meist schwer chronisch Schizophreniekranken aus der psychiatrischen Regelversorgung heraus. Sie sind im zunehmenden Maße von sozialer Exklusion betroffen und werden nach (Gewalt-)Delikten zu Patienten in der Forensik (ebd.). So beschreibt Schanda (2011) diese Gruppe Schizophreniekranker als eine *„durch schwere, chronische Verläufe, hohe Komorbiditätsraten, Krankheitsuneinsichtigkeit und Non-Compliance charakterisierte Subgruppe“* (Schanda, 2011, S. 73), die ein Gewaltisiko entwickelt. Diese Gruppe Schizophreniekranker bildet die große Mehrheit in der Forensik (Kröber, 2017, S. 69). Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der allgemeinpsychiatrischen Versorgung kam es infolge der Reformprozesse insbesondere für diese Gruppe der schizophren erkrankten Patienten zu bedeutungsvollen Veränderungen, sodass zwischen 1977 und 2004 ein Rückgang der Behandlungsprävalenz dieser Patientengruppe registriert werden kann (Schanda, 2018a, S. 24). Bei schizophreniekranken Patienten kam es bis 1993 zu einem Anstieg der Patienten-Jahre von 36 % auf 41 % und danach folgte im Jahr 2004 ein Rückgang auf 20 %, während es bei anderen Diagnosegruppen hingegen zu einem starken Anstieg um das Zwei- bis Dreifache kam (ebd.). Ähnliches konnte auch in Bezug auf die jährliche Behandlungsprävalenz schizophrener Patienten beobachtet werden. Diese stieg von 1977 bis 1989 zunächst von 4,0 auf 7,3 pro 10.000 Einwohner und ging bis zum Jahr 2004 auf 2,2 pro 10.000 Einwohner zurück. Zudem konnte trotz des Ausbaus ambulanter Versorgungseinrichtungen darin eine Abnahme der Behandlungsepisoden von schizophrenen Patienten registriert werden (ebd., S. 25). Infolge der Psychiatriereform verteilen sich die Ressourcen der Allgemeinpsychiatrie dahingehend, dass „leichter erkrankte“ Patienten intensiver behandelt werden und die Ressourcen für die „schwer Erkrankten“ abnehmen. Durch diese

Verlagerung der Ressourcen kommt es zur Vernachlässigung der „problematischen“ Patientengruppe schizophrener Erkrankter mit einem erhöhten Gewaltrisiko (Heinze, 2013, S. 8f.). Auffallend sind in diesem Zusammenhang Ergebnisse der schwedischen Studie zum Gewaltrisiko Schizophreniekranker. Darin konnte im Zeitraum zwischen 1972 und 2009 ein signifikanter Zusammenhang von einer kontinuierlichen Reduktion der Belegtage in psychiatrischen Kliniken und einem langsamen Anstieg der Gewaltdelinquenz Schizophreniekranker festgestellt werden (Fazel et al., 2014, S. 52f.). Das kann die Konsequenzen der reformbedingten Entwicklungen der Allgemeinpsychiatrie für die schizophren erkrankten Patienten nochmals verdeutlichen und zeigt, dass diese auch folgenreich für das Entstehen des Gewaltrisikos der Patientengruppe sein können, so dass reformbedingt das Gewaltverhalten gefördert wird.

Zudem wurde bzw. wird während in der Regelversorgung eine Deinstitutionalisierung mit stetiger Bettenreduktion und eine Verkürzung der Behandlungsdauer stattgefunden hat, die forensisch-psychiatrische Versorgung ausgebaut (Schalast, 2014, S. 184), wodurch eine Trennung beider Bereiche auf institutioneller Ebene erfolgte (Heinze, 2013, S. 8). Dass die Veränderungen des allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystems im Zusammenhang mit den Entwicklungen der forensischen Psychiatrie und dem Gewaltverhalten Schizophreniekranker stehen, kann mit Saimeh (2013) verdeutlicht werden: *„Der Bettenabbau in der psychiatrischen Regelversorgung um 46 % im Zeitraum von 1990 bis 2005 ohne Reduktion der Patientenzahl geht einher mit dem Anstieg der forensischen Behandlungsplätze. Je weniger Betten für die (...) Behandlung schizophrener Menschen zur Verfügung stehen, desto eher führt der Weg infolge krankheitsbedingter Straftaten (bei unzureichend stationärer Behandlungsdauer) zur Einweisung in die Forensik“* (Saimeh, 2013, S. 20f.).

Es wird deutlich, dass die Allgemeinpsychiatrie ihrem Auftrag zur Verhinderung gewalttätigen Verhaltens psychisch kranker Patienten nur unzureichend nachkommt und dieser letztlich an die forensische Psychiatrie übertragen wird, wodurch das Gewaltrisiko sowie das Risiko einer „Forensifizierung“ der schizophren erkrankten Subgruppe wächst und in Kauf genommen wird. Die allgemeinpsychiatrische Regelversorgung muss zunächst also ihre Zuständigkeit für die Subgruppe schwer schizophrener Erkrankter (wieder-)erkennen und bedarf dabei auch der Ressourcen, um dieser Verantwortung gerecht werden zu können (Schalast, 2012, S. 182f.).

In Bezug auf den Aspekt des stark angestiegenen Anteils schizophrener Patienten in forensischen Kliniken ist anzumerken, dass für diese Entwicklung auch eine restriktivere Entlassungspraxis sowie die Länge der Unterbringungszeiten mitverantwortlich sind. Bei Entscheidungen bzgl. der Entlassung schizophrener Patienten werden hier strengere Maßstäbe angelegt (Schalast, 2012, S. 180). Verglichen mit früheren Jahren werden etwa halb so viele Patienten pro Jahr freigestellt (Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 91). Dies kann eng mit einem veränderten Sicherheitsbedürfnis in der Gesellschaft bei einem tatsächlich geringen Sicherheitsrisiko zusammenhängen (Saimeh, 2013, S. 19).

Eine solche Veränderung kann in Form einer Zunahme des Sicherheitsbedürfnisses im gesellschaftlichen Leben verzeichnet werden, sodass Risikoerkennung und -kontrolle wichtiger werden und auf Risiken, die von Schizophreniekranken ausgehen dann rechtlich nachhaltiger reagiert wird (Schalast, 2012, S. 180). Die veränderte gesellschaftliche Grundhaltung kann also zu der verlängerten Verweildauer der Patienten in der Forensik geführt haben (Saimeh, 2013, S. 19). Denn aus den Unterbringungszeiten in der Forensik ergeben sich meist Klinikaufenthalte von mindestens fünf Jahren (Schalast, 2012, S. 180), was sich letztlich auch in den erhöhten Belegzahlen der Forensik niederschlagen kann. Zudem führten früher nur schwere Straftaten bzw. schwere Gewaltdelikte zur Einweisung in die Forensik, während nun zunehmend auch andere Delikte von schizophren Erkrankten zur Unterbringung führen (Saimeh, 2013, S. 19). Die Annahme, dass die Zunahme der Anzahl schizophrener Patienten in der Forensik einzig auf eine Gewaltzunahme bei den Erkrankten zurückzuführen ist, wäre nach den aufgeführten Hintergründen undifferenziert und würde wichtige Faktoren, die derartige Entwicklungen begünstigen, ausblenden. Denn die Gründe für die Zunahme schizophrener Patienten im forensischen Setting sind vielfältig und komplex miteinander verknüpft (ebd.).

Eine unzureichende Versorgung der Subgruppe schizophrener Erkrankter in der Allgemeinpsychiatrie drückt sich auch darin aus, dass bei der Entlassung ein höheres Wiedererkrankungs- und Gewaltisiko in Kauf genommen wird als bei der Entlassung aus der Forensik. So konnten Lincoln et al. (2006) in ihrer Untersuchung zu allgemeinpsychiatrischen und forensischen Patienten zeigen, dass die Patienten der Allgemeinpsychiatrie im Vergleich zu den forensischen Patienten mit einer weitaus höheren Symptombelastung entlassen werden, was im Hinblick auf das Gewaltisiko und eine mögliche „Forensifizierung“ ein großes Problem darstellt (ebd., S. 585). Zudem ist das Risiko, Gewaltdelikte zu begehen, bei den forensisch untergebrachten Patienten bereits überwiegend in der Vergangenheit bzw. im allgemeinpsychiatrischen Setting erkennbar gewesen. Die stationäre oder ambulante Behandlung ist für diese Patienten dort jedoch meist problematisch verlaufen bzw. wurde frühzeitig abgebrochen. Dabei wurden diese Patienten von den Fachkräften häufig als bedrohlich erlebt (Schalast, 2012, S. 184). Zusätzlich kann auch das Gewaltverhalten der (schizophrenen) Patienten innerhalb des institutionellen Rahmens der Psychiatrie das Problem der Verlagerung dieser bestimmten Patientengruppe in die Forensik sowie die in der Psychiatrie unzureichend praktizierten Gewalt vorbeugenden Behandlungsstrategien widerspiegeln. Infolge der Verkleinerung von psychiatrischen Einrichtungen hat die Häufigkeit von Gewalt gegen Mitarbeiter durch akut schizophrene Erkrankte zugenommen, was eine enorme Belastung insbesondere für das Pflegepersonal darstellt. Daher liegt die Vermutung nahe, dass nicht danach gedrängt wird, schwierige und bedrohliche Patienten langfristig zu behandeln. Vielmehr werden dann Behandlungsabbrüche hingenommen, wenn mit den Patienten innerhalb einiger Tage oder Wochen

keine Compliance aufgebaut werden kann (Schalast, 2012, S. 182). Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Auffassung einiger Vertreter von allgemeinspsychiatrischen stationären Institutionen, die sich in Bezug auf das des Gewaltvorkommen innerhalb der Behandlung gegen Zwangsmaßnahmen aussprechen (welche das Potenzial zum Abwenden von Gewaltübergriffen haben), um damit das Gewaltrisiko gegen Mitarbeiter senken zu wollen. Dazu wird von selbigen erkannt, dass Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Gewaltereignissen erforderlich sind und es wird beansprucht, dass diese optimiert werden müssen (Müller et al., 2017, S. 264). Denn aggressive Handlungen im psychiatrischen Setting beruhen eher auf dem Fehlen von Strategien und Ressourcen, die gewalttätiges Verhalten von Patienten verhindern könnten (Nedopil, 2011, S. 95).

Dies macht auf ein weiteres Problem aufmerksam, was sich auf das Selbstverständnis der Akteure in der Psychiatrie und deren Rollenverständnis bezieht. Heinze (2013) führt in diesem Kontext auf, dass im Zuge der Psychiatriereform eine Verdrängung der Gewaltproblematik im psychiatrischen Alltag stattgefunden hat. Das führe zu einer Auslese von „therapiefähigen“ und „therapieunfähigen“ Patienten und zu der Haltung, dass „schwierige Fälle“ die Mühe einer langfristigen Behandlung nicht wert seien (S. 10). Zudem ist es problematisch, wenn die Akteure der Psychiatrie innerhalb der Therapie eine Rolle einnehmen, die ausschließlich auf Augenhöhe, Freiwilligkeit und gegenseitiger Sympathie beruht. Denn auf diese Weise wird verleugnet, dass der psychiatrische Beruf und dessen Auftrag darin besteht, allen psychisch Kranken (auch denen mit anderen Bedarfen) gerecht zu werden. Aus diesem einseitigen Rollenverständnis wird auch eine Ablehnung der Ordnungsfunktion der Psychiatrie erkenntlich, in der konfliktreiche Auseinandersetzungen manchmal unvermeidlich und Grenzsetzungen erforderlich sind (Heinze, 2013, S. 10; Schalast, 2014, S. 185).

Abschließend kann festgehalten werden, dass die allgemeinspsychiatrische Regelversorgung im Vergleich zur forensischen Versorgung Schwächen aufweist, Gefährlichkeit aufgrund des Gewaltrisikos einiger Patienten zu erkennen bzw. zu mindern. Dieser Missstand der unzureichenden Behandlung kann das Gewaltverhalten Schizophreniekranker bestärken (Kröber, 2008, S. 131), da therapeutisch nicht ausreichend und rechtzeitig eingegriffen wird, um das Gewaltrisiko bestimmter Patienten zu minimieren. Darüber hinaus könnte dem Problem der stark angestiegenen Zahl von schizophren erkrankten Patienten in der Forensik entgegengewirkt werden, indem die psychiatrische Regelversorgung ausreichend Ressourcen für die schwer erkrankte Gruppe Schizophreniekranker mit einem erhöhten Gewaltrisiko im Rahmen einer Vollversorgung zur Verfügung stellen würde (Heinze, 2013, S. 9). Es ist festzustellen, dass den betroffenen Schizophreniekranken mit einem hohen Behandlungsbedarf zur Verbesserung ihrer Situation und zur Reduktion des krankheitsbedingten Gewaltverhaltens lediglich die Unterbringung in die Forensik als Option zur Verfügung steht, um eine personalintensive, beziehungskonstante und vor allem langandauernde Behandlung erhalten zu können (ebd.). Dieser Zustand ist im Sinne des Wohls der Erkrankten und ihrer Mitmenschen nicht

haltbar, da er bedeutet, dass eine sinnvolle Behandlung erst in die Wege geleitet wird, nachdem schwere Straf- und Gewalttaten bereits stattgefunden haben (Schalast, 2012, S. 182). Genau diese Gewalthandlungen könnten jedoch durch eine frühere adäquate Behandlung verhindert werden.

4.2 Empfehlungen und Konsequenzen für eine gewaltpräventive Behandlung

An dieser Stelle soll auf Empfehlungen und Konsequenzen eingegangen werden, die sich aus den Problemen und Hürden der Behandlung in der allgemeinspsychiatrischen Regelversorgung von Schizophreniekranken mit einem erhöhtem Gewaltisiko ergeben. In diesem Kontext werden exemplarisch Modellprojekte herangezogen, die auf konkrete Behandlungsschwierigkeiten reagieren.

Vorweg genommen werden soll zunächst, dass eine suffiziente Behandlung der Grunderkrankung die wichtigste Maßnahme zur Verhinderung aggressiven Verhaltens psychotischer bzw. schizophren erkrankter Patienten darstellt (Heilmann & Schanda, 2006, S. 125). Denn eine adäquate Behandlung kann, wie bereits in Kapitel 3.4.2 deutlich wurde, eine stark präventive Wirkung auf die Gewalttätigkeit bei Schizophreniekranken entfalten. Hodgins (2006) bekräftigt diesen Befund mit der Erkenntnis, dass von schwer Erkrankten, die sich nicht mehr in einer Behandlung befinden, mehr (Gewalt-)Delikte begangen werden als von denen, die sich in einer psychiatrischen Behandlung befinden (S. 12). Eine Verbesserung der Situation der Gruppe schizophrener Erkrankter mit Gewaltisiko mit der Folge einer Verhinderung von Gewalttaten kann nach Schalast (2012) nur durch eine Optimierung der Behandlungsmöglichkeiten erzielt werden (S. 184). Dies entspricht auch den bisherigen Erkenntnissen aus dieser Arbeit, die sich insbesondere in Kapitel 3.4.2. herauskristallisiert haben. Doch mit welchen zusätzlichen Behandlungsmaßnahmen kann in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung das Gewaltisiko und die drohende forensische Einweisung einiger schizophrener Patienten reduziert werden?

Bereits aus Kapitel 3.4.2 können Probleme aufgrund einer unzureichend langen Behandlung und einer unzureichenden ambulanten Nachversorgung bei Schizophreniekranken mit Gewaltverhalten abgeleitet werden. Um diesem Problem einer unzureichend langen Behandlung und Nachsorge in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung zu begegnen, sollten nach Schalast (2012) in Fachkliniken gut ausgestattete Stationen errichtet werden, die insbesondere für Patienten, denen krankheitsbedingt Straffälligkeit und infolgedessen eine forensische Einweisung droht, zuständig sind (S. 183). Dabei sollten die Patienten ausreichend lange, voraussichtlich mehrere Monate, behandelt und anschließend in eine strukturierte Nachsorge entlassen werden (ebd.). Eine ähnliche Forderung äußert Heinze (2013). Ihm zufolge müssten spezielle Angebote für schizophrene Patienten mit Gewaltverhalten etabliert werden. Entgegen der Empfehlung von Schalast sollten diese Angebote

jedoch nicht in Form spezieller stationärer Bereiche stattfinden, sondern als Teil der Regelversorgung, bspw. In Form von ressourcenreichen ambulanten Teams für Patienten mit Gewalttrisikoverhalten. Zudem plädiert dieser Autor ebenso für gute Nachsorgeprogramme nach stationären Aufenthalten in der Psychiatrie (S. 11). Frommann et al., (2012) greifen die Empfehlung eines ambulanten ressourcenreichen Teams auf und spezifizieren diese Interventionsmöglichkeit. Sie empfehlen, eine „ambulante Komplextherapie“ zu entwickeln, welche dem Bedarf der Zielgruppe angepasst werden soll, um die Behandlungsmöglichkeiten der Regelversorgung zu ergänzen. Dabei soll innerhalb des Behandlungsprogramms ein Schwerpunkt auf Gewaltprävention und Psychoedukation liegen. Ergänzend soll therapeutisch insbesondere auf die Behandlungs-Compliance, Krankheitseinsicht, auf Psychosesymptome sowie auf das Suchtverhalten der Patienten eingegangen werden (S. 188). Letztere stellen wichtige Faktoren hinsichtlich des Gewalttrisikos Schizophreniekranker dar und sollten daher innerhalb einer Behandlung, die auf eine Reduktion des Gewalttrisikos abzielt, unbedingt berücksichtigt werden. Denn wie bereits in Kapitel 3.4.3 dargestellt, treten komorbide Suchterkrankungen gehäuft bei schizophrenen Patienten mit Gewaltverhalten auf und gelten als Risiko für aggressives Verhalten. Auch gelten komorbide Suchterkrankungen als Faktoren, die zur unzureichenden Medikamenteneinnahme beitragen können (Habermeyer & Lau, 2012, S. 754), was wiederum einen starken Einfluss auf das Gewaltisiko schizophrener Patienten haben kann. Zudem konnte gezeigt werden, dass eine langfristige und konstante Behandlung das Gewaltisiko am deutlichsten senken kann. Als Voraussetzung dafür gilt die Erarbeitung einer Krankheitseinsicht und Compliance bei den Patienten im Rahmen einer Behandlung, was mit diesem Behandlungsprogramm angestrebt wird. Ziel der Intervention ist es letztlich, Patienten, die sich bereits fremdgefährdend verhalten haben und über das PsychKG untergebracht werden, in der ambulanten Versorgung zu halten und Behandlungsabbrüche zu vermeiden (ebd.). Interventionen mit dieser Zielsetzung sind sinnvoll und werden benötigt, da wie in Kapitel 3.4.2 gezeigt werden konnte, ein überwiegender Anteil der gewalttätigen Schizophreniekranken bereits im Vorfeld der Gewaltdelikte psychiatrisch behandelt wurde, im späteren Verlauf jedoch aus den Behandlungsbezügen der Allgemeinpsychiatrie herausgefallen sind (Haller et al., 2001, S. 863).

Insgesamt geht es bei der Behandlungsoptimierung im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem also darum, Behandlungsabbrüche zu vermeiden, die Patienten in den Behandlungsbezügen zu halten sowie eine langfristige bedarfsgerechte Behandlung mit der Zielsetzung anzustreben, Krankheitseinsicht und Compliance zu fördern. Es bleibt jedoch unklar, wie genau das Herausfallen aus den Behandlungsbezügen nach einer stationären Unterbringung in der Psychiatrie verhindert werden kann. Denn dafür müssen auch gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die es der Allgemeinpsychiatrie überhaupt ermöglichen, die Patienten bei einer krankheitsbedingten Ablehnung gegen eine Behandlung und gleichzeitiger Selbst- und Fremdgefährdung adäquat behandeln zu

können. Denn in der Praxis wird bei Einweisungen in die Allgemeinpsychiatrie nach dem PsychKG höchstens die sechs-wöchige Frist der vorläufigen Unterbringung ausgeschöpft. Dabei werden Patienten meist über den Weg einer freiwilligen Erklärung vorzeitig entlassen bevor eine Besserung eingetreten ist (Schalast, 2012, S. 183). So kann das Problem, das viele Schizophreniekranken mit einer hohen Symptombelastung aus der Allgemeinpsychiatrie entlassen werden, auch auf das Problem fehlender rechtlicher Regelungen zurückgeführt werden. Hier setzen zwar die empfohlenen Behandlungskonzepte der Nachversorgung an, aber das Problem einer rechtlichen Hürde in der Allgemeinpsychiatrie bleibt bestehen, wodurch voraussichtlich nicht alle in Frage kommenden Patienten dauerhaft erreicht werden können.

Hodgins (2006) äußert in diesem Kontext, dass es neben der Veränderung von Behandlungspraktiken auch neuer gesetzlicher Regelungen bedarf, um bspw. Zwangsbehandlungen im ambulanten Bereich zu ermöglichen (S. 7). Auf diese Weise könnte dem Problem, dass viele Erkrankte, die als potenziell selbst- und fremdgefährdend einzustufen sind, eine ambulante Behandlung bzw. Nachversorgung ablehnen oder nur teilweise annehmen (ebd., S. 12) entgegengewirkt werden. Die Autorin greift damit ein wichtiges, aber auch umstrittenes Thema der Psychiatrie auf, welches im Hinblick auf die Frage nach erforderlichen Behandlungsmaßnahmen insbesondere für die Gruppe Schizophreniekranker mit selbst- und fremdaggressiven Verhalten und drohender „Forensifizierung“ jedoch nicht ausgeblendet werden darf. Denn nach der stationären Entlassung gemäß PsychKG geraten diese Patienten nach Absetzen ihrer Medikation meist erneut in prekäre Lebenslagen, in denen eine Verschlimmerung der Erkrankung und daraus resultierender Konsequenzen droht (Schalast, 2014, S. 183), was sich wiederum in Gewaltverhalten und einer forensischen Unterbringung niederschlagen kann. Hier setzt die Forderung von Hodgins (2006) insbesondere nach einer medikamentösen Zwangsbehandlung im ambulanten Rahmen an, um einer solchen Entwicklung gegenzusteuern (S. 12f.). Allerdings sind Zwangsmaßnahmen an hohe rechtliche Hürden geknüpft und können nur im Rahmen einer stationären Unterbringung - also nicht im ambulanten Setting - durchgeführt werden (Müller et al., 2013, S. 365f.). Doch dies stellt in den Fällen ein Problem dar, in welchen die Ordnungs- und Sicherungsfunktion der Psychiatrie nicht ohne Zwang erfüllt werden kann (Schalast, 2014, S. 186). Im Hinblick auf das Wohl des Einzelnen kann es sich als wirksamer erweisen, die therapeutisch und rechtlich bedenklichen Zwangsmaßnahmen durchzuführen als auf diese zu verzichten, wenn die Unterlassung zu Verelendung, Tod oder Gewalttaten gegen andere führt (Steinert, 2019, S. 34). Aus menschenrechtlicher und ethischer Sicht ist es jedoch zweifelsfrei eine positive Entwicklung, dass Zwangsmaßnahmen, die erhebliche Eingriffe in die persönliche Freiheit des Menschen darstellen und von vielen Patienten sicherlich als verstörend oder traumatisch erlebt werden, höchst umstritten sind und in starke Einschränkungen und Kontrollen eingebettet sind. In

diesem Zusammenhang ist zu beobachten, dass in Kreisen der Psychiatrie vermehrt der Anspruch erhoben wird, auf Zwang möglichst gänzlich zu verzichten und eine „gewaltfreie Psychiatrie“ anzustreben (Schalast, 2014, S. 184). Dabei geht es hier jedoch insbesondere um schizophrene Patienten, die krankheitsbedingt in ihrer freien Willensbestimmung erheblich eingeschränkt sind und denen daher als Konsequenz gewalttätiger Handlungen eine forensische Unterbringung droht (Schalast, 2012, S. 182). Zudem ist das psychiatrische therapeutische Handeln stets auf Förderung und Wiederherstellung von Autonomie der Patienten gerichtet. Im Zustand einer akuten schweren psychotischen Erkrankung ist jedoch gerade ein Verlust der Selbstbestimmung eingeschlossen, weshalb vorübergehend Fremdbestimmung und Fürsorge eintreten müssen, um die Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten wieder herstellen zu können (Schalast, 2014, S. 186). Eine Ablehnung von Zwangsmaßnahmen kann zum Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung führen oder im Falle von Fremdaggressionen den Vorwurf der Mitverantwortlichkeit nach sich ziehen. Zudem ist zu bedenken, dass die negativen Folgen einer Nichtbehandlung aufgrund fehlender bzw. unzureichender Zwangsmaßnahmen zu Lasten der betroffenen Patienten und ihrer Mitmenschen gehen (Frank, 2013, S. 31). Ein umfassender Verzicht von Zwangsmaßnahmen bzw. „Gewalt“ in der Psychiatrie kann zur Folge haben, dass Betroffene über Umwege in die Forensik geraten. Und *„Gewaltfreiheit mit sozialer Exklusion ist keine Gewaltfreiheit – sie bedeutet nur, dass die Gewalt (...) woanders stattfindet“* (Schalast, 2014, S. 186). Fragen der Gewalt und des Zwangs dürfen nicht aus der Psychiatrie verdrängt werden, vielmehr sollte bei der Entscheidung für oder gegen Zwangsmaßnahmen zum Wohle aller unter gleichzeitiger Berücksichtigung ethischer Maßstäbe abgewogen werden, womit auch die Einführung von medikamentösen Zwangsmaßnahmen im ambulanten Setting in Erwägung gezogen und nach diesen Kriterien bewertet werden sollte .

Generell ist es möglich, „Hochrisikopatienten“ ambulant erfolgreich zu behandeln, sofern intensive, strukturierte Nachsorgeprogramme vorhanden sind. Voraussetzung für diesen Erfolg ist jedoch die Möglichkeit, Compliance mit Therapiemaßnahmen oder einer Zwangsbehandlung notfalls gerichtlich durchzusetzen (Hodgins, 2006, S. 12). In anderen Ländern wird die Versorgung straffällig Gewordener in der allgemeinspsychiatrischen Regelversorgung praktiziert. Durch eine Umverteilung der Ressourcen hin zu den schwer Erkrankten können Patienten bspw. mittels Eins-zu-eins-Betreuung in krisenhaften Situationen durch aufsuchende Kontakte behandelt werden, wodurch eine Unterbringung in die Forensik erfolgreich vermieden werden kann. In Manchester gibt es solche ambulanten Teams mit hohen Personalressourcen, die gewaltpräventiv arbeiten (Heinze, 2013, S. 9). Der Vorteil solcher Angebote ist, dass eine Vollversorgung besteht, wodurch auf Zwang verzichtet werden kann.

Die vorgestellten Maßnahmen und Projekte reagieren auf die Unzulänglichkeiten im allgemeinspsychiatrischen Versorgungssystem und beinhalten das Ziel, die Gruppe schwer schizophren

Erkrankter mit einem erhöhtem Gewaltisiko langfristig in ein bedarfsgerechtes Behandlungssystem zu integrieren, um einer Verschlechterung der Erkrankung und den damit einhergehenden Konsequenzen hinsichtlich gewalttätigen Verhaltens entgegenzuwirken. Die Erkenntnisse dieser Arbeit hinsichtlich der Schwachstellen des psychiatrischen Versorgungssystems für eine Gruppe von Patienten können zu einer Verbesserung der Lage beitragen, indem vereinzelt Lösungsvorschläge hervorgebracht werden. Denn in Kreisen der Reformpsychiatrie wird seit über 20 Jahren darüber diskutiert, wie man den „harten Kern“ erreichen kann (Schalast, 2014, S. 184).

4.2.1 Identifikation von Risikopatienten und Risikofaktoren

Da bekanntlich ein Großteil gewalttätiger schizophrener Patienten in der Forensik zuvor allgemeinspsychiatrisch behandelt wurde, kommt dem ambulanten und stationären Versorgungssystem der Psychiatrie neben der grundsätzlichen Verantwortung für diese Patienten eine wichtige Aufgabe bei der Gewaltprävention zu (Piontek et al., 2013, S. 63). Zudem hat die Behandlung in der Allgemeinspsychiatrie die Entwicklung von Gewaltverhalten bei diesen Patienten offensichtlich nicht verhindern können. Daher bedarf die Allgemeinspsychiatrie dem Wissen bzgl. dem Gewaltverhalten schizophrener Patienten und dessen Risikofaktoren (Hodgins & Müller-Isberner, 2014, S. 277). Daher ist es für die Allgemeinspsychiatrie in erhöhtem Maße von Bedeutung, über Studien und fachliches Wissen bzgl. des Gewaltverhaltens psychisch kranker Patienten und die damit einhergehenden Risiken informiert zu sein (ebd.). Bisher gilt die Schwäche der Allgemeinspsychiatrie, die Gefährlichkeit der Patienten zu erkennen, als Risikofaktor für deren Gewaltverhalten (Kröber, 2008, S. 131). Erst, wenn Patienten mit hohem Gewaltisiko identifiziert werden können, können diese in spezifische Behandlungen zur Reduktion des Gewaltrisikos einbezogen werden (Hodgins, 2006, S. 7).

Aus Kapitel 3.4 können wichtige Risikofaktoren für das Gewaltverhalten bei schizophren erkrankten Menschen abgeleitet werden, die nachfolgend kurz aufgeführt werden. Aus ihnen können, relevante Faktoren zur Identifikation von Risikopatienten und -faktoren bestimmt werden. Als besonders riskant stellt sich heraus:

- Das Vorliegen eines systematischen Verfolgungswahns mit hoher Wahndynamik bei Schizophreniekranken bzw. das Vorliegen von Wahnhaltungen, die als lebensbedrohlich empfunden werden und bei den Betroffenen Gefühle von existenzieller Bedrohung auslösen (vgl. Stompe et al., 2018, S. 119).
- Das Vorliegen einer unzureichenden Behandlung bzw. das Nicht-Einnehmen der Medikation (Heilmann & schanda, 2006, S. 121; Maier et al., 2016, S. 58).
- Fehlende Krankheitseinsicht und Non-Compliance (vgl. Maier et al., 2016, S. 56; ebd., S. 59)

- Das Bestehen einer komorbiden Suchterkrankung (vgl. Curtz, 2016, S. 102).
- Männliches Geschlecht (vgl. Maier et al., 2016, S. 63) und ein jüngeres Erwachsenenalter von durchschnittlich 32,9 Jahren (vgl. Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 862f.; Haller et al., 2001, S. 861).
- Die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht bzw. ein niedriger sozioökonomischer Status (vgl. Stompe 2011, S.95; Schalast, 2012, S. 182, Curtz, 2016, S. 104; Witt et al., 2013).
- Das Fehlen stabiler Beziehung (vgl. Schalast, 2012, S. 182; Stompe, Ritter & Schanda, 2018, S.111; Stompe & Schanda, 2018, S. 158) sowie soziale Desintegration (vgl. Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009, S. 94; Curtz, 2016, S. 91; Werth, Seibt & Mayer, 2020, S. 335f.).
- Viktimisierung bzw. eigene Gewalterfahrungen (vgl. Curtz, 2016, S. 105) sowie körperlicher Missbrauch in der Kindheit (vgl. Maier et al., 2016, S. 54).
- Das Vorhandensein früherer Vorstrafen im Rahmen von Gewalttaten (vgl. Curtz, 2016, S. 101f.)
- Suizidversuche und -drohungen (Witt et al., 2014, S. 64).

Diese Faktoren legen bei ihrem Auftreten eine sorgfältige Überprüfung der Gefährlichkeit sowie des Interventionsbedarfs bei den schizophrenen Patienten nahe. Dabei kann das Fehlen von einzelnen dieser Risikofaktoren das Risiko für gewalttätiges Verhalten nicht zwingend widerlegt werden (Kröber, 2008, S. 134). Das Vorliegen dieser bzw. einzelner Faktoren bei einem Patienten muss nicht zwingend bedeuten, dass dieser tatsächlich eine Gewalttat begehen wird. Die Wahrscheinlichkeit ist unter diesen Voraussetzungen jedoch hoch, sodass es erforderlich ist, den Patienten in eine adäquate, konstante Behandlung zu integrieren (ebd.). Dazu fällt auf, dass unklar bleibt, welche Gewichtung die einzelnen Risikofaktoren bei der Einschätzung des zu erwartenden Gewaltverhaltens Schizophreniekranker haben. Hier verweisen verschiedene Autoren z. B. darauf, dass die nicht diagnosebezogenen Einflussfaktoren, wie soziale Lebensumstände und psychosozialen Bedingungen, das Gewaltverhalten ebenso beeinflussen wie die krankheitsbezogenen Faktoren. Die soziodemografischen Einflussfaktoren (wie männliches Geschlecht und junges Erwachsenenalter) gelten als starke Einflussfaktoren auf das Gewaltverhalten, während Drogenkonsum einen ähnlich starken Einfluss besitzt wie Viktimisierung (Maier et al., 2016, S. 65). Insgesamt stellt jedoch die psychotische („Threat“-)Symptomatik in Verbindung mit mangelnder Krankheitseinsicht die Hauptursache für eine Gewaltentwicklung dar (ebd.). Kröber (2008) kommt zu dem Schluss, dass akute psychotische Zustände zwar das erhöhte Gewaltrisiko bedingen, sich jedoch männliches Geschlecht, jüngeres Erwachsenenalter, niedriger sozioökonomischer Status sowie Drogenkonsum als gewichtiger herausstellen als die schizophrene Erkrankung allein (S. 130). Demnach kann die Frage nach der Gewichtung der einzelnen Gewaltrisikofaktoren, trotz einschlägiger Tendenzen nicht

eindeutig geklärt werden, was für die Relevanz aller identifizierten Risikofaktoren spricht, die zur Einschätzung des Gefährdungspotenzials berücksichtigt werden sollten. Denn die Wege auf denen psychotische bzw. schizophrene Erkrankungen zu gewalttätigen Verhalten führen sind äußerst komplex. Die Wechselwirkungen zwischen psychotischen Symptomen, Umwelt, sozialer Situation und Substanzmissbrauch können im Einzelfall ganz unterschiedlich gewichtet sein (Schanda & Stompe, 2011, S. 56).

4.2.2 HCR-20 – Das Instrument zur Einschätzung des Gewaltrisikos

Das Historical Clinical Risk (HCR-20)-Instrument eignet sich zur Einschätzung des Gewaltrisikos und findet Anwendung sowohl bei noch nicht straffälligen bzw. gewalttätigen Patienten als auch bei Patienten, die bereits gewalttätig geworden sind. Bei Letzteren dient das Instrument zur Messung der Wahrscheinlichkeit von gewalttätigen Rückfällen (Karanedialkova, Schütt & Schnoor, 2010, S. 246). In der forensischen Psychiatrie ist das HCR-20 bereits ein etabliertes Instrument zur Einschätzung des Gewaltverhaltens der Patienten (Kröber, 2008, S. 134). Zudem zählt es zu den am besten validierten Verfahren im deutschsprachigen Raum und wurde speziell für die klinische Praxis entwickelt (ebd.), sodass es im Folgenden vorgestellt werden soll:

Das Instrument besteht aus 20 Items, die in die drei Oberkategorien *historische* bzw. auf die Vergangenheit bezogene *Variablen*, *klinische* bzw. gegenwärtige *Variablen* und *Risikovariablen* unterteilt sind (Karanedialkova, Schütt & Schnoor, 2010, S. 247). Dabei erfolgt eine weitere Einteilung in *statische* und *dynamische Risikofaktoren*. Die ersten bzw. historischen Items entsprechen den statischen Faktoren, d. h. hier werden Risikovariablen aus der Vergangenheit des Patienten erfasst, welche Auskünfte über dessen anhaltende Gewalt-Rückfallneigung geben (Franque & Rettenberger, 2010, S. 79). Statische bzw. historische Variablen sind nicht imstande, das aktuelle Gewaltrisiko sicher zu beschreiben (Heilmann & Schanda, 2006, S. 123). Zu den historischen Risikofaktoren des Instruments zählen z. B. frühere Gewaltanwendung, instabile Beziehungen, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen (Lincoln et al., 2006, S. 584). Die klinischen Variablen geben den klinischen Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Beurteilung wieder, sie sind dynamisch definiert (Franque & Rettenberger, 2010, S. 80). Das bedeutet, dass den dynamischen bzw. veränderlichen, beeinflussbaren Risikofaktoren insbesondere bei der Vorhersage von Gewalttaten eine größere Bedeutung zukommt als den statischen Risikofaktoren (Heilmann & Schanda, 2006, S. 123). Zu den klinischen Items zählen bspw. eine akute Symptomatik, fehlender Behandlungserfolg, Mangel an Einsicht sowie Impulsivität (Lincoln et al., 2006, S. 584). Mit den Risiko-Items, welche dynamisch definiert sind, werden die zum Beurteilungszeitpunkt anzunehmenden Risikosituationen eingeschätzt (Franque & Rettenberger, 2010, S. 80). Dazu zählen z. B. Mangel an Unterstützung, fehlende

Compliance und destabilisierende Einflüsse (Lincoln et al., 2006, S. 584). Mithilfe der dynamischen Risikofaktoren aus den klinischen Items und den Risikoitems können Auskünfte über das aktuelle Gewaltpotenzial gegeben werden, sodass präventive Maßnahmen modifiziert werden können (Franque & Rettenberger, 2010, S. 79). Die Einschätzung des tatsächlichen Gewaltrisikos erfolgt anhand einer Bewertung der einzelnen Items, indem diese auf einer dreistufigen Skala (von 0 trifft nicht zu, bis 3 trifft sicher zu) eingetragen werden (Karanedialkova, Schütt & Schnoor, 2010, S. 247).

In Bezug auf den Nutzen dieses Prognoseinstruments zur Einschätzung des Gewaltrisikos schizophrener Patienten muss darauf verwiesen werden, dass sich dessen Voraussagekraft aufgrund der Seltenheit der vorauszusagenden Gewaltereignisse in Grenzen hält. Hingegen kann das Instrument bei Patienten, die bereits gewalttätig geworden sind und ein zukünftiges Gewaltrisiko aufweisen insbesondere in der forensischen Psychiatrie und weniger in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung von praktischen Nutzen sein (Maier et al., 2016, S. 64f.). Zudem sind Prognoseskalen insbesondere zur Voraussage schwerer Gewalttaten weniger von Nutzen, da die überwiegende Mehrheit identifizierter Risikopatienten nie eine schwerwiegende Gewalttat begehen wird (ebd., S. 64). Generell weisen Prognoseskalen, wie das HCR-20 inhaltliche Grenzen in Bezug auf die Risikoabschätzung auf, denn eine sichere Aussage für zukünftige Gewalttaten ist nicht möglich, so dass nur Wahrscheinlichkeitsaussagen anhand der Risikofaktoren für Aggressionen getroffen werden können (Prunnelechner, 2012, S. 432). Die Einschätzung des Gewaltrisikos anhand von Prognoseinstrumenten kann jedoch das Bekanntwerden von Risikopatienten herbeiführen, so dass eine routinemäßige Verwendung von solchen Instrumenten in der Allgemeinspsychiatrie zur Gewaltprävention von Bedeutung sein könnte. Eine Verminderung des Gewaltrisikos gelingt aber nur unter der Voraussetzung, wenn den identifizierten „Risikoträgern“ eine geeignete Behandlung zukommt (Schalast, 2012, S. 184). Denn nur wenn die Risikoeinschätzung bzw. das Identifizieren von Risikopatienten mit geeigneten Interventionen im Sinne einer bedarfsgerechten Behandlung der Grunderkrankung in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung verknüpft wird, kann sich ein Nutzen der Prognoseinstrumente dahingehend entfalten, dass das Gewaltrisiko verringert und einer „forensischen Karriere“ der Patienten entgegengesteuert wird (Nedopil, Löprich- Zerbe & Stübner, 2018, S. 87). Bekanntlich ist eine adäquate Behandlung schizophrener Patienten die wichtigste Maßnahme zur Verhinderung aggressiven Verhaltens (Heilmann & Schanda, 2006, S. 125), weshalb eine Verbesserung der Situation schizophrener Patienten mit einem erhöhten Gewaltrisiko insbesondere durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und weniger durch Prognoseinstrumente zur Einschätzung des Gewaltrisikos erzielt werden kann (Maier et al., 2016, S. 65). Dennoch könnte mithilfe von Prognoseinstrumenten, wie dem HCR-20 insbesondere dem Problem des Nichterkennens von Risikopatienten im allgemeinspsychiatrischen Setting begegnet werden und eine Sensibilisierung

für die Risikofaktoren und -konstellationen hinsichtlich des aggressiven Verhaltens der Patienten erreicht werden.

4.2.3 Die Bedeutung von psychiatrischen Interventionen für schizophran erkrankte Patienten

Im Hinblick auf die dargestellten strukturellen Entwicklungen der Allgemeinpsychiatrie und den daraus resultierenden Behandlungsschwächen, die sich für die Gruppe der schizophran erkrankten Patienten, mit einem erhöhten Aggressionsrisiko ergeben, soll hier die Bedeutung und der Nutzen der dargelegten Interventionen zur Behandlungsoptimierung für die Patienten skizziert werden.

Es konnte bereits gezeigt werden, dass bestimmte reformbedingte Veränderungen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung das Herausfallen der „Risikopatienten“ aus dem Versorgungsnetz begünstigen, wodurch sich das Gewaltverhalten dieser Patienten manifestiert und ihnen dadurch eine forensische Einweisung droht. Wichtigstes Ziel der in diesem Kapitel dargestellten Interventionen im Rahmen einer ambulanten Komplextherapie (vgl. Frommann et al., 2012, S. 187) ist es daher, diesen Auswirkungen, durch eine adäquate gewaltpräventive Behandlung entgegenzuwirken, was einen hohen Nutzen für die betroffene Patientengruppe hätte. Denn dadurch könnte einer Einweisung in die Forensik entgegengesteuert werden, was für die Patienten von großer Bedeutung ist. Denn eine weitergehende gesellschaftliche Exklusion, als die Unterbringung in die Forensik ist kaum vorstellbar (Schalast, 2012, S. 182). Dazu können mithilfe der vorgestellten Komplextherapie positive Effekte bei den Patienten auf verschiedenen Ebenen erzielt werden. Für die Patienten ist dabei von Bedeutung, dass infolge dieser bedarfsgerechten Behandlung die Rehospitalisierungsrate signifikant reduziert werden kann. Dazu könnte mithilfe der ambulanten Komplextherapie die Rate unfreiwilliger Aufnahmen gesenkt und damit der klinische Verlauf der Patienten günstig beeinflusst werden (vgl. Frommann et al., 2012, S. 188). Einen großen Nutzen hat auch die angestrebte Integration der Patienten in das bestehende allgemeinpsychiatrische Versorgungssystem mithilfe spezifischer ambulanter Behandlungsansätze, die die einzelnen Risikofaktoren für das Gewaltverhalten reduzieren. Denn so würde das krankheitsbedingte aggressive Verhalten deutlich gemindert werden und Patienten wären weniger ihren belastenden psychotischen Symptomen ausgesetzt (ebd.). Einen großen Nutzen kann auch die in den Modellprojekten angestrebte, bedarfsorientierte Intervention im Rahmen einer aufsuchenden ambulanten Behandlung für die Patienten darstellen. Denn im Rahmen der aufsuchenden ambulanten Teams finden die Interventionen zur Verhinderung aggressiven Verhaltens im Lebensumfeld der Erkrankten statt. Damit könnte nicht nur dem Herausfallen aus den Behandlungsbezügen entgegengesteuert werden, sondern die Patienten würden gezielter vor Selbstvernachlässigung und Drogenkonsum

geschützt werden (Schalast, 2014, S. 183). Zudem könnten mit diesem Behandlungskonzept Zwangseinweisungen vermieden werden (ebd.), was in Anbetracht des Konfliktpotenzials und der belastenden Auswirkung dieser Maßnahmen auf die Patienten für diese sicherlich ein großer Gewinn wäre. Generell beinhalten alle Behandlungsaspekte, die auf eine Verhinderung aggressiven Verhaltens bei den Patienten abzielen, eine Behandlung bzw. Reduktion der psychotischen Symptomatik. Eine Verminderung dieser stark belastenden, meist lebensbeherrschenden Symptome würde für die Patienten eine große Entlastung bedeuten, da somit ihre Alltagsfunktionalität und Lebensqualität wesentlich verbessert werden würde (ebd.). Insgesamt sind wirksame und langfristige Vorbeugungen von Gewaltverhalten im Rahmen einer Behandlung für die Patienten von wichtiger Bedeutung, da ihnen infolgedessen wiederholte Einweisungen in die Psychiatrie erspart blieben und den Patienten ein Leben in der Gemeinde ermöglicht würde (Hodgins, 2006, S. 13). Ferner kann es für die Patienten von Bedeutung sein, wenn sie in den Prozess des Gewaltmanagements im Rahmen einer Behandlung aktiv miteinbezogen würden, sodass ihr Potenzial hinsichtlich der Anwendung von Selbstmanagementstrategien zur Vorbeugung von Aggressionen stärker miteinbezogen würde. So könnte ein Aufbau von gewaltpräventiven Kompetenzen bzw. Bewältigungsstrategien zum alternativen Umgang, ohne Gewalt erlernt werden (Flutters & Thormann, 2012, S. 32). Im Hinblick auf das in der forensischen Psychiatrie verwendete Prognoseinstrument (HCR-20), zur Einschätzung des Gewaltrisikos ist der Nutzen wegen der unsicheren Voraussagekraft für die Patienten eher gering. Für die Patienten wäre eine Gewichtung auf eine gewaltpräventive Behandlung sowie die Verminderung individueller Gewaltrisikofaktoren von Seiten der psychiatrischen Versorgung hinsichtlich des Gewaltverhaltens von größerer Bedeutung, da Aggressionen dadurch gezielter verhindert werden könnten (Schomerus & Finzen, 2016, S. 356). Zudem kann die Verwendung von Prognoseinstrumenten für die Patienten infolge der Identifikation als Risikopatient unter Umständen zur Diskriminierung führen, sodass hier ein Schaden für die Patienten entstehen kann (Maier et al. 2016, S. 64). Wiederum kann eine adäquate Identifikation von Risikofaktoren mithilfe von Prognoseskalen für die Patienten einen großen Nutzen haben, wenn dadurch im Sinne einer primären Prävention verhindert werden kann, dass es überhaupt zur Entstehung von Gewalttaten kommt (Nedopil, 2011, S. 92). Von zentraler Bedeutung für die Patienten wäre jedoch die Einführung von Prognoseinstrumenten in die psychiatrische Versorgung zur Erfassung des Risikos von Suizidalität, sodass sich die Risikoerfassung nicht nur auf Fremdaggressionen beschränkt (Nedopil, 2011, S. 90). In diesem Zusammenhang wäre es für die Patienten, die krankheitsbedingt ein hohes Risiko für das Begehen von suizidalen Handlungen aufweisen ein wichtiger Schritt, wenn im Rahmen des Gewaltmanagements im psychiatrischen Setting insbesondere die Erkennung und Vorbeugung von Selbstgefährdung angestrebt wird (ebd.).

5. Fazit und Ausblick

In dieser Arbeit wurde aufgrund des Stereotyps der Gewalttätigkeit bei Schizophrenen vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Auseinandersetzungen mit dem Thema Schizophrenie und Gewalt der Frage nachgegangen, ob Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Selbst- und Fremdaggressionen begünstigen. Zunächst wurde anhand verschiedener Studien, die sich mit aggressiven Verhaltensweisen Schizophreniekranker und deren Prävalenz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beschäftigten ersichtlich, dass die Suizidrate schizophrener Erkrankter im Vergleich zur nicht erkrankten Allgemeinbevölkerung um ein vielfaches erhöht ist, so dass sich ein bis zu 20,7-fach erhöhtes Suizidrisiko für Erkrankte ergibt. Etwa jede 20. schizophrene erkrankte Person verstirbt durch einen Suizid. Dazu treten Suizide häufiger auf als fremdaggressive Verhaltensweisen, so dass sich im Vergleich zum Gewaltisiko gegen andere ein dreifach erhöhtes Suizidrisiko bei Schizophreniekranken ergibt.

Hinsichtlich des Aspekts der Fremdaggression bei Schizophreniekranken konnte festgestellt werden, dass das Risiko Gewalttaten zu begehen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das drei bis vierfache erhöht ist. Eine schwedische Studie zeigte in diesem Zusammenhang, dass Schizophreniekranker tatsächlich, bis zu 6,5 mal häufiger Gewalttaten begehen als die Allgemeinbevölkerung. Bei schweren Gewaltdelikten bzw. Tötungsdelikten erhöht sich das Risiko sogar um das zehnfache, wobei die Risikosteigerung je nach Studie variiert. Tatsächlich begeht jedoch nur eine sehr kleine Minderheit der Erkrankten Tötungsdelikte. Zudem ist zur Einschätzung des Gefährdungspotenzials schizophrener Erkrankter für die Bevölkerung von Bedeutung, dass die überwiegende Mehrheit Schizophreniekranker keine Gewalttaten begeht und Gewalttaten nur auf eine kleine, gut identifizierbare Subgruppe zurückzuführen sind. Wenn es zu gewalttätigen Übergriffen seitens schizophrener Erkrankter kommt, sind davon vorwiegend Personen aus dem direkten Umfeld der Erkrankten, wie Angehörige und rollenspezifische Bezugspersonen betroffen, weshalb sich das Risiko Opfer von Gewalttaten zu werden für Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die in keinem Kontakt zu den Erkrankten stehen deutlich relativiert.

Im Hinblick auf die gewonnenen Befunde zur Prävalenz von Gewalthandlungen und dem Gewaltisiko Schizophreniekranker muss entgegengehalten werden, dass diese das Stereotyp der Gewalttätigkeit sowie die vorherrschende öffentliche Meinung von besonders gefährlichen Schizophreniekranken in keiner Weise rechtfertigen. Studien belegen zwar ein im Vergleich zur Bevölkerung erhöhtes Gewaltisiko und Gewaltvorkommen bei Schizophreniekranken, allerdings ist davon nur eine kleine Minderheit der Erkrankten betroffen. Anhand der herangezogenen empirischen Studien konnten bedeutende Faktoren identifiziert werden, die das Risiko für Gewaltverhalten bei schizophrenen Erkrankten erhöhen. Dazu gehören insbesondere ein bestehender systematisierter Verfolgungswahn,

welcher lebensbedrohliche Gefühle bei den Erkrankten auslöst, die zur Gegenabwehr verleiten sowie eine unzureichende Integration in eine psychiatrische Behandlung. Neben diesen Faktoren gelten eine fehlende Krankheitseinsicht und Compliance bei den Erkrankten als Hauptursachen für das Entwickeln von gewalttätigem Verhalten. Zudem erhöht das Vorliegen einer komorbiden Suchterkrankung sowie eigene Gewalterfahrungen, ein niedriger sozioökonomischer Status, soziale Desintegration sowie das Fehlen von stabilen Beziehungen und frühere Gewalttätigkeit sowie männliches Geschlecht und ein jüngeres Erwachsenenalter die Wahrscheinlichkeit für fremdaggressive Verhaltensweisen bei Schizophreniekranken. Darüber hinaus tritt Gewaltverhalten überwiegend bei Erkrankten mit paranoider Schizophrenie in der akuten Erstepisode sowie bei chronisch Erkrankten auf. Daraus lässt sich ableiten, dass insbesondere von den schizophren Erkrankten ein Gefährdungspotenzial ausgeht, die diese Faktoren aufweisen, womit ein Großteil der Erkrankten ausgeschlossen ist und kein erhöhtes Gewalt- bzw. Gefährdungspotenzial mit sich bringt.

Derlei Relativierung ist notwendig, um das tatsächliche Risiko, dass von Schizophreniekranken ausgeht angemessen zu bewerten. Es darf aber auch nicht dazu führen, dass das bestehende Gewaltisiko Schizophreniekranker bagatellisiert wird oder von Seiten der Psychiatrie infolge von Bemühungen zur Entstigmatisierung verdrängt wird. Insofern kann und muss die Auffassung der einflussreichen Studie von Böker & Häfner (1973), dass psychisch kranke nicht häufiger gewalttätig als die Bevölkerung seien im Hinblick auf die gewonnen Erkenntnisse zu den Risikofaktoren dahingehend vervollständigt werden, dass Schizophreniekranke unter der Voraussetzung des Vorliegens der genannten Risikofaktoren sehr wohl ein gehäuftes Gewaltverhalten zeigen.

Durch Betrachtung der Risikofaktoren, welche gewalttätiges Verhalten bei Schizophreniekranken begünstigen, lassen sich praktische Empfehlungen für die allgemeinspsychiatrische Versorgung ableiten, wie das Gewaltverhalten bei den Erkrankten reduziert werden kann. Von größter Bedeutung ist dafür, die Erkrankten in eine adäquate, langfristige Behandlung der Grunderkrankung, durch die eine medikamentöse Versorgung gewährleistet wird zu integrieren. Denn dadurch kann das Gewaltverhalten Schizophreniekranker sogar beseitigt werden.

Dies ist nicht nur für die Gewaltopfer von großer Bedeutung, sondern liegt auch im Sinne der Erkrankten selbst, denen auf diese Weise erhebliches Leid erspart wird. Denn wie quälend und freiheitsberaubend muss es für die Betroffenen sein, wenn sie und ihr soziales Leben von wahnhaften, angstausslösenden Überzeugungen beherrscht werden, sie den Bezug zur Realität und ihre eigene Willensbestimmung und Urteilsfähigkeit verlieren und infolge dieses krankheitsbedingten Zustands anderen Menschen in erlebter Notwehr oder sich selbst erheblichen Schaden zufügen? Es muss für die Betroffenen sehr erschütternd sein, wenn diese nach Rückgang ihrer psychotischen Symptomatik „erwachen“ und mit der vollzogenen Gewalttat konfrontiert werden.

Hinzu kommt, dass den Erkrankten durch eine unzureichende Behandlung eine Zuspitzung der

krankheitsbedingten negativen Folgen droht. Durch das Fehlen einer konsequenten Behandlung wird das Risiko für gewalttätiges Verhalten enorm verstärkt. Wird therapeutisch nicht rechtzeitig eingegriffen, erhöht sich das Gewaltvorkommen bei den Betroffenen, so dass ihnen infolgedessen eine Einweisung in die Forensik und damit ein sozialer Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Leben droht. Es ist Aufgabe der Allgemeinpsychiatrie solchen Entwicklungen mithilfe einer langfristigen, bedarfsgerechten Behandlung entgegenzuwirken. Im Fokus der psychiatrischen Interventionen sollte dabei das Herstellen von Krankheitseinsicht und Compliance bei den Erkrankten sowie die Gewährleistung einer ambulanten Nachversorgung stehen, um die Betroffenen in den Behandlungsbezügen zu halten und somit der Entwicklung von Gewaltverhalten entgegenzusteuern. Um diese Interventionen in die Praxis der allgemeinpsychiatrischen Regelversorgung umzusetzen, müssen die derzeit bestehenden Behandlungsstrukturen und gesetzlichen Regelungen der Allgemeinpsychiatrie kritisch hinterfragt und den Bedarfen der Gruppe Schizophreniekranker mit einem erhöhten Gewaltrisiko angepasst werden. Denn die gegebenen Strukturen der Allgemeinpsychiatrie führen aktuell dazu, dass gerade diese Patientengruppe aus dem Versorgungsnetz herausfällt, so dass es bei ihnen vermehrt zu einer Verschlechterung ihrer Erkrankung kommt, womit die Betroffenen stärker Risikofaktoren ausgesetzt werden, die wiederum Einfluss auf das Gewaltverhalten haben. Es darf nicht sein, dass Patienten mit einer hohen Symptombelastung und infolgedessen mit einem erhöhten Gewaltrisiko aus der stationären Behandlung entlassen werden, dass erfolgversprechende psychotherapeutische Verfahren nicht in die Routinebehandlung implementiert sind und Ressourcen des Behandlungssystems für die schwer Erkrankten unzureichend sind. Da die Behandlungssituation der Erkrankten einen starken Einfluss auf ihr Gewaltverhalten hat und das Potenzial besitzt, die soziale Situation und die Lebensqualität der Betroffenen enorm zu verbessern, ist es dringend erforderlich, dieses Potenzial zu nutzen, um einer ohnehin schon vulnerablen und an einer schweren psychischen Erkrankung leidenden Gruppe von Adressaten die ihr zustehende und benötigte Unterstützung zu geben. Ein psychiatrisches Versorgungssystem, das augenscheinlich für diese bestimmten Fallkonstellationen keine andere Antwort liefert, als weiterhin die Menschen ihrem Schicksal entweder allein zu überlassen oder sie in periphere Institutionen auszugrenzen markiert die gegebenen Behandlungsschwächen dieses Versorgungssystems, die einer Veränderung bedürfen.

In Bezug auf die psychiatrische Behandlung schizophrener Erkrankter müssen neben dem fremdaggressiven Verhalten vor allem auch die suizidalen Verhaltensweisen der Betroffenen stärker in den Fokus einer gewaltvorbeugenden Behandlung rücken. Denn suizidale Handlungen kommen bei den Erkrankten häufiger vor, als Gewalthandlungen gegen Mitmenschen und stellen eine enorme Belastung für die Erkrankten und ihre Hinterbliebenen dar. Aufgrund dieser Tatsache ist es unverständlich, dass diese Schieflage im Vergleich zu Fremdaggressionen soweit in den Hintergrund

rückt, dass Suizide von Schizophreniekranken in fachlichen und öffentlichen Diskursen zum Thema Schizophrenie und Gewalt kaum Beachtung finden. Dies schlägt sich auch in den vorliegenden empirischen Untersuchungen dieser Arbeit wider, in denen vorwiegend Ergebnisse zu den Risikofaktoren und Interventionen hinsichtlich fremdaggressiven Verhaltens hervorgebracht werden. Insbesondere in Anbetracht der Bestrebungen der Psychiatrie Risikopatienten zu identifizieren und das Gewaltisiko anhand von Instrumenten einzuschätzen fällt auf, dass sich diese Vorhaben auf Fremdaggressionen konzentrieren und weniger darauf, suizidales Verhalten und dessen Risiko zu identifizieren. Dieses Ungleichgewicht schlägt sich somit auch in den Ergebnissen dieser Arbeit wieder. Dennoch konnte anhand der Forschungsergebnisse gezeigt werden, dass zwischen fremdaggressivem und suizidalem Verhalten schizophrener Erkrankter Gemeinsamkeiten und Wechselbeziehungen bestehen, so dass bei Suiziden ein ähnliches Risikoprofil besteht wie für Gewalt gegen andere. Die gewonnene Erkenntnis, dass bestehende Fremdaggressionen bei den Erkrankten das Vorkommen von suizidalen Handlungen wahrscheinlicher machen, muss im Rahmen der psychiatrischen Behandlung berücksichtigt und gezielt zur Vorbeugung von suizidalen Handlungen genutzt werden.

Anhand der Ergebnisse zu den Risikofaktoren, welche das Gewaltverhalten von Schizophreniekranken beeinflussen, kann abgeleitet werden, dass Schizophrenien selbst- und fremdaggressives Verhalten begünstigen, da der größte Anteil der gewalttätigen Handlungen in enger Verbindung zu den diagnosebezogenen Faktoren (wie Wahnsymptomatik) steht und dadurch motiviert ist. Diese Erkenntnis konnte anhand aller vorliegenden empirischen Forschungen eindeutig belegt werden. Dabei kann die Differenzierung vorgenommen werden, dass insbesondere schwere Gewalthandlungen schizophrener Erkrankter aus der diagnosebezogenen Wahnsymptomatik resultiert und eine direkte Folge der Erkrankung darstellt, wohingegen leichte Gewaltdelikte eher infolge von Umweltbedingungen entstehen und eine indirekte Folge der Erkrankung darstellen. Daraus ergibt sich, dass Faktoren, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, das Risiko für aggressive Verhaltensweisen ebenso beeinflussen können wie die diagnosebezogenen Faktoren. Die Ergebnisse, dass soziale Desintegration, ein niedriger sozioökonomischer Status, eigene Gewalterfahrungen und Drogenkonsum das Gewaltverhalten schizophrener Erkrankter gleichermaßen beeinflussen können, wie die Erkrankung selbst unterstreicht diese Erkenntnis. Es verdeutlicht, dass die soziale Struktur, in die Schizophreniekranken eingebettet sind, für die Entwicklung aggressiven Verhaltens eine bedeutende Rolle spielt. Denn aus den sozialen Faktoren können belastende Ereignisse entstehen, die zu angespannten Situationen und Gewaltverhalten führen. Diese Zusammenhänge betonen zudem die soziale Mitbedingtheit der Schizophrenie, die Einfluss auf den Krankheitsverlauf hat und infolgedessen die Neigung zu gewalttätigen Verhalten begünstigt. Denn ein Ausbruch der psychotischen Episode wird u. a. durch Stressoren, wie ungünstige Umweltbedingungen

und Konflikte im sozialen Umfeld begünstigt, was wiederum die Entstehung von Gewaltverhalten bei Schizophreniekranken beeinflusst. Anhand dieser Erkenntnisse kann für die Praxis der psychiatrischen Behandlung abgeleitet werden, dass die sozialen Faktoren der Erkrankten im Rahmen einer gewaltpräventiven Behandlung betrachtet werden müssen, was für den verstärkten Einsatz psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Behandlungsverfahren spricht, um das Gewaltisiko Schizophreniekranker in seiner multifaktoriellen Existenz zu begreifen und die Behandlung wirksamer auszurichten. Dennoch ergibt sich hier ein weiterer Forschungsbedarf aus dem Vergleich schizophrener Erkrankter mit aggressivem Verhalten und den Erkrankten ohne gewalttätiges Verhalten, um die Gewichtung der einzelnen Faktoren, die das Gewaltverhalten begünstigen genauer bestimmen zu können und zu ermitteln, in welchem Bedingungsgefüge sich die einzelnen Risikofaktoren zueinander bewegen. Letztlich hätten neue Erkenntnisse zu diesen Zusammenhängen einen großen Nutzen dafür, eine umfassende Behandlung Schizophreniekranker im Sinne der Gewaltprävention effizienter gestalten zu können.

Einen wichtigen Bezugsrahmen dieser Arbeit stellt die Stigmatisierung Schizophreniekranker dar, die im wesentlichen auf das Stereotyp der Gewalttätigkeit zurückzuführen ist. In diesem Kontext haben die Ergebnisse dieser Arbeit gezeigt, dass die Stigmatisierung infolge des öffentlichen Vorurteils Schizophreniekranker aufgrund von Gewalttätigkeit besonders gefährlich in einem bedeutenden Ausmaß zur Entstehung von Selbst- und Fremdaggressionen bei den Erkrankten beiträgt. Verdeutlicht wird dieser Zusammenhang anhand der Auswirkungen auf die Betroffenen. Denn Stigmatisierungserfahrungen führen bei den Erkrankten zu einer empfundenen Scham, wodurch es zur verzögerten bzw. unterlassenen Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen und zur verminderten Compliance kommt. Die Folgen durch das Ausstehen einer rechtzeitigen Behandlung liegen darin, dass sich der Krankheitsverlauf der Betroffenen durch die fehlende Behandlung massiv verschlechtert und sich die psychotischen Symptome, welche ein großes Potenzial für das Entwickeln von Selbst- und Fremdaggressionen haben aufgrund der Nichtbehandlung verstärken, wodurch gewalttätiges Verhalten begünstigt wird. Da eine rechtzeitige Behandlung sowie eine bestehende Compliance bei Schizophreniekranken die wichtigsten Einflussfaktoren zur Verminderung aggressiven Verhaltens darstellen und die Stigmatisierung erheblich dazu beiträgt diese Faktoren zu blockieren, trägt die Stigmatisierung nachweislich zur Erhöhung gewalttätigen Verhaltens schizophrener Erkrankter bei. Erkennbar wird dieser Zusammenhang von Stigmatisierungsprozessen und dem Gewaltverhalten bei Schizophreniekranken darüber hinaus auch aus den gewonnenen Ergebnissen zur Viktimisierung schizophrener Erkrankter. Denn Schizophreniekranker sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger Opfer von Gewalt. Dieser Umstand kann im wesentlichen auf das negative Stereotyp der Gefährlichkeit und der daraus resultierenden Stigmatisierung zurückgeführt werden,

durch die eine soziale Ausgrenzung der Erkrankten herbeigeführt wird, die Schizophreniekranken angreifbarer für gewalttätige Übergriffe durch das gesellschaftliche Umfeld macht. Da die Forschungsergebnisse den Einfluss der Viktimisierung auf das Entwickeln von selbst- und fremdaggressiven Verhalten bei den Erkrankten belegen, unterstreicht dieses Erkenntnis die Mitverursachung von Stigmatisierungsprozessen auf gewalttätiges Verhalten bei schizophren Erkrankten. Der nachgewiesene Zusammenhang von Stigmatisierung und dem Gewaltverhalten bei Schizophreniekranken verdeutlicht ein folgenreiches Dilemma für die Erkrankten. Denn das Stereotyp der Gewalttätigkeit, das medial stark verbreitet wird, verstärkt die Stigmatisierung Schizophreniekranker, was insbesondere zur Nichtinanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfen führt. Durch die Nichtbehandlung wird das Gewaltrisiko bei schizophren Erkrankten enorm erhöht und das erhöhte Gewaltrisiko begünstigt wiederum die Stigmatisierung. Aus diesen Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass ein wichtiger Handlungsbedarf zur Prävention von Selbst- und Fremdaggressionen in der Entstigmatisierung schizophrener Erkrankter besteht, da die Stigmatisierung die Erkrankten von einer Behandlung abhält. Doch für eine gelingende Entstigmatisierung ist ein angemessener Umgang mit dem Wissen zum Gewaltrisiko Schizophreniekranker von Bedeutung. Dieser setzt voraus, dass das Gewaltverhalten Schizophreniekranker in der Öffentlichkeit differenzierter und auf Basis wissenschaftlich gewonnener Fakten dargestellt wird, wodurch den aktuell bestehenden Dramatisierungen und Verzerrungen in Berichterstattungen, die zur Überschätzung des Gewaltrisikos und zur Stigmatisierung Schizophreniekranker in der Bevölkerung beitragen entgegengewirkt würde. Für die Sozialpsychiatrie ergibt sich im Hinblick auf einen geeigneten, entstigmatisierenden Umgang mit dem Gewaltrisiko schizophrener Erkrankter, dass dieses im Rahmen des psychiatrischen Handelns nicht ausgeblendet werden darf. Denn dadurch wird das Potenzial der allgemeinspsychiatrischen Behandlung, das Gewaltrisiko schizophrener Erkrankter zu reduzieren weiterhin nicht ausgeschöpft, wodurch eine Verschlimmerung von gewalttätigem Verhalten bei den Erkrankten herbeigeführt und die Stigmatisierung letztlich bekräftigt wird.

Anhang

Literatur und Internetquellen

Angermeyer, M.-C. & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia. Results from a representative survey in Germany. *Schizophrenie Bulletin*, Heft 4 (30), 1049-1061.

Angermeyer, M.-C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness. Changes over decades. *The British Journal of Psychiatry*, Heft 2 (203), 146-151.

Aydin, N., Fritsch, K. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, Heft 3, 245-257.

Bäumli, J. (2008). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis*. (Auflage 2). Heidelberg: Springer Medizin.

Bening, U. (2016). Der Recovery-Gedanke. Wie eine Bewegung den Teufelskreis der Stigmatisierung durchbricht. *Sozial aktuell*, Heft 12, 26-27.

Böker, W. (2010). Schizophrenie und Suizid – Sehnen nach dem Ausweg oder Verbannen des Selbst? *Psychiatrie und Psychotherapie*, Heft 3 (6), 122-124.

Böker, W. & Häfner, H. (1973). *Gewalttaten Geistesgestörter*. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer

Clausen, J., Eichenbrenner, I. (2016). *Soziale Psychiatrie*. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. (Auflage 2). Stuttgart: Kohlhammer.

Comer, R.-J. (2008). *Klinische Psychologie*. (Auflage 6). Heidelberg: Spektrum.

Curic, S. (2019). Korrelate zukünftiger Gewalt bei Personen, die wegen einer Schizophrenie behandelt werden. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, Heft 13, 395-397.

Curtz, C. (2016). Erhöhen Psychosen das Risiko für Gewaltverhalten? Eine Auswertung

metaanalytischer Studien. *Praxis der Rechtspsychologie*, Heft 1 (26), 89-112.

De Col, C., Seewald, G. & Meise, U. (2004). Individuelle Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 861-874). Berlin: Springer.

Degner, J., Meiser, T., Rothermund, K. (2009). Kognitive und sozial-kognitive Determinanten - Stereotype und Vorurteile. In A. Beelmann & K. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz* (S. 75-91). Wiesbaden: VS.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie*.

Verfügbar unter:

https://www.dggpn.de/Resources/Persistent/8807469aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d068d0658be/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf [Zugriff am 11.04.2020].

Die Zeit (2020). *„Man kann psychisch krank und rechtsextrem sein“*.

Verfügbar unter:

<https://www.zeit.de/wissen/2020-02/hanau-anschlaege-paranoide-schizophrenie-rechtsextrem-psychisch-krank-tobias-r-taeter/komplettansicht> [Zugriff am 25.02.2020].

Dümmler, W. & Sennekamp, W. (2013). *Recovery im psychiatrischen Wohnheim*. Chancen und Grenzen des Konzepts bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung. Freiburg: Centaurus.

Elbogen, E.-B. & Johnson, S.-C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, Heft 66, 152-161.

Elbogen, E.-B. & Johnson, S.-C. (2014). Violence, suicide and all cause mortality. *Lancet Psychiatry*, Heft 1, 6- 8.

Endres, J. & Breuer, M.-M. (2014). Gewaltdelinquenz und Affekttaten. In T. Bliesener, F. Lösel & G. Köhnken (Hrsg.), *Lehrbuch Rechtspsychologie* (S. 87-103). Göttingen: Hans Huber.

Fattah, E.-A. (2002). Gewalt gegen „gesellschaftlich Überflüssige“. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 958-980). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Fazel, S. & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness in violent crime. *The*

American Journal of Psychiatrie, Heft 163, 1397-1403.

Fazel, S., Langström, N. & Hjern, A. (2009). Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *Journal of the American Medical Association*, Heft 301, 2016-2023.

Fazel, S., Wolf, A., Palm, C. & Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders. A 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry*, Heft 1, 44-54.

Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit*. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Finzen, A. (2020). *Schizophrenie*. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. (Auflage 3). Köln: Psychiatrie.

Fluttert, F. & Thormann, A. (2012). Die Früherkennungsmethode. Risikomanagement von Aggressivität in der forensischen Psychiatrie. *Kerbe-Forum für soziale Psychiatrie*, Heft 3, 31-34.

Frank, U. (2013). Zwangsbehandlung in der forensischen Psychiatrie. Folgen aus den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts. *Kerbe-Forum für soziale Psychiatrie*, Heft 4, 29-31.

Von Franque, F. & Rettenberger, M. (2017). Verfahren strukturiert-professioneller Urteilsbildung. In U. Kobbe (Hrsg.), *Ein transdisziplinäres Praxismanual* (S. 77-85). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Frommann, N., Luckhaus, C., Dönisch-Seidel, U., Gaebel, W. & Janssen, B. (2012). Schizophrenie und Fremdaggression. Ein Projekt zur Prävention fremdaggressiven Verhaltens im Rahmen psychotischer Störungen durch Behandlungsoptimierung in der Allgemeinpsychiatrie. *Recht und Psychiatrie*, Heft 30, 186-190.

Goffmann, E. (1967). *Stigma*. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Görgen, T. (2009). Viktimologie. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie*. Band 4, (S. 236-259). Deutschland: Steinkopff.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2016). Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen. Klinische

und therapeutische Probleme. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, Heft 10, 14-20.

Habermeyer, E. & Lau, S. (2012). Schizophrenie und Delinquenz. Was sollten Juristen beachten und was können sie tun? *Forensische Psychiatrie*, Heft 12, 753-757.

Häfner, H. (2017). *Das Rätsel der Schizophrenie*. Eine Krankheit wird entschlüsselt. (Auflage 4). München: C.H. Beck.

Hahlweg, K. & Dose, M. (2005). *Ratgeber Schizophrenie*. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe.

Haller, R., Kemmler, G., Kocsis, E., Maetzler, W., Prunnelechner, R. & Hinterhuber, H. (2001). Schizophrenie und Gewalttätigkeit. Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Der Nervenarzt*, Heft 11 (72), 859-866.

Heilmann, J. & Schanda, H. (2006). Prophylaxe und Management von Erregung und Aggression bei schizophrenen Patienten. *Psychiatrie & Psychotherapie*, Heft 2 (4), 121-126.

Heinze, M. (2013). Forensische und allgemeine Psychiatrie auf getrennten Wegen. Ein Symptom für das Schwinden der Vollversorgungsverantwortung in der Psychiatrie. *Kerbe-Forum für soziale Psychiatrie*, Heft 4, 8-12.

Hirjak, D., Gass, P., Deuschle, M., Leweke, F.-M., Böhringer, A., Schenkel, N., Borgwedel, D., Hesel, M., Breisacher, A. & Meyer-Lindenberg, A. (2020). Das ZI-Track-Konzept in der Behandlung psychotischer Störungen. *Der Nervenarzt*, Heft 3 (9), 233-242.

Hodgins, S. (2006). Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken. Neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. *Neuropsychiatrie*, Heft 1 (20), 7-14.

Hodgins, S., Lincoln, T. & Mak, T. (2009). Experiences of victimisation and depression are associated with community functioning among men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Heft 44, 448-457.

Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. (2014). Schizophrenie und Gewalt. *Der Nervenarzt*, Heft 3 (85), 273-278.

Holzer, D. (2018). Schizophrenie und Suizid. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (S. 67-79). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hurrelmann, K. (2017). Sozialisation. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. (Auflage 8), (S. 826-827). Baden-Baden: Nomos.

Imbusch, P. (2002). Der Gewaltbegriff. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 26-54). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Johnson, K.-L., Desmarais, S.-L. & van Dorn, R.-A. (2015). A typology of community violence perpetration and victimization among adults with mental illness. *Journal of interpersonal violence*, Heft 30, 522-540.

Karanedialkova, D., Schütt, U. & Schnoor, K. (2010). Prognostische Instrumente im Maßregelvollzug in Mecklenburg-Vorpommern. In Fegert, J.-M. & Schläfke, D. (Hrsg.), *Maßregelvollzug zwischen Kostendruck und Qualitätsanforderungen* (S. 240-262). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Khalifeh, H., Oram, S. & Osborn, D. (2016). Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness. A systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, Heft 28, 433-451.

Kilian, R., Rüscher, N., Becker, T. (2017). Gesellschaftliche Ungleichheit, Exklusion – und die Sozialpsychiatrie. *Soziale Psychiatrie*, Heft 2, 9-12.

Kröber, H.-L. (2008). Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, Heft 2, 128-136.

Kröber, H.-L. (2017). Anmerkung zur Schizophrenie-Behandlung. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, Heft 11, 69-70.

Krumm, S., Checcia, C., Kilian, R. & Becker, T. (2018). Viktimisierung im Erwachsenenalter von Personen mit Psychiatrieerfahrung. Eine Übersichtsarbeit zu Prävalenzen, Risikofaktoren und Offenlegung. *Psychiatrische Praxis*, Heft 45, 66-77.

Kutscher, S., Schiffer, B. & Seifert, D. (2009). Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. Entwicklungen und Patientencharakteristika.

Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, Heft 2 (77), 91-96.

Langeveld, J., Bjorkly, S. & Auestad, B. (2014). Treatment and violent behaviour in persons with first episode psychosis during a 10 year prospective follow up study. *Schizophrenie Research*, Heft 2(156), 272-276.

Lincoln, T., Hodgins, S., Jöckel, D., Freese, R., Born, P., Eucker, S., Schmidt, P., Gretenkord, L. & Müller-Isberner, R. (2006). Forensische Patienten und Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Bilden Prognoseinstrumente unterschiedliche Gewalttäterrisiken ab? *Der Nervenarzt*, Heft 5, 576-445.

Maier, W., Hauth, I., Berger, M. & Saß, H. (2016). Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Der Nervenarzt*, Heft 1 (87), 53-68.

Manych, M. (2016). Psychose - wann ist das Suizidrisiko am höchsten? *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Heft 2 (84), 67.

Meiser, T. (2008). Illusorische Korrelationen. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung – Theorien, Befunde und Interventionen* (S. 53-56). Weinheim: Beltz.

Müller, J.-L., Falkai, P., Schneider, F. & Maier, W. (2013). Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gefahrenabwehr und Therapie. Zwangsbehandlung in der Zeit nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs. *Psychiatrische Praxis*, Heft 40, 365-367.

Müller, M.-J., Olschinski, C., Jochim, D. & Feldhordt, M. (2017). Erfassung von Patientenübergriffen 2008-2015 in zwei psychiatrischen Kliniken. Ergebnisse und Implikationen. *Psychiatrische Praxis*, Heft 44, 258-265.

Nedopil, N. (2011). Risikoeinschätzung und Risikomanagement bei psychiatrischen Patienten. *Psychiatrie und Psychotherapie*, Heft 3 (7), 90-97.

Nedopil, N. (2014). Begutachtungen zur Frage von Schuldunfähigkeit und verminderter Schuldfähigkeit. In T. Bliesener, F. Lösel & G. Köhnken (Hrsg.), *Lehrbuch Rechtspsychologie* (S. 352-367). Göttingen: Hans Huber.

Nedopil, N., Löprich-Zerbes, R. & Stübner, S. (2018). Gefährlichkeitsprognose und Rückfallprognose bei schizophrenen Patienten. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt*.(S. 81-89).

Berlin: Medizinisch wissenschaftlicher Verlag.

Nedopil, N. & Müller, J.-L. (2012). *Forensische Psychiatrie*. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. (Auflage 4). Stuttgart: Thieme.

Neuner, T., Mehlsteibl, D., Hübner-Liebermann, B., Schmid, R., Schielein, T., Hausner, H., Hajak, G. & Spießl, H. (2010). Risikoprofile für den Kliniksuid schizophrener und depressiver Patienten. Eine psychologische Autopsiestudie. *Psychiatrische Praxis*, Heft 3 (37), 119-126.

Nielsen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labelle, A., Hakkanen- Nyholm, H., Koenraadt, F. & Large, M.-M. (2011). Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophrenia Bulletin*, Heft 37, 572-579.

Nielsen, O. & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment. A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, Heft 36, 702-712.

Petersen, L.-E. (2008). Stereotype. In L.-E., Petersen & B., Six (Hrsg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung – Theorien, Befunde und Interventionen* (S. 21-22). Weinheim: Beltz.

Piontek, K., Kutscher, S.-U., König, A. & Leygraf, N. (2013). Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. Ein Vergleich mit schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Der Nervenarzt*, Heft 1 (84), 55-64.

Prölß, A., Schnell, T. & Koch, L.-J. (2019). *Psychische Störungsbilder*. Berlin: Springer.

Prunnlechner, R. (2012). Forensische Aspekte der Schizophrenie. *Psychiatria Danubina*, Heft 4 (24), 429-434.

Reavley, N.-J., Jorm, A.-F. (2012). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders. Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Research*, Heft 197, 302-306.

Rey, E.-R. (2011). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In H.-U., Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Auflage 2), (S.797-852). Springer: Heidelberg.

Richter, D. & Berger, K. (2001). Patientenübergriiffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Der Nervenarzt*, Heft 9 (72), 693-699.

Robert Koch Institut (2010). *Schizophrenie – Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*.

Verfügbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 02.03.2020].

Rössler, W. (2018). Das Verschwinden der Kranken aus den Behandlungskontexten. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (S. 57-65). Berlin: Medizinisch wissenschaftlicher Verlag.

Rüsch, N., Finzen, A. & Angermeyer, M.-C. (2004). *Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen*.

Verfügbar unter:

http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf [Zugriff am 03.04.2020].

Sadeh, N., Binder, R.-L. & Mc Niel, D.-E. (2014). Recent victimization increases risk for violence in justice involved persons with mental illness. *Law and human behaviour*, Heft 38, 119-125.

Saimh, N. (2013). Schizophrene Menschen in der forensischen Psychiatrie. Ein verhängnisvoller Trend in der psychiatrischen Versorgung. *Kerbe-Forum für soziale Psychiatrie*, Heft 4, 19-21.

Sariaslan, A., Larsson, H. & Fazel, S. (2016). Genetic and environmental determinants of violence risk in psychotic disorders. A multivariate quantitative genetic study of 1.8 million swedish twins and siblings. *Molecular Psychiatry*, Heft 9 (21), 1251-1256.

Schalast, N. (2012). Delinquenzrisiken psychisch Kranker und stationäre Behandlung. *Recht und Psychiatrie*, Heft 30, 179-185.

Schalast, N. (2014). Aggression, Gewalt und die Psychiatrie. *Recht und Psychiatrie*, Heft 32, 179-188.

Schanda, H. (2006). Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/ Gewalttätigkeit. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Heft 2 (74), 85-97.

Schanda, H. (2011). Schizophrenie und Gewalttätigkeit: Wie ist die steigende Zahl forensischer Patienten erklärbar? In L. Sutarski & L. Bauer (Hrsg.), *Wahn und Schizophrenie* (S. 67-72). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schanda, H. (2018a). Schizophrenie und Gewalt – Justiz und Gesellschaft. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (S. 11-56). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schanda, H. (2018b). Wie gefährlich sind an Schizophrenie leidende Patienten? *Psychopraxis. Neuropraxis*, Heft 2, 52-53.

Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. & Waldioer, T. (2004). Homicide and major mental disorders. A 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Heft 110, 98-107.

Schanda, H. & Stompe (2011). Zur Beziehung zwischen Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten. Plädoyer für eine differenzierte Psychopathologie in Zeiten der evidenzbasierten Medizin. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, Heft 5, 54-63.

Scherr, S. (2019). Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und in den Medien. In C. Rossmann, M. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation – kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 579-589). Berlin: Springer.

Schlier, B., Lincoln, T. (2014). Bluttaten und Schizophrene Politik. Stigmatisierung von Schizophrenie in vier großen deutschen Printmedien. *Psychotherapeut*, Heft 59, 293-299.

Schneider, F. & Kircher, T. (2020). Schizophrenie. *Der Nervenarzt*, Heft 1 (91), 1.

Schomerus, G. (2014). Ablehnung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Ergebnisse einer langfristigen Trenduntersuchung. *Psychotherapeut*, Heft 59, 250-252.

Schomerus, G. & Finzen, A. (2016). Probleme und Implikationen der Einschätzung des Gewalttrisikos von psychisch kranken Menschen. *Psychiatrische Praxis*, Heft 43, 355-356.

Steinert, T. (2019). Der Preis einer gewaltfreien Psychiatrie. *Sozialpsychiatrische Information*, Heft 1 (49), 32-35.

Stompe, T. (2012). Die forensische Relevanz der inhaltlichen Dimension des Wahns. In L. Sutarski & L. Bauer (Hrsg.), *Wahn und Schizophrenie* (S. 91-99). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Stompe, T. (2018). Die Bedeutung des Wahns für die Risikoeinschätzung delinquenten Verhaltens schizophrener Patienten. *Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, Heft 3 (19), 104-110.

Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms and violence. The Threat-control-override-concept re-examined. *Schizophrenia Bulletin*, Heft 30, 31-44.

Stompe, T., Ritter, K. & Schanda, H. (2018). Prädiktoren für Gewaltdelikte bei Schizophrenie. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (S. 91-146). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Stompe, T. & Schanda, H. (2018). Tatmerkmale der Tötungsdelikte von Patienten mit Schizophrenie. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (S. 155-174). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Thiele, M. (2015). *Medien und Stereotype*. Konturen eines Forschungsfeldes. Bielefeld: Transcript.

Thoma, P. (2019). *Neuropsychologie der Schizophrenie*. Eine Einführung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wiesbaden: Springer.

Traub, J. & Weithmann, G. (2013). Werden schizophrene Patienten „krimineller“? Die Entwicklung der juristischen Zuweisungen gemäß § 63 StGB über einen Zeitraum von 15 Jahren in Baden-Württemberg. *Recht und Psychiatrie*, Heft 31, 208-216.

Werth, L., Seibt, B. & Mayer, J. (2020). *Sozialpsychologie*. Der Mensch in sozialen Beziehungen (Auflage 2). Berlin: Springer.

Witt, K., Hawton, K. & Fazel, S. (2014). The relationship between suicide and violence in schizophrenia. Analysis of the clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness. *Schizophrenia Research*, Heft 154, 61-67.

Witt, K., van Dorn, R. & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis. Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *Plos one*, Heft 8, 1-15.

Witt, K., Lichtenstein, P. & Fazel, S. (2015). Improving risk assessment in schizophrenia. Epidemiological investigation of criminal history factors. *The british journal of psychiatry*, Heft 206, 424-430.

Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogel, R., Keller, F., Spieß, H. & Wurst, F.-M. (2014). 40 Jahre Kliniksuzidverbundstudie der AG „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“. *Psychiatrische Praxis*, Heft 6 (41), 331-335.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Persönliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„ Psychisch krank und gefährlich?

Das Stereotyp der Gewalttätigkeit bei schizophren erkrankten Menschen“

selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

(Ort, Datum)

(Josephine Rimkus)

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF