Positionspapier der DGPPN | Juni 2025

Prävention von Gewalttaten

Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen?

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Prävention von Gewalttaten

Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen?

Stand: Juni 2025

Autorinnen und Autoren
Andreas Bechdolf, Raoul Borbé, Harald Dreßing, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ute Habel, Andreas Meyer-Lindenberg, Jürgen L. Müller, Thomas Pollmächer, Andreas Reif, Ulrich Reininghaus, Henning Saß, Ingo Schäfer, Nancy Thilo

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Präsidentin DGPPN
Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
T 030 2404 772-0
E praesidentin@dgppn.de

Inhalt

Executive Summary 4

Einleitung und Problemstellung 6

Stand des Wissens zum Gewaltrisiko bei Menschen mit psychischen Erkrankungen 7

Möglichkeiten der Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen 10

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung 10
- Die besondere Situation geflüchteter Menschen 11
- Soziale Integration und Teilhabe 11
- Spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen mit erhöhtem Gefährdungspotenzial 11
- Stellenwert der sozialpsychiatrischen Dienste 12
- Forensisch-psychiatrische Fachstellen bei den Polizeibehörden 13

Rechtliche Rahmenbedingungen für unfreiwillige Unterbringung und Behandlung 14

Praktikabilität und Risiken von Registern und ähnlichen Maßnahmen 16

DGPPN-Empfehlungen für Maßnahmen der Gewaltprävention 18

Anhang 22

Studien zum Zusammenhang von psychischen Störungen und der Ausübung von Gewalttaten 22

- Wie häufig sind psychische Störungen? 22
- Wie wird das Phänomen Gewaltausübung durch Menschen mit psychischen Erkrankungen wissenschaftlich untersucht? 22
- Studien zum Zusammenhang zwischen Schizophrenien, Substanzkonsumstörungen und Gewalt 23
- Studien zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und Gewalt 26
- Studien zum Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und Gewalt 28
- Studien zum Zusammenhang zwischen weiteren psychischen Störungen und Gewalt 29
- Zusammenfassung 30

Studien zum Risiko psychisch kranker Menschen, Gewalt zu erfahren (Viktimisierung) 31

Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Prädiktion von Gewaltstraftaten bei Menschen mit psychischen Störungen 32

Literatur 34

Gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen?

Nach den Gewalttaten und Anschlägen der letzten Monate etwa in Magdeburg, Aschaffenburg, Mannheim oder zuletzt in Hamburg gibt es, verständlicherweise, ein starkes Gefühl der Verunsicherung und ein großes Bedürfnis nach mehr Sicherheit für die Bevölkerung und nach effektiven Maßnahmen, um weitere Gewalttaten zu verhindern. Bei der Berichterstattung wurden bekannte oder vermutete psychische Störungen der Beschuldigten als Erklärung für die schrecklichen Gewalttaten angeführt. Es verwundert deshalb zunächst nicht, dass öffentlich über Maßnahmen wie ein Register für psychisch kranke Menschen, eine Verschärfung von Unterbringungsgesetzen oder die Weitergabe medizinischer Daten durch psychiatrische Dienste an Sicherheitsbehörden debattiert wird. Die Diskussion der Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Gewalttaten erfordert aber eine differenzierte Analyse, und dies gilt auch für die Diskussion möglicher Maßnahmen, die geeignet sind, eine Risikoreduktion herbeizuführen.

Mit dem vorliegenden Positionspapier stellt die DGPPN wissenschaftliche Daten zum Risiko von Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen zusammen und macht Empfehlungen zur Prävention solcher Taten. So soll eine fundierte, praxisorientierte und ethisch reflektierte Grundlage für Diskussionen um mögliche Maßnahmen geschaffen werden. Diese bewegen sich grundsätzlich immer im Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Bevölkerung und den Rechten von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das Wichtigste vorab:

Die beste Maßnahme, um Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, ist deren konsequente Behandlung.

Executive Summary

Die Datenlage:

- Die allermeisten Gewalttaten lassen sich nicht auf eine psychische Erkrankung zurückführen.
- Die weit überwiegende Mehrheit der mehr als 18 Millionen Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland ist nicht gewalttätig.
- Bei bestimmten psychischen Erkrankungen besteht ein statistisch erhöhtes Risiko, Gewalttaten zu begehen. Eindeutig gesichert ist dies für Schizophrenien und andere Psychosen, Substanzkonsumstörungen (Missbrauch/Abhängigkeit von Drogen und Alkohol) und schwere Persönlichkeitsstörungen. Aber: Die überwiegende Mehrheit der Menschen, die an diesen risikobehafteten Erkrankungen leiden, ist nicht gewalttätig.
- Allein aus einer psychiatrischen Diagnose kann niemals auf die individuelle Gewaltbereitschaft geschlossen werden. Es können lediglich Risikoprofile für die Verübung von Gewalttaten erfasst werden. Individuelle Gewaltereignisse können hingegen nicht verlässlich vorhergesagt werden.
- Das Risiko, dass ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung gewalttätig wird, ist fast immer das Resultat aus der Interaktion bestimmter Symptome der Erkrankung, insbesondere wenn sie unbehandelt ist, mit weiteren bekannten Belastungs- und Risikofaktoren für Aggression und Gewalttätigkeit. Darunter fallen junges Alter, männliches Geschlecht, Konsum von Drogen oder Alkohol, eine Sozialisation mit Vernachlässigung und Gewalterfahrungen, soziale Isolation, Armut und Wohnungslosigkeit.
- Bei der Gruppe der Geflüchteten treffen mehrere Risikofaktoren für Aggression und Gewalttätigkeit zusammen. Gleichzeitig ist der Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in den ersten drei Jahren ihres Aufenthaltes in Deutschland für sie nur begrenzt möglich.
- Die wirksamste Maßnahme der Gewaltprävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Sie senkt nachweislich das Risiko für Gewalttaten. Daneben sind auch Maßnahmen zur Förderung der sozialen Integration und Teilhabe essenziell, um das Gewaltrisiko zu senken.
- Maßnahmen wie die Weitergabe medizinischer Daten an Sicherheitsbehörden oder das Anlegen eines Registers für psychisch kranke Menschen sind nicht sinnvoll; sie können keine Gewalttaten verhindern. Die Beobachtung einer großen Zahl psychisch erkrankter Menschen durch behördliche Dienste ist weder praktisch möglich noch erfolgversprechend und daher als unverhältnismäßig abzulehnen.
- Nach einer unfreiwilligen Unterbringung nach den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen (PsychK(H)Gs) bestehen bereits heute Informationspflichten der Krankenhäuser an Gerichte, Sozialpsychiatrische Dienste, weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte und Ordnungsbehörden. Im Einzelnen sind die Informationspflichten in den Ländergesetzen unterschiedlich geregelt. Eine Harmonisierung wäre sehr wünschenswert. Eine darüber hinausgehende Ausweitung der Informationspflichten wäre eine unverhältnismäßige Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht. Sie wäre angesichts der geringen Treffsicherheit bei der Vorhersage von Gewaltereignissen nicht vertretbar.
- Problematisch ist zudem: Die Bereitschaft von Menschen mit psychischen Erkrankungen, sich in Behandlung zu begeben, sinkt mit zunehmender Angst vor Stigmatisierung. Register oder ein Aufweichen der ärztlichen Schweigepflicht wirken stigmatisierend. Sie könnten dazu beitragen, dass die Betroffenen sich nicht in Behandlung begeben. Damit würden das große menschliche Leid und die ausgeprägten gesellschaftlichen Kosten, die mit diesen Erkrankungen einhergehen, eher noch größer werden.

Empfohlene Maßnahmen zur Gewaltprävention:

- **Intensivierung psychiatrischer Behandlungsangebote:** Die Angebote der Regelversorgung sind nicht ausreichend. Der Ausbau niedrigschwelliger kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Störungen muss vorangetrieben werden. Es werden Angebote benötigt, die sich flexibel am individuellen Bedarf der Betroffenen orientieren und ausreichend engmaschige Therapiemöglichkeiten bieten. Die Angebote müssen flächendeckend verfügbar sein und auskömmlich finanziert werden. Sie sollen insbesondere auch sozial marginalisierte Betroffene und Geflüchtete ansprechen, barrierearm erreichbar sein und die Betroffenen aufsuchend vor Ort erreichen können (z. B. mittels *Assertive Community Treatment* (ACT-)Teams). Für Betroffene, die sich bereits in der Vergangenheit im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung aggressiv oder gewaltbereit gezeigt haben, sollen zur Prävention schwerer Gewalttaten flächendeckend zusätzliche, spezifische Hilfen ausgebaut und nach dem Vorbild der *bayerischen Präventionsambulanzen* gesondert finanziert werden.
- **Förderung der Teilhabe und sektorenübergreifende Kooperation:** Soziale Ausgrenzung und ein belastendes, unsicheres Wohnumfeld erhöhen das Risiko, psychisch zu erkranken und auch das Risiko für krisenhafte Zuspitzungen der Symptomatik, die mit selbst- und fremdaggressivem Verhalten einhergehen können. Menschen mit schweren psychischen Störungen und einem erhöhten Risikopotenzial für Gewalttaten müssen ausreichende Leistungen der Eingliederungshilfe zur sozialen und beruflichen Teilhabe erhalten. So kann ihre Marginalisierung verringert und die Selbstwirksamkeit verbessert werden. Dabei ist eine engmaschige, intersektorale und sozialgesetzbuchübergreifende Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer in gemeindepsychiatrischen Verbundstrukturen essenziell.
- **Ausbau Sozialpsychiatrischer Dienste:** Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) sind als kommunale Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung ein wichtiges Bindeglied zwischen Behandlung/Fürsorge für die Betroffenen und Gefahrenabwehr für die Bevölkerung. Sie sollen personell gestärkt und auskömmlich finanziert werden.
- **Aufbau forensisch-psychiatrischer Fachstellen bei den Polizeibehörden:** Ein Aufbau forensischer Fachstellen bei den polizeilichen Behörden wäre zu erwägen. Vorbild hierfür ist das Schweizer Modell des Kantons Zürich.
- **Konsequentere Nutzung der bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten für eine Unterbringung und Behandlung psychisch erkrankter Personen mit erhöhtem Gewaltrisiko, die sich nicht freiwillig behandeln lassen:** Die derzeitige Praxis, eine Unterbringung in einem Krankenhaus nach PsychK(H)G nach (Teil-)Besserung einer akuten Symptomatik rasch zu beenden sowie die zum Teil große Zurückhaltung bezüglich einer unfreiwilligen medikamentösen Behandlung im Rahmen einer Unterbringung sollten überdacht werden. Darüber hinaus besteht nach Bundesgesetz (§ 328 FamFG) die Möglichkeit, eine unfreiwillige Unterbringung nach PsychK(H)G unter Auflagen (z. B. regelmäßige ambulante Behandlung einschließlich Medikamenteneinnahme) vorläufig auszusetzen. Diese Möglichkeit könnte in der Praxis in ausgewählten Fällen besser genutzt und mit der Überprüfung der Erfüllung der Auflagen verbunden werden.
- **Intensivierung der Forschung zum Thema Aggression und Gewalt bei psychischen Störungen:** Es wird eine langfristige Förderung aussagekräftiger Studien benötigt, damit Trends früh erfasst werden können und die Evaluation von Präventions- und Interventionsmaßnahmen möglich wird.
- **Maßnahmen zur Reduktion der allgemeinen Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten:** Die universellen Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten dürfen bei der Diskussion um gewaltpräventive Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen nicht aus dem Blick geraten. Sie sind bei Menschen mit psychischen Erkrankungen genau so bedeutsam wie bei gesunden Menschen, und sie wirken sich bei einer psychischen Erkrankung potenzierend auf das Gewaltrisiko aus.

Einleitung und Problemstellung

Die jüngsten Gewalttaten in Aschaffenburg, Magdeburg, Mannheim und Hamburg haben eine intensive gesellschaftliche und politische Debatte darüber in Gang gesetzt, wie Gewaltdelikte von Menschen mit psychischen Erkrankungen verhindert werden können. Es ist ein wachsendes Bestreben zu beobachten, rechtliche Rahmenbedingungen und Abläufe zu überdenken. So soll unter anderem die Möglichkeit geprüft werden, Sicherheitsbehörden den Zugriff auf gefährdungsrelevante Erkenntnisse zu psychisch Erkrankten zu erleichtern sowie die bestehenden Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetze (PsychK(H)Gs) der Länder anzupassen und zu verschärfen. Die Gesundheitsminister der Länder sind aufgefordert, die rechtlichen und organisatorischen Strukturen zur Unterbringung psychisch auffälliger gewalttätiger Personen zu optimieren. Laut Koalitionsvertrag wird die Verbesserung des Datenaustausches zwischen den Behörden, z.B. zwischen Sicherheits- und zivilen Behörden, angestrebt. Zur Verhinderung weiterer Gewalttaten sollen eine gemeinsame Risikobewertung und ein integriertes behördenübergreifendes Risikomanagement eingeführt werden. Auf dieser Grundlage soll eine frühzeitige Erkennung entsprechender Risikopotenziale bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten sichergestellt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erkennt die gesellschaftliche Relevanz und Dringlichkeit des Themas an. Sie teilt sowohl die Betroffenheit über die jüngsten Ereignisse als auch den Wunsch nach wirksamen präventiven Maßnahmen. Gleichzeitig sieht die DGPPN die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Auseinandersetzung mit der Thematik, um sowohl dem Schutz der Bevölkerung als auch den Rechten und Bedarfen psychisch erkrankter Menschen gerecht zu werden.

Mit dem vorliegenden Positionspapier möchte die DGPPN einen wissenschaftlich fundierten Beitrag zur aktuellen Debatte leisten und politische Entscheidungsträger bei der Entwicklung angemessener und verhältnismäßiger Maßnahmen beraten. Ziel ist es, das tatsächliche Ausmaß des Gewaltrisikos sowie die Möglichkeiten der Vorhersage und Prävention von Gewalttaten im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sachlich zu beleuchten. So soll eine rechtlich fundierte, praxisorientierte und ethisch vertretbare Diskussionsgrundlage geschaffen werden.

Stand des Wissens zum Gewaltrisiko bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Gewaltrisiko in der Allgemeinbevölkerung

Grundsätzlich muss das Gewaltrisiko bei psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund der sonstigen Risikofaktoren für Gewalt betrachtet werden. Laut der polizeilichen Kriminalstatistik ist die Gewaltkriminalität in den letzten Jahren insgesamt deutlich angestiegen (2022 um 11,5%, 2023 um 17,5% und 2024 um 1,5%, jeweils im Vergleich zum Vorjahr, Daten aus der polizeilichen Kriminalstatistik [1]). Dabei ist das Gewaltrisiko in der Allgemeinbevölkerung sehr ungleich verteilt: Männliche Täter sind laut Teilstatistiken deutlich überproportional vertreten; im Bereich Häusliche Gewalt sind die Tatverdächtigen zu 75,6% männlich, bei Sexualstraftaten zu 97%. Die Wahrscheinlichkeit einen Mord zu begehen, liegt für Männer fünf Mal höher als für Frauen (85% der Mörder sind Männer) [2]. Das Bundeskriminalamt führt im Bericht ca. 300 Femizide im Jahr auf; sie sind in der Regel nicht durch psychische Erkrankungen verursacht [3]. Insgesamt wird im Bericht ein klares Übergewicht männlicher Jugendlicher und Heranwachsender deutlich [4, 5]. Besonders auffällig ist im PKS-Berichtsjahr 2024 der Anstieg von Gewaltkriminalität bei Kindern und Jugendlichen: Die Zahl der tatverdächtigen Kinder stieg um 11,3% auf 13.755; die der Jugendlichen um 3,8% auf 31.383.

Gewaltrisiko bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet. Fast ein Drittel der Bevölkerung leidet jedes Jahr unter einer solchen Störung [6, 7, 8]. Gemessen an dieser Gesamtzahl ist die Gruppe derjenigen Betroffenen, von denen eine potenzielle Gefahr für andere ausgeht, sehr klein und darüber hinaus in sich heterogen.

Weiterführende Informationen zu Studien, deren Methoden und Ergebnissen finden sich im Anhang.

Die Evidenzlage lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass einige psychische Erkrankungen statistisch gesichert mit einem erhöhten Risiko für gewalttätiges Verhalten verbunden sind. Als Vergleichsgruppe dient in den meisten Studien die Allgemeinbevölkerung. Einige neuere, methodisch anspruchsvolle Studien vergleichen die Gruppe der psychisch erkrankten Menschen auch mit ihren gesunden Geschwistern und kontrollieren zusätzlich mit Hilfe statistischer Verfahren für den Einfluss weiterer Faktoren wie Geschlecht, Alter und Geburtsreihenfolge, Komorbiditäten, Substanzkonsum und vergangene Erfahrungen mit Gewalt [9, 10, 11].

Menschen mit Schizophrenien und anderen psychotischen Störungen weisen ein gesichert erhöhtes Risiko auf, eine Gewalttat zu begehen, insbesondere wenn sie sich in akuten Krankheitsphasen mit Wahnvorstellungen bedroht fühlen und/oder den Bezug zur Realität verlieren [12, 13]. Wenn es zu Gewalt kommt, wird diese überwiegend in akuten, sogenannten „produktiven" Krankheitsphasen in einer im inneren Erleben des Täters äußerst belastenden Ausnahmesituation begangen. Bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankungen) können, vor allem in manischen Phasen mit impulsivem und gereizt-aggressivem Verhalten, auch mit einem höheren Gewaltrisiko verbunden sein [14, 15, 16]. Bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit impulsiven oder paranoiden und dissozialen Zügen ist das Gewaltrisiko ebenfalls erhöht [17, 18, 19]. In Einzelfällen können organisch-psychische

Störungen wie Demenz oder schwere traumatische Hirnschädigungen aggressives Verhalten hervorrufen, meist aufgrund von Verwirrung/Realitätsverlust [20]. Mit der stärkste Risikofaktor für Gewaltausübung, sowohl bei ansonsten psychisch gesunden Menschen als auch bei Menschen mit weiteren psychischen Erkrankungen, sind der Konsum von Alkohol und Drogen und die Substanzkonsumstörungen (Missbrauch/Abhängigkeit) [11, 21, 22].

In der Zusammenschau vieler Studienergebnisse kann als gesichert gelten, dass Schizophrenien und andere Psychosen, Bipolare Störungen, Substanzkonsumstörungen sowie schwere Persönlichkeitsstörungen das Risiko, eine Gewalttat zu begehen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das 2- bis 9-fache erhöhen [15, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27]. Dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die Verläufe dieser psychischen Erkrankungen äußerst vielgestaltig sind. Schizophrenien und andere Psychosen verlaufen individuell sehr unterschiedlich, häufig episodisch mit zum Teil mehrjährigen Remissionen und stabilen Phasen, in denen die Betroffenen jahrelang in guter mentaler Verfassung und sozial integriert sind. Nur ein kleinerer Teil der Schizophrenien verläuft chronisch. Auch bei Substanzkonsumstörungen (Missbrauch und Abhängigkeit von Drogen und Alkohol) sind die Manifestationen und Krankheitsverläufe äußerst vielgestaltig.

Vereinzelt weisen Studien auch für andere häufige Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen auf ein statistisch erhöhtes Risiko für Gewalttaten hin [9, 24], allerdings in einem deutlich geringeren Maße. Aufgrund methodischer Limitationen und sehr heterogener Studienergebnisse (Risikoerhöhung in der Größenordnung von 0 bis 3) sind hier noch keine sicheren Aussagen möglich; es besteht weiterer Forschungsbedarf [9, 28].

Weitere Risikofaktoren und Prädiktionsmöglichkeiten

Das Risiko für Aggressionen und Gewalttaten erhöht sich, wenn zu einer psychischen Erkrankung weitere Risikofaktoren hinzukommen. Zu diesen Risikofaktoren zählen:

- Konsum von Drogen und Alkohol, weitere komorbide psychische Störungen, Behandlungsstatus der erkrankten Person: Wird eine psychische Störung nicht oder nur unzureichend therapiert, erhöht sich das Risiko, dass Betroffene gewalttätig werden. Dieser Zusammenhang ist für Psychosen wie die Schizophrenie eindeutig belegt [12, 16].
- Soziodemografische Faktoren: männliches Geschlecht und junges Alter [29, 30, 31]
- Sozioökonomische Belastungen: Armut, soziale Isolation und Desintegration, mangelnde soziale Unterstützung, Wohnungslosigkeit und Migration/Flucht [32, 33]
- Biographische Belastungsfaktoren: frühe Vernachlässigung und Missbrauchserfahrungen, Verluste und Traumata, eigene Gewalterfahrungen (Viktimisierung) [9, 16, 34]

Diese Risikofaktoren interagieren mit den Symptomen der psychischen Erkrankung. So ergibt sich ein individuelles Risikoprofil für die Verübung von Gewalttaten. Grundsätzlich steigt das Risiko, wenn mehrere Risikofaktoren zusammenkommen. Schwere Gewalttaten bleiben dennoch seltene Ereignisse; eine verlässliche individuelle Vorhersage ist nicht möglich.

Abgrenzung „psychisch gesund" – „psychisch krank"

In der Zusammenschau der Studien ist das Risiko, eine Gewalttat zu begehen, bei mehreren psychischen Erkrankungen erhöht, insbesondere wenn sie nicht ausreichend behandelt werden und wenn weitere Risiko- und Belastungsfaktoren hinzukommen. Aber: Die meisten schweren Gewalttaten werden von Menschen verübt, die vielleicht auffällig, aber nicht im engeren Sinne psychisch krank sind. Die Abgrenzung ist nicht immer leicht zu treffen. Beispielsweise werden oft junge, männliche, radikalisierte Täter mit Gewalttaten auffällig, nachdem sie im Vorfeld aufgrund von Intoxikationen und/oder aggressivem Verhalten bereits Kontakt zu Polizei und psychiatrischen Diensten gehabt hatten. Obwohl sie nicht zwangsläufig psychisch krank sind, tragen sie in der öffentlichen Wahrnehmung zum Stereotyp „psychisch gestört und gefährlich" bei. Auch nach spektakulären Gewalt- oder Amoktaten wird häufig vermutet, dass eine psychische Erkrankung vorliegen „muss", weil man sich ansonsten nicht erklären kann, „wie ein Mensch so etwas tun kann".

Zum Thema *Amok- und Nachahmungstaten* liegen nur wenige Studien vor. Sie weisen darauf hin, dass bei erwachsenen Amoktätern durchaus psychische Erkrankungen, zumeist Schizophrenie und andere psychotische Störungen oder paranoide Persönlichkeitsstörungen eine Rolle spielen. Ebenso relevant sind aber auch normalpsychologische Vorgänge z. B. im Rahmen von Beziehungskonflikten oder auch politischer Radikalisierung. Bei jugendlichen Straftätern sind an erster Stelle Identitätskrisen bedeutsam [35, 36, 37].

Schließlich soll an dieser Stelle noch auf die wachsende Bedeutung von Mischformen hingewiesen werden, bei denen die Einflüsse psychischer Erkrankungen bzw. Persönlichkeitsstörungen mit anderen Faktoren zusammenfallen. Hier ist insbesondere religiöse oder andere politisch-ideologische Propaganda zu nennen. Die Mischformen werden durch den Zeitgeist und die Verstärkerwirkung der sozialen Medien in der Gesellschaft begünstigt. Dabei verstärken sich die Einflüsse von Krankheit und Propaganda gegenseitig, und sie befördern gemeinsam Entwicklungen fundamentalistischer Art, die mit überwertigen Überzeugungen, Verschwörungsdenken, Radikalisierung und Gewaltbereitschaft einhergehen [38].

Diese Mischformen erschweren die Abgrenzung zwischen psychisch kranken und psychisch gesunden Gewalttätern, die es aber unbedingt zu beachten gilt. Denn es besteht hier ein Spannungsfeld zwischen den Schutzinteressen der Gesellschaft, die nach Erkennung und Behandlung psychisch erkrankter, potenziell gefährlicher Personen verlangen, und der möglichen „Psychiatrisierung" von Straf- und Gesinnungstäterinnen und -tätern. Letztere birgt die Gefahr, die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen zu verstärken. Zugleich trägt sie zur Überlastung des psychiatrischen Versorgungssystems bei, und sie stellt letztendlich einen Missbrauch der Psychiatrie dar.

Möglichkeiten der Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen ist angesiedelt im Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Gesellschaft und den Rechten der betroffenen Patientinnen und Patienten.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Eine adäquate psychiatrische Behandlung kann das Risiko von Gewaltdelikten nachweislich deutlich senken. Bei krankheitseinsichtigen und behandlungsbereiten Patientinnen und Patienten kann das Risiko von Eskalationen durch eine kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung langfristig minimiert werden. Eine kontinuierliche medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung kann auch das Risiko von Rückfällen bei psychisch erkrankten Gewaltstraffälligen deutlich senken [39]. Behandelte Täterinnen und Täter mit Schizophrenie weisen sogar ein niedrigeres Rückfallrisiko auf als nicht-schizophrene Gewaltstraffällige [40]. Eine neuere Studie zu Amoktäterinnen und -tätern konnte aufzeigen, dass keine der als psychisch krank diagnostizierten Straffälligen – überwiegend mit Psychosen oder bipolaren Störungen – zum Zeitpunkt der Tat eine adäquate Therapie erhielten [41].

Eine effektive, langfristige ambulante Versorgung sollte somit der zentrale Ansatz zur Prävention von Gewalt durch psychisch erkrankte Menschen sein. Diese Erkenntnis unterstreicht die Notwendigkeit eines besseren Zugangs zu langfristig kontinuierlicher Behandlung, damit gewaltpräventiv eingegriffen werden kann. Um die Betroffenen mit schweren psychischen Störungen zu erreichen, sind flexible, bedarfsadaptierte ambulante Angebote nötig, die die Menschen bei Bedarf in ihrer Wohnumgebung aufsuchen (aufsuchende Angebote).

Leider sind solche Angebote in der Regelversorgung aufgrund der aktuellen Finanzierungsstrukturen nur schwer realisierbar; im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung ist eine ausreichend intensive ambulante Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen und Gewaltpotenzial kaum möglich. Auch den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) der Krankenhäuser ist es nur in einzelnen Bundesländern möglich, intensiv und bei Bedarf aufsuchend zu behandeln; nämlich nur dort, wo Einzelleistungen nach dem Bayerischen Modell auskömmlich vergütet werden. Außerhalb der Regelversorgung ermöglichen einige Modellprojekte Krankenhäusern den flexiblen Einsatz ihrer Ressourcen: Sogenannte Capitation-Modelle, z. B. das „Hamburger Modell", gestatten Jahrespauschalen für bestimmte Patientengruppen wie schwer erkrankte Psychosebetroffene [42]; auch ein Globalbudget ermöglicht den bedarfsorientierten Einsatz von Ressourcen (§ 64b Modelle [43]). Die *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* hat im Jahr 2023 in ihrer 8. Stellungnahme empfohlen, dass die modellhaft erprobten globalen Krankenhausbudgets nach § 64b SGB V ausgeweitet und perspektivisch in die Regelversorgung überführt werden sollen [44]. Die DGPPN hat sich im Jahr 2024 in ihren *Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus* dieser Empfehlung angeschlossen [45].

Auf Grundlage der beschriebenen Finanzierungsmodelle können multiprofessionelle, mobile Behandlungsteams aufgebaut werden, die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen direkt in ihrem Lebensumfeld längerfristig, bedarfsorientiert, aufsuchend und intensiv behandeln (sogenannte *Assertive Community Treatment (ACT-)Teams*). ACT-Teams können Betroffene behandeln, die zusätzlich zur psychischen Erkrankung weitere Risikofaktoren wie z. B. Substanzkonsum, soziale Marginalisierung und Fluchthintergrund aufweisen. Auch die *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* empfiehlt den Einsatz solch multiprofessioneller, aufsuchend arbeitender Teams [46].

Die besondere Situation geflüchteter Menschen

Die oben beschriebenen Angebote sollten auch Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund adressieren und dabei niederschwellig und kultursensibel sein. Geflüchtete erhalten aber nach § 4 AsylbLG für die Dauer von 36 Monaten nur eingeschränkte Gesundheits- und Sozialleistungen; Behandlungsangebote erhalten sie lediglich als Akut- und Notfallversorgung und bei Schmerzen. Daraus resultiert eine eklatante und hochproblematische Versorgungslücke bei einer psychisch erheblich belasteten Personengruppe, die mehrere Risikofaktoren für das Begehen von Gewalttaten aufweist. Dazu gehören nicht nur die traumatischen Erfahrungen vor und während der Flucht, sondern auch die Belastungen in den ersten Jahren nach der Ankunft in Deutschland (z.B. Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften mit eingeschränkter Privatsphäre, fehlender Zugang zum Arbeitsmarkt, eingeschränkte ökonomische Möglichkeiten [32, 33]). Diese Faktoren wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit aus und können zugleich das Gewaltpotenzial verstärken.

Soziale Integration und Teilhabe

Parallel zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung dient auch die Förderung der sozialen Integration und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Störungen der Reduktion des Gewaltrisikos, da so Marginalisierung und weitere Risikofaktoren für Gewalttaten vermindert werden können. Auch diese Maßnahmen, die in den Bereich der Eingliederungshilfe fallen, müssen langfristig angelegt und im Lebensumfeld der Betroffenen, d.h. in der Gemeinde verortet werden. Die Erfahrung zeigt, dass die Assistenz und Begleitung durch Fachkräfte stabilisierend wirkt, Rückfälle vermindert und die Adhärenz für medizinische Maßnahmen erhöht.

Entscheidend für den Erfolg der Angebote ist eine enge intersektorale und sozialgesetzbuchübergreifende Vernetzung und Kooperation der beteiligten Leistungserbringer aus dem SGB V, SGB VIII und SGB IX. Nur so ist im sich abzeichnenden Krisenfall auch eine frühzeitige Intervention möglich.

Spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen mit erhöhtem Gefährdungspotenzial

Für Menschen, die sich in der Vergangenheit in Zusammenhang mit ihrer schweren psychischen Erkrankung aggressiv oder gewaltbereit gezeigt hatten und bei denen für die Zukunft ein möglicherweise größeres Gefährdungspotenzial gesehen wird, werden zusätzliche Angebote benötigt.

Die internationale Literatur zeigt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die aufgrund schwerer Straftaten in der Vergangenheit forensisch untergebracht oder im Gefängnis waren, hinsichtlich ihrer Legalprognose von einer ambulanten aufsuchenden Behandlung und psychosozialen Versorgung durch erfahrene multiprofessionelle forensisch-psychiatrische Teams (*Forensic Assertive Community Treatment,* FACT) profitieren [47]. Diese Behandlungsform existiert auch in Deutschland in Form der *forensischen Ambulanzen*, die als Nachsorgeambulanzen bedingt entlassene, ehemalige Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs versorgen und außerhalb der GKV finanziert werden.

Solche Behandlungsmodelle sind auch als Präventionsmaßnahmen sinnvoll, um zu verhindern, dass psychisch Kranke mit Gefährdungspotenzial schwere Straftaten begehen (*Preventive ACT: p-ACT*). In Bayern besteht seit mehreren Jahren das Modell der *Präventionsambulanzen*, das psychisch kranken Menschen mit erhöhtem Aggressions- und Gewaltpotenzial und Rückfallrisiko nach einer PsychK(H)G-Unterbringung neben der regulären ambulanten Behandlung zusätzlich eine intensive Betreuung nach sozialpsychiatrischen Ansätzen ermöglicht. In diese Betreuung fließt forensische Expertise ein und der Fokus liegt auf der Früherkennung und Prävention drohender

Fremdaggression/Gewalt. Dadurch werden Gewalt- bzw. Deliktprävention betrieben und eine spätere forensische Unterbringung vermieden. Die Präventionsambulanzen werden mit Mitteln der Justiz finanziert [48, 49, 50]. Aufgrund positiver Erfahrungen wurden sie zwischenzeitlich in ganz Bayern eingeführt [48, 49, 50].

Ähnliche Modelle wie die bayerischen Präventionsambulanzen werden aktuell auch in anderen Bundesländern diskutiert und neu erprobt: In Hamburg startet die Implementierung des Projektes SAFE [51] und in Hessen wird mit Mitteln des Hessisches Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege ein Krisen- und Beratungsdienst aufgebaut. Dieser Dienst wird landesweit mit den Forensisch-Psychiatrischen Ambulanzen (FPA) vernetzt und kooperiert eng mit den Kliniken und ihren Institutsambulanzen sowie den Sozialpsychiatrischen Diensten der Kommunen und mit der Polizei (Vitos Krisen- und Beratungsdienst, KBD [52]). Auch hier ermöglicht die forensische Expertise ein personenzentriertes Beratungs- und Behandlungsangebot für psychisch erkrankte Menschen mit Gewaltpotenzial.

> Bei allen Angeboten, die über die regulären Versorgungsleistungen hinausgehen und spezifische Gruppen mit Gewaltpotenzial adressieren, muss sorgsam auf die Balance zwischen einem wirksamen Schutz der Bevölkerung durch effektive Behandlung einerseits und der Vermeidung einer ungewollten Stigmatisierung psychisch kranker Menschen andererseits geachtet werden.

Stellenwert der sozialpsychiatrischen Dienste

Die kommunal verankerten sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) sind Teil des öffentlichen Gesundheitswesens und ein Bindeglied zwischen Fürsorge und Behandlung für die Betroffenen und der Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit. Sie sind mit allen lokalen Akteuren, die an der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen beteiligt sind, vernetzt und haben dabei besondere Funktionen und Kompetenzen: Sie können auf Hinweise aus dem Umfeld psychisch erkrankter Menschen reagieren, aufsuchend tätig werden, die Betroffenen zur Inanspruchnahme einer Behandlung motivieren und – sofern diese Maßnahmen nicht ausreichen – ggf. auch eine unfreiwillige Unterbringung (siehe „Rechtliche Rahmenbedingungen“) initiieren. Darüber hinaus beraten die SpDi bei Bedarf die vor Ort tätigen Akteure der Sicherheitsbehörden [53].

Forensisch-psychiatrische Fachstellen bei den Polizeibehörden

In der Schweiz gibt es seit nunmehr zehn Jahren die *Fachstelle Forensic Assessment and Risk Management* (FFA) der Forensisch-Psychiatrischen Klinik der Universität Zürich. Sie wurde als Teil des Gewaltschutzteams der Polizei im Bereich des kantonalen Bedrohungsmanagements eingerichtet und wird seitdem aufgrund der positiven Erfahrungen schrittweise ausgebaut [54, 55]. Die FFA bündelt die Expertise aus (Rechts-)Psychologie und forensischer Psychiatrie auf dem Gebiet der Risikoeinschätzung und unterstützt damit die drei polizeilichen Gewaltschutzstellen bei ihrer Arbeit mit Menschen, deren Verhalten und/oder Kommunikation auf ein mögliches Gewaltpotenzial hinweisen (sogenannte Gefährder). Dabei geht es um Personen, zu denen noch wenige Informationen vorliegen und bei denen das Gefährdungspotenzial zeitnah eingeschätzt werden soll, damit ggf. präventive Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können. Grundlage für die Arbeit der FFA als Teil des kantonalen Bedrohungsmanagements sind regelmäßige interne Fallbesprechungen, Fallkonferenzen mit Behörden und die Planung und gemeinsame Durchführung von Gefährderansprachen, welche zunächst freiwillig zu Hause, am Arbeitsplatz oder an einem öffentlichen Ort stattfinden, aber ggf. im Rahmen eines Strafverfahrens auch als Auflage gerichtlich festgesetzt werden können. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung wird eine FFA-Fachperson hinzugezogen, die die Gefährderansprachen mit den zuständigen Polizeimitarbeitenden vor- und nachbereitet und überwiegend auch direkt vor Ort unterstützt. Mehr als 80 % der kontaktierten Gefährder lassen sich auf ein oder mehrere Gespräche mit den Gewaltschutzstellen und der FFA und zum Teil auch auf weitere Maßnahmen ein. Im Verlauf gelingt es häufig, geeignete Therapiemaßnahmen im ambulanten oder stationären Behandlungssystem zu initiieren [54, 55]. Mit dieser Vorgehensweise stellt die FFA auch das Bindeglied zwischen den Behandelnden der Gefährder und den Gewaltschutzstellen dar.

Das Schweizer Konzept der FFA erscheint vielversprechend und übertragbar auf deutsche Verhältnisse. Ein wesentlicher Vorteil des Konzeptes gegenüber anderen aktuell diskutierten Optionen ist, dass empfindliche Fragen der ärztlichen Schweigepflicht nicht berührt werden und die Gewaltschutzbehörden dennoch jederzeit auf eine psychiatrisch-forensische Expertise und konkrete Unterstützung zurückgreifen können. Entscheidend ist dabei die enge und kontinuierliche Zusammenarbeit durch die strukturelle Verankerung des FFA-Dienstes in der Behörde als Teil des Bedrohungsmanagements.

Rechtliche Rahmenbedingungen für unfreiwillige Unterbringung und Behandlung

Wenn die Selbstbestimmungsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen eingeschränkt ist, sie also krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, rechtlich selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, können sie im Fall einer erheblichen Eigen- oder Fremdgefährdung zeitlich begrenzt unfreiwillig (d.h. gegen ihren „natürlichen Willen") in einer psychiatrischen Klinik untergebracht und behandelt werden. Dies dient dem Schutz der Person selbst und/oder anderer Personen. Die hierfür relevanten gesetzlichen Regelungen werden im Folgenden kurz skizziert.

Zivilrechtliche Unterbringung: Die zivilrechtliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) erfolgt grundsätzlich zum Wohl der betroffenen Person bei erheblicher Selbstgefährdung, und nicht primär zum Schutz Dritter. Indem sie eine notwendige Behandlung ermöglicht, kann die zivilrechtliche Unterbringung allerdings indirekt auch zur Reduktion von Fremdgefährdung beitragen. Eine medikamentöse Behandlung gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person während der Unterbringung erfordert eine gesonderte gerichtliche Genehmigung.

Öffentlich-rechtliche Unterbringung: Die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den PsychK(H)Gs der Länder dient als Schutzmaßnahme bei unmittelbarer, akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Unterbringung wird in der Regel für wenige Tage bis Wochen gerichtlich beschlossen. Für eine medikamentöse Behandlung gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person ist auch hier in der Regel eine gesonderte gerichtliche Genehmigung erforderlich. Die Praxis bzw. die Schwelle für eine Genehmigung zur Zwangsmedikation ist regional variabel; sie wird zumindest zum Teil als restriktiv bzw. hoch beschrieben.

Die Unterbringung ist grundsätzlich nur solange möglich, wie die akuten Gefährdungsmomente fortbestehen. Es muss fortdauernd, d.h. in der Regel täglich, ärztlicherseits überprüft werden, ob die Voraussetzungen für die Unterbringung weiterhin vorliegen.

Grundsätzlich gilt: Solange der psychisch kranke Mensch keine schwere Straftat begangen hat, wird der Patientenautonomie und damit auch dem „Recht auf Krankheit" ein hoher Stellenwert beigemessen. Eine Unterbringung nach dem PsychK(H)G wird häufig direkt nach Abklingen einer akuten Symptomatik beendet, auch wenn sich der gesundheitliche Zustand der kranken Person noch nicht ausreichend stabilisiert hat. Häufig kommt es so nach der Entlassung mehr oder weniger rasch zu einer Wiederaufnahme unter ähnlichen Umständen (sogenannte „Drehtürpatienten").

Damit nach der Entlassung die Nachsorge gesichert ist, müssen Behörden, weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte und/oder der Sozialpsychiatrische Dienst über die Entlassung informiert werden. Die Informationspflichten sind allerdings in den PsychK(H)Gs der Länder uneinheitlich geregelt.

Grundsätzlich besteht (nach Bundesrecht §328 FamFG) auch die Möglichkeit, eine gerichtlich beschlossene Unterbringung nach PsychK(H)G unter Auflagen auszusetzen, wenn die Akutsymptomatik ausreichend gebessert ist. Die Unterbringung kann für einen längeren Zeitraum von z.B. zwölf Monaten gerichtlich beschlossen und dann ausgesetzt werden. Werden die Auflagen (z.B. Behandlungsadhärenz und Drogenabstinenz) während der sich anschließenden ambulanten Behandlung nicht eingehalten, kann dies zu einer Rücknahme der Aussetzung der Unterbringung führen. In der Praxis wird diese Möglichkeit allerdings kaum genutzt, da sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch die Gerichte Zurückhaltung hinsichtlich eines länger andauernden Eingriffs in die Autonomie der Betroffenen zeigen.

Reform der zivilrechtlichen Zwangsbehandlung: Bislang ist eine medikamentöse Zwangsbehandlung ausschließlich im Rahmen einer stationären psychiatrischen Unterbringung rechtlich möglich. Aktuell wird vom Gesetzgeber die vom Bundesverfassungsgericht aufgetragene Reform der zivilrechtlichen Zwangsbehandlung (§ 1832 BGB) umgesetzt. Künftig kann möglicherweise in wenigen ausgewählten Fällen eine unfreiwillige Behandlung auch ambulant durchgeführt werden.

Forensische Unterbringung: Neben den oben beschriebenen zivil- und öffentlich-rechtlichen Regelungen existieren strafrechtliche Maßnahmen, die nach schweren Gewalttaten durch psychisch Erkrankte zur Anwendung kommen. Die strafrechtliche bzw. forensische Unterbringung nach § 63 StGB im Maßregelvollzug erfolgt, wenn eine psychische Erkrankung eine wichtige Rolle bei der Verübung einer schweren Straftat gespielt hat. Die Unterbringung setzt eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt aufgrund der psychischen Erkrankung sowie eine Wiederholungsgefahr voraus. Anders als bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung wird die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung nicht täglich oder vergleichbar engmaschig überprüft. Stattdessen erfolgt eine fortlaufende Prognosebewertung in Zeitabständen von aktuell zwölf Monaten. In der Praxis sind Patientinnen und Patienten häufig mehrere Jahre lang in der forensischen Klinik untergebracht, in Einzelfällen auch lebenslang. Eine bedingte Entlassung ist an Auflagen geknüpft: Die ambulante Nachsorge durch eine Forensische Ambulanz ist über mehrere Jahre obligatorisch; risikobehaftetes Verhalten wie Drogenkonsum oder eine Verweigerung der medikamentösen Behandlung führen dazu, dass die Betroffenen in die Klinik „rückgeführt", d. h. erneut untergebracht werden.

> Nach der aktuellen Rechtslage besteht ein erhebliches Ungleichgewicht: Solange es (noch) nicht zu einer schweren Straftat gekommen ist, sind gewaltpräventive Maßnahmen, welche die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen einschränken, eng begrenzt. Wenn es aber zu einer Straftat gekommen ist, werden die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen im forensisch-psychiatrischen Kontext drastisch und langanhaltend eingeschränkt.

Praktikabilität und Risiken von Registern und ähnlichen Maßnahmen

Um Gewalttaten durch psychisch Erkrankte zu verhindern, werden aktuell Maßnahmen diskutiert, die auf eine stärkere Einbindung von Sicherheitsbehörden abzielen. Dazu gehören die Einrichtung eines Registers für potenziell gewalttätige Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Weitergabe entsprechender medizinischer Daten an die Sicherheitsbehörden.

Die Wirksamkeit solcher Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalttaten ist allerdings äußerst fraglich; es ist nicht ersichtlich, wie ein Register zur Gefahrenabwehr beitragen könnte. Eine präventive Intervention allein durch Sicherheitsbehörden – etwa in Form sogenannter „Gefährderansprachen" – ist im Fall psychisch erkrankter Personen wenig zielführend. Im Gegensatz zu Personen, die aus kriminellen oder ideologischen Motiven handeln, beruht gewalttätiges Verhalten auf dem Boden einer psychischen Erkrankung auf individuellen Krankheitsprozessen, die sich durch eine polizeiliche Ansprache oder Überwachung nicht beeinflussen lassen. Darüber hinaus ist eine kontinuierliche Begleitung und wiederholte Kontaktierung durch polizeiliche Kräfte nicht praktikabel. So sprechen auch erste Erfahrungen mit dem polizeilichen Projekt zur Früherkennung von und zum Umgang mit Personen mit Risikopotenzial (PeRiskoP) in Nordrhein-Westfalen (NRW) dafür, dass sich Gewalttaten durch eine Aufnahme in das Projekt nicht verhindern lassen [56].

Darüber hinaus bergen solche Maßnahmen erhebliche Risiken: Eine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht zur Erfassung „potenziell gefährlicher" Personen ist höchst problematisch, denn sie würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient massiv beeinträchtigen. Sie könnte dazu führen, dass Betroffene aus Angst vor einer Meldung an die Behörden mit den Behandelnden nicht offen über ihre Gedanken und ihr Erleben sprechen. Im schlimmsten Fall nehmen sie gar keine psychiatrische Behandlung mehr in Anspruch. Darüber hinaus birgt die Erfassung und Speicherung psychiatrischer Diagnosen durch Behörden die Gefahr, dass die pauschale gesellschaftliche Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen verstärkt wird und so die soziale Isolation der Betroffenen steigt. Soziale Isolation und fehlende soziale Unterstützung wiederum können das Risiko gewalttätigen Verhaltens in vulnerablen Gruppen verstärken [57, 58, 59]. Register könnten somit indirekt das Risiko für Gewalt erhöhen, anstatt es zu reduzieren.

Auch aus datenschutzrechtlicher und ethischer Sicht wäre die Speicherung und Weitergabe derart sensibler Daten sehr problematisch. In Bayern wurde im Zuge der Beratungen zu einem neuen PsychK(H)G im Jahr 2018 ausführlich darüber diskutiert; die Idee einer Unterbringungsdatei wurde schließlich im ursprünglichen Gesetzentwurf zugunsten eines anonymisierten Meldesystems verworfen [60]. Auch andere Ansätze zur Gefahrenabwehr, etwa das bereits erwähnte Modell PeRiskoP in NRW, kommen bezüglich des Datenschutzes an ihre Grenzen, wenn es um die Zusammenarbeit von Sicherheitsbehörden und Gesundheitssystem auf der individuellen Ebene einzelner Menschen mit psychischen Störungen geht [61, 62].

Nicht zuletzt würde die Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten einschließlich so sensibler Daten wie psychiatrischer Diagnosen an Behörden einen massiven Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der psychisch kranken Personen darstellen. Weil im Gegenzug die gewaltpräventive Wirkung als äußerst gering einzuschätzen ist, wäre eine solche Maßnahme nur schwer zu rechtfertigen.

Natürlich kann in akuten Gefahrsituationen die Abwägung zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Gefahrenabwehr zu einem anderen Ergebnis führen. Es ist selbstverständlich, dass in akuten Gefahrsituationen Informationen seitens der Behandelnden an Behörden oder die Polizei weitergegeben werden können und unter Umständen auch müssen. Wenn eine unmittelbare Gefahr für die Person selbst oder für Dritte besteht, die eine polizeiliche Intervention erforderlich macht, geben Ärztinnen und Ärzte – nach sorgfältiger Abwägung der Schweigepflicht gegen andere Rechtsgüter – Informationen weiter. Dies ist nicht vergleichbar mit einer „vorsorglichen" Weitergabe und Speicherung von Informationen über Patientinnen und Patienten, die möglicherweise in der Zukunft gefährlich werden könnten.

> Die Herausforderung besteht darin, Maßnahmen zu entwickeln, die eine angemessene Balance zwischen dem berechtigten Schutzbedürfnis der Gesellschaft und den Persönlichkeitsrechten von Patientinnen und Patienten sowie der möglichen Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen finden.

DGPPN-Empfehlungen für Maßnahmen der Gewaltprävention

Abgeleitet aus der dargelegten Evidenz zu Risikofaktoren, Prädiktionsmöglichkeiten und Präventionsmaßnahmen gibt die DGPPN folgende Empfehlungen zur Prävention von Gewalttaten durch psychisch kranke Menschen.

1. Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Störungen

Die zentrale und wichtigste Maßnahme der Gewaltprävention ist die intensive, flexibel an den Bedarf der Betroffenen adaptierte ambulante Behandlung und Betreuung derjenigen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die ohne Behandlung ein erhöhtes Risiko aufweisen, Gewalttaten zu begehen. Um dies sicherzustellen, muss der Ausbau geeigneter, niedrigschwelliger und kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote vorangetrieben werden. Es müssen flächendeckend ausreichend engmaschige und individuell bedarfsadaptierte, aufsuchende Angebote durch multiprofessionelle *Assertive Community Treatment* (ACT-)Teams zur Verfügung stehen, die z. B. an den Ambulanzen der pflichtversorgenden psychiatrischen Kliniken angesiedelt sein können. Diese Behandlungsmöglichkeiten müssen auskömmlich finanziert werden; entweder über das Bayerische Vergütungsmodell der Psychiatrischen Ambulanzen oder idealerweise über Globalbudgets für das Krankenhaus, die einen flexiblen Mitteleinsatz ermöglichen. Die von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfohlene Überführung der Projekte nach §64b SGB V, die ebendies ermöglichen, in die Regelversorgung, wird mit Nachdruck unterstützt [44, 45].

Insgesamt muss im psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld eine Ressourcenallokation hin zur Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen erfolgen. Dabei müssen zwingend auch Betroffene mit sozialer Marginalisierung, insbesondere mit Wohnungslosigkeit, in den Blick genommen werden.

Die skizzierten Angebote sollen dezidiert auch Geflüchtete adressieren, die aktuell erst nach drei Jahren Aufenthalt in Deutschland Zugang zur GKV-Versorgung haben. Es wäre wichtig, dass diese Sperrfrist für eine psychiatrische Behandlung aufgehoben wird. Bis dahin müssen alternative (Finanzierungs-)Modelle gefunden werden, die Geflüchteten mit schweren psychischen Störungen eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einschließlich der notwendigen Dolmetscher- und Sprachmittlungsleistungen ermöglichen. Darüber hinaus müssen Beratungsangebote für Mitarbeitende sowie offene medizinische Sprechstunden in Flüchtlingsunterkünften – wie auch in Wohnungsloseneinrichtungen und Notschlafstellen – implementiert werden.

Für Betroffene, die sich in der Vergangenheit im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung aggressiv oder gewaltbereit gezeigt haben, sollen zusätzliche engmaschige und bei Bedarf aufsuchende Hilfen möglich sein und mit zusätzlichen Mitteln außerhalb der GKV finanziert werden. Als Vorbild kann hier das Modell der bayerischen Präventionsambulanzen dienen, das in Bayern etabliert und jetzt in ähnlicher Form (als *preventive ACT*, *p-ACT*, aufsuchende psychosoziale Behandlung mit dem Fokus auf Gewaltprävention) auch in Hessen und in Hamburg implementiert wird. Vergleichbare Ansätze sollen dringend bundesweit ausgeweitet, flächendeckend implementiert und evaluiert werden.

2. Förderung der Teilhabe und intersektorale Kooperation bei Menschen mit schweren psychischen Störungen

Um weiteren Risikofaktoren für Gewalttaten entgegenzutreten, muss bei Menschen mit schweren psychischen Störungen zusätzlich zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, die auf die Verbesserung der Symptomatik zielt, die soziale Integration und Teilhabe gefördert werden. Es sind langfristig angelegte Maßnahmen wichtig, die einer Marginalisierung der Betroffenen entgegenwirken. Insbesondere muss ein Abgleiten in die Wohnungslosigkeit verhindert bzw. es müssen Anstrengungen unternommen werden, um Wohnungslosigkeit zu überwinden.

Die Realisierung sozialer Teilhabe sowie auch der Teilhabe am Arbeitsleben fallen in den Bereich der Eingliederungshilfe. Die Unterstützung der Eingliederungshilfe wirkt stabilisierend, kann Rückfälle vermindern und die Adhärenz für medizinische Maßnahmen erhöhen. Bei Menschen mit herausforderndem Verhalten und erhöhtem Gewaltpotenzial kann durch eine intensivierte Betreuung in der eigenen Wohnung oder in besonderen Wohnformen das Risiko einer Verschlechterung der Symptomatik verringert werden. Durch eine enge Kooperation mit den behandelnden Psychiaterinnen und Psychotherapeuten kann im Falle einer Krise gezielt gehandelt werden.

Dazu bedarf es einer engmaschigen, intersektoralen und sozialgesetzbuchübergreifenden Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer in gemeindepsychiatrischen Verbundstrukturen. Nur so kann das Versorgungssystem der multifaktoriellen Entstehung von Gewalttaten gerecht werden und zu deren Prävention bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung beitragen. In der Bundesrepublik gibt es dafür bereits Best-Practice-Modelle; diese müssen zwingend um die Betreuung besonders marginalisierter Gruppen erweitert werden. Insbesondere werden Angebote für Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug, für Geflüchtete und für Wohnungslose benötigt. Denn wenn Patientinnen und Patienten aus der Klinik in die Wohnungslosigkeit entlassen werden, ist eine mangelhafte Anschlussbehandlung die Regel; Zuspitzungen, die mit Aggression und Gewalt einhergehen, sind eine nahezu zwangsläufige Folge.

Unbedingt notwendig für eine verbesserte soziale Teilhabe ist der Einbezug der Kommunen und Kreise als Träger der Daseinsvorsorge, zur Förderung einer inklusiven Gemeinwesenarbeit und der Schaffung von Wohnraum.

3. Verstärkung/Ausbau sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi)

Die sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen sollen insgesamt personell gestärkt und auskömmlich finanziert werden. Neben der intersektoralen Kooperation mit den Leistungserbringern aus dem SGB V, SGB VIII und SGB IX könnte in Abhängigkeit von den Ressourcen auch das Beratungsangebot an die polizeilichen Dienste ausgeweitet werden. Es kann jedoch aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht keinen gegenseitigen Informationsaustausch über einzelne Personen geben.

4. Aufbau forensischer Fachstellen bei den Polizeibehörden

Neben der Stärkung der SpDi wäre ergänzend ein Aufbau forensischer Fachstellen direkt bei den polizeilichen Behörden nach dem Schweizer Vorbild des Kantons Zürich zu erwägen [54], um so Expertise aus (Rechts-)Psychologie und forensischer Psychiatrie auf dem Gebiet der Risikoeinschätzung in den Dienst der Polizei zu stellen. Das Schweizer Konzept der FFA erscheint vielversprechend und übertragbar auf deutsche Verhältnisse.

Ein wesentlicher Vorteil des Konzeptes gegenüber anderen aktuell diskutierten Optionen ist, dass empfindliche Fragen der ärztlichen Schweigepflicht nicht berührt werden und die Behörden dennoch jederzeit auf forensisch-psychiatrische Expertise und konkrete Unterstützung zurückgreifen können. Entscheidend erscheint dabei die enge und kontinuierliche Zusammenarbeit durch die strukturelle Verankerung des FFA-Dienstes in der Behörde als Teil des Bedrohungsmanagements.

5. Konsequente Nutzung der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten für eine Unterbringung und Behandlung bei psychisch erkrankten Personen mit Gewaltpotenzial, die sich nicht freiwillig behandeln lassen

Vorrangig müssen Maßnahmen eingesetzt werden, die auf Unterstützung und Motivierung der Betroffenen abzielen. Bei den wenigen Patienten, die nicht krankheitseinsichtig sind, keine Adhärenz mit der Behandlung zeigen und gleichzeitig ein erkennbares Aggressions-/Gewaltpotenzial aufweisen, müssen jedoch auch Maßnahmen gegen den natürlichen Willen in Betracht gezogen werden, wenn die Patienten erkrankungsbedingt nicht selbstbestimmungsfähig sind. Die Abwägung zwischen dem Schutz der Gesellschaft und den individuellen Patientenrechten muss an dieser Stelle diskutiert und ggf. neu justiert werden – sowohl in Bezug auf die Länge der Unterbringung als auch in Bezug auf die medikamentöse Behandlung gegen den natürlichen Willen der Betroffenen. Die derzeitige Praxis, eine Unterbringung unmittelbar zu beenden, wenn die akute Symptomatik abgeklungen ist, auch wenn sich der Zustand noch nicht ausreichend stabilisiert hat, ist unbedingt zu überdenken.

Die in §328 FamFG vorgesehene „Aussetzung der (PsychK(H)G) Unterbringung unter Auflagen", die auch in einzelnen PsychK(H)Gs im Zusammenhang mit den „Nachsorgenden Hilfen" explizit Erwähnung findet, wird selten verfolgt. Sie sollte zumindest bei Fällen mit wiederholten aggressiven Vorfällen genutzt werden. Als Auflagen kommen insbesondere eine regelmäßige medizinische Behandlung und Drogenabstinenz in Frage. Wird im ambulanten Behandlungsverlauf gegen die Auflagen verstoßen, kann geprüft werden, ob die Aussetzung der Unterbringung rückgängig gemacht werden soll. Damit bekämen die Betroffenen eine Chance auf gesundheitliche Stabilisierung ohne eine unnötig lange Hospitalisierung und damit einhergehende soziale Exklusion. Für ein solches Verständnis und die Praxis der „Nachsorgenden Hilfen" ist eine gedankliche Neuausrichtung sowohl bei Behandelnden als auch bei Gerichten erforderlich.

Wenn der Gesetzgeber die vom Bundesverfassungsgericht aufgetragene Reform der zivilrechtlichen Zwangsbehandlung (§1832 BGB) umgesetzt hat, kann eventuell in wenigen ausgewählten Fällen künftig eine unfreiwillige Behandlung auch ambulant durchgeführt werden.

6. Intensivierung der Forschung zum Thema Aggression und Gewalt bei psychischen Störungen

Derzeit wird in Deutschland der Sonderforschungsbereich *Transregio TRR 379 – Die Neuropsychobiologie von Aggression: Ein transdiagnostischer Ansatz für psychische Krankheiten* von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert [63]. Darüber hinaus wird eine langfristige Förderung von Kohorten- und Panelforschung benötigt, damit Trends früh erfasst werden können und der Erfolg von Präventions- und Interventionsmaßnahmen perspektivisch evaluiert werden kann.

7. Maßnahmen mit Fokus auf die allgemeinen Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten

Zusätzlich zu Maßnahmen, die explizit Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen adressieren, müssen die bedeutsamen allgemeinen Risikofaktoren für Gewalttätigkeit in den Blick genommen werden. Sie führen in Kombination mit einer psychischen Erkrankung zu einer erheblichen Potenzierung des Risikos und müssen im Sinne einer Primärprävention politisch und gesamtgesellschaftlich auf verschiedenen Ebenen fokussiert werden. Hier sind beispielsweise Kinderschutzmaßnahmen und Interventionen nach Gewalterfahrungen zu nennen, aber auch Maßnahmen der Suchtprävention und zur Reduktion eines riskanten Substanzkonsums oder Hilfen zur Prävention und Überwindung von Wohnungslosigkeit.

Anhang

Studien zum Zusammenhang von psychischen Störungen und der Ausübung von Gewalttaten

Wie häufig sind psychische Störungen?

Die epidemiologische Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) hat ermittelt, dass jedes Jahr 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind [64, 65]. Das entspricht etwa 18 Millionen betroffenen Personen; davon nehmen nur etwa 20% pro Jahr Kontakt zu Behandlerinnen und Behandlern auf [66]. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen in Deutschland Angststörungen (15,4%), gefolgt von affektiven Störungen (9,8%, allein die unipolare Depression: 8,2%) und Substanzkonsumstörungen (5,7%) [64, 65]. Psychische Erkrankungen zählen in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und muskuloskelettalen Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre [67]. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um zehn Jahre verringerte Lebenserwartung [68, 69].

Wie wird das Phänomen Gewaltausübung durch Menschen mit psychischen Erkrankungen wissenschaftlich untersucht?

Die Gewaltausübung im Kontext psychischer Störungen wird – wie auch das weitere häufige Phänomen, dass Menschen mit psychischen Störungen selbst Opfer von Gewalt werden (Viktimisierung) – wissenschaftlich mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen untersucht. Dazu zählen klinische Beobachtungen, Längsschnittstudien, narrative und systematische Reviews, epidemiologische Studien und Registerstudien.

Reviews und epidemiologische Studien zeigen, dass Aggression als Symptom bei verschiedenen psychischen Störungen auftreten kann, darunter insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen (emotional instabile und antisoziale Persönlichkeitsstörung), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus, bipolare Störung, Schizophrenie, Störungen des Sozialverhaltens, und selbst bei den häufigen Angststörungen und depressiven Erkrankungen [70, 71, 72, 73, 74, 75, 76]. Besonders aussagekräftige Ergebnisse lassen sich aus den gesetzlich geregelten Registerstudien ableiten. Sie basieren auf umfangreichen, systematisch erfassten Daten aus Qualitätsregistern und ermöglichen es so, Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und anderen Faktoren zu erkennen.

Solche Registerstudien liegen überwiegend aus nordeuropäischen Ländern vor (Schweden, Finnland, Norwegen, Island, England und Dänemark, aber auch Israel). Da die Analysen auf Routinedaten beruhen, müssen bei der Ergebnisinterpretation entsprechende methodische Limitationen berücksichtigt werden (z.B. handelt es sich um klinische Diagnosen, nicht um für Studienzwecke standardisiert erhobene Diagnosen). Andererseits ermöglichen Registerstudien die Verknüpfung umfangreicher klinischer Daten mit Verwaltungsdaten und soziodemografischen Informationen. Teilweise wurden die Daten über Jahrzehnte erhoben, so dass Verzerrungen minimiert werden [77]. Aufgrund ihrer Stichprobengröße haben die Ergebnisse der Registerstudien besonderes Gewicht.

Gewalt und Aggression werden in diesen Studien in der Regel als gerichtliche Verurteilung aufgrund einer Gewalttat operationalisiert. Das Auftreten von Gewalt in der Gruppe von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wird immer in Bezug zu einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe gesetzt.

Als Vergleichsgruppe dient in der Regel die Allgemeinbevölkerung. Meist wird dabei der Einfluss der Variablen Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert bzw. korrigiert. Einige neuere, methodisch anspruchsvolle Registerstudien vergleichen psychisch erkrankte Personen mit ihren nicht erkrankten Geschwistern und korrigieren zudem nach Geschlecht, Alter, Geburtsreihenfolge, vergangenen Erfahrungen mit Gewalt sowie weiteren psychischen Störungen einschließlich Substanzkonsumstörungen [9, 10, 11].

Eine Risikoerhöhung wird zumeist als *Hazard Ratio* (HR[1]), *Odds Ratio* (OR[2]) oder *Relatives Risiko* (RR[3]) angegeben [78]. Manchmal wird auch die *Inzidenzrate*[4] von Gewaltereignissen innerhalb einer bestimmten Zeitperiode bzw. Zahl von Personenjahren angegeben. Eine weitere statistische Kennzahl, die in neueren Studien verwendet wird, ist die *Population Attributable Fraction* (PAF); diese gibt an, wie viel Prozent der Gewalttaten in einer Bevölkerung auf einen Risikofaktor, z. B. Alkoholkonsum, zurückgeführt werden können. Die PAF hilft so, die Bedeutung einzelner Risikofaktoren für die Gesamtbelastung durch Gewalt in einer Gesellschaft einzuschätzen.

Studien zum Zusammenhang zwischen Schizophrenien, Substanzkonsumstörungen und Gewalt

Die meisten großen Registerstudien, die in den letzten 30 Jahren in Schweden, Israel und England durchgeführt wurden, nahmen Patienten mit Schizophrenien in den Fokus.

Zwei skandinavische Registerstudien verglichen über einen Zeitraum von mehr als drei Jahrzehnten die Kriminalstatistiken von psychisch Erkrankten und Nichterkrankten: eine schwedische Studie mit n = 15.117 Personen, die 1953 in Stockholm geboren wurden, und eine dänische Studie mit einer Stichprobe aus n = 358.180 Personen, die zwischen 1944 und 1947 in Dänemark geboren wurden [79, 80]. Menschen mit schweren schizophrenen und psychotischen Erkrankungen, bei denen mindestens ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt dokumentiert wurde, wiesen den Ergebnissen zufolge ein erhöhtes Kriminalitätsrisiko und ein höheres Risiko für Gewaltdelinquenz auf. Als Delikte wurden Mord, versuchter Mord, Vergewaltigung, Gewalt gegen Autoritäten (z. B. Polizei), Angriff, häusliche Gewalt und Raub definiert. Die dänische Geburtskohorte zeigte bei Männern mit schizophrenen oder psychotischen Störungen bis zu einem Alter von 33 Jahren ein für alle Delikttypen um den Faktor 2,3 erhöhtes relatives Risiko für Kriminalität und ein 2,4-fach erhöhtes relatives Risiko für Gewaltdelinquenz im Vergleich zu Männern gleichen Alters ohne psychische Erkrankungen. Bei Frauen des gleichen Alters war das relative Risiko im Vergleich zur Kontrollgruppe um den Faktor 3,4 (alle Delikttypen) bzw. 5,9 (Gewaltdelinquenz) erhöht. Die schwedische Registerstudie kam auf ähnliche Ergebnisse; für die Gruppe der Frauen im Alter bis zu 30 Jahren wurde hier sogar ein 11,2-fach erhöhtes relatives Risiko für Gewalttaten im Vergleich zu Frauen gleichen Alters ohne psychische Erkrankung ermittelt [80, 81, 82].

---

1 Hazard Ratio (HR): Vergleicht das Risiko zwischen Gruppen, ein Ereignis innerhalb eines bestimmten Zeitraums zu erleben. HR misst, wie schnell oder langsam ein Ereignis im Zeitverlauf in verschiedenen Gruppen auftritt. HR zeigt z. B., wie schnell Patienten mit und ohne Einnahme eines Antidepressivums nach Therapieende einen Rückfall in eine Depression erleiden (Rückfallrisiko zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe).

2 Odds Ratio (OR): Vergleicht die Chancen (Odds) eines Ereignisses zwischen zwei Gruppen; z. B., ob Menschen mit einer bestimmten genetischen Variante häufiger an Schizophrenie erkranken im Vergleich zu Menschen ohne diese Genvariante.

3 Relatives Risiko (RR): Vergleicht direkt die Wahrscheinlichkeiten eines Ereigniseintritts zwischen Gruppen; es ist als Risikounterschied zwischen Gruppen interpretierbar. Bei seltenen Ereignissen (< 10 %) entspricht das RR dem OR.

4 Inzidenzrate: Ist ein Maß für das „Neuauftreten" von Ereignissen, um das Risiko für die Bevölkerung einzuschätzen; z. B.: Die Inzidenzrate für Gewaltereignisse beträgt 100 pro 100.000 Einwohner und Jahr, d. h. in einer Bevölkerung von 100.000 Menschen treten in einem Jahr durchschnittlich 100 neue Gewaltereignisse auf.

Eine weitere große, populationsweite und diagnoseübergreifende Registerstudie aus Dänemark (n = 521.340 Personen, geboren 1965 oder später, Aufnahme in die Studie ab 15. Geburtstag bis zur Straftat) berichtete diagnosespezifische relative Risiken für Straftaten für organisch begründete Psychosen (z. B. bei Demenz) und schizophrene Psychosen; dabei wurden die Faktoren Alter, Substanzmissbrauch sowie psychische Erkrankungen und Bildungsabschluss der Eltern berücksichtigt [25]: Die um diese Faktoren korrigierten RR für Straftaten lagen bei 2,9 bzw. 2,4 bei Männern, und 5,6 bzw. 4,4 für Frauen. Die RR für Gewalttaten lagen bei 3,7 bzw. 3,0 für Männer und bei 11,1 bzw. 7,5 für Frauen. Allerdings waren die nichtdiagnosebezogenen Risikofaktoren insgesamt bedeutsamer. Die psychischen Erkrankungen erklärten zwischenmenschliche Gewaltanwendungen nur zu einem geringen Teil: 10 % der Taten von Männern und 26 % der Taten von Frauen ließen sich auf die psychische Erkrankung zurückführen (*Population Attributable Fraction,* kurz PAF) [25].

Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Ergebnissen einer älteren Längsschnittstudie aus Großbritannien. Die Stichprobe umfasste 538 Personen mit Schizophrenien, die gemäß eines psychiatrischen Fallregisters zwischen 1965 und 1984 ihren ersten Kontakt mit psychiatrischen Diensten hatten [22]. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass Schizophrenie zum Risiko beiträgt, straffällig zu werden, allerdings nur zu einem geringen Maße (HR 1,4). Entscheidender waren Merkmale wie Geschlecht, Substanzmissbrauch, Herkunftsgruppe und Alter bei der Ersterkrankung [22].

In einer populationsbasierten Studie wurden die Daten von 3.187 israelischen Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten schizophrenen Störung aus dem Krankenhausregister mit polizeilichen Strafregistern über einen Zeitraum von 32 Jahren verknüpft [11]. Insgesamt zeigte sich ein 4,3-fach erhöhtes Risiko für Gewalttaten bei den Erkrankten im Vergleich zur Kontrollgruppe und ein 2,8-fach erhöhtes Risiko im Vergleich zu Geschwistern ohne psychische Erkrankung. Männer begingen insgesamt deutlich mehr Gewalttaten als Frauen, unabhängig davon, ob sie Patienten oder Kontrollpersonen waren (23,9 % der Männer und 4,3 % der Frauen mit der Diagnose Schizophrenie; 15,0 % der Männer und 1,3 % der Frauen der Kontrollgruppe). Weil die Häufigkeit von Gewalttaten unter den Frauen aus der Kontrollgruppe sehr gering war, führte die Diagnose Schizophrenie bei den Frauen zu einer stärkeren Risikoerhöhung (OR 9,9 bei Frauen mit Schizophrenie und OR 4,2 bei Männern mit Schizophrenie); und dies, obwohl in absoluten Zahlen Männer häufiger Gewalttaten begangen hatten. Diesen Geschlechtereffekt gab es nicht, wenn Patientinnen und Patienten mit ihren Geschwistern ohne psychische Erkrankung verglichen wurden. Ein komorbider Substanzmissbrauch führte bei den Erkrankten mit Schizophrenie zu einer weiteren Erhöhung des Risikos für Gewaltdelikte im Vergleich zu Erkrankten ohne zusätzlichen Substanzgebrauch (OR 5,1) [11].

Fazel et al. [21] kamen in ihrer Längsschnittstudie mit schwedischen Registerdaten von 8.003 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie von 1973 bis 2006 zu einem ähnlichen Ergebnis. Sie gingen in ihrer Schlussfolgerung sogar einen Schritt weiter: Komorbider Substanzmissbrauch sei der entscheidende mediierende, d. h. vermittelnde Faktor zwischen der Diagnose Schizophrenie und Gewalttaten, denn bei Schizophrenien ohne Substanzmissbrauch war das Risiko nur geringfügig erhöht (Schizophrenie plus Substanzmissbrauch: OR 4,4, Schizophrenie ohne Substanzmissbrauch OR 1,2). Der Effekt verringerte sich, wenn die Betroffenen mit ihren nicht psychisch erkrankten Geschwistern verglichen wurden (OR 1,8) [21].

Fazel et al. [23] führten auch ein systematisches Review auf Grundlage von 20 Studien aus den Jahren 1970 bis 2009 durch. Sie stellten erhöhte relative Risiken für Gewaltausübung bei psychotisch bzw. schizophren Erkrankten fest, allerdings mit erheblicher Varianz (OR 2 bis 10). Personen mit ausschließlicher Substanzkonsumstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit) wiesen die gleiche Risikoerhöhung auf wie Personen mit psychotischer Störung und Substanzkonsumstörung [23].

Im Gegensatz zu Fazel et al. [21] zeigte die US-amerikanische NESARC Studie *(National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions)* einen unabhängigen, wenn auch moderaten Effekt von schweren psychischen Störungen auf das Risiko für gewalttätiges Verhalten; der Effekt stieg aber deutlich an, wenn gleichzeitig eine komorbide Substanzkonsumstörung vorlag [28].

Witt et al. [12] führten eine Metaanalyse zu den Faktoren durch, die mit einem erhöhten Gewaltrisiko einhergehen. Auf Grundlage von 110 Studien (insgesamt 45.533 Personen, davon 87,8% mit Diagnose Schizophrenie, 18,5% als gewalttätig klassifiziert) ermittelten sie für folgende Faktoren Erhöhungen des Gewaltrisikos: eine Vorgeschichte von tätlichen Angriffen (OR 21,4), Non-Adhärenz mit psychologischer Therapie (OR 6,7), vergangene Inhaftierung aufgrund einer Straftat (OR 4,5), komorbider Substanzgebrauch (OR 3,1). Auch frühere eigene Gewalterfahrungen (Viktimisierung: Erfahrungen von körperlichem oder sexuellem Missbrauch) zählten zu den Risikofaktoren (OR 1,9 bis 6,1) [12].

Die schwedische Registerstudie von Sariaslan et al. [9] ist die bisher umfassendste Studie zum Thema. Sie erfasst als eine der wenigen Untersuchungen mehrere Diagnosen gleichzeitig, betrachtet sowohl die Gewaltausübung durch die Betroffenen (operationalisiert als Verurteilung infolge einer Gewalttat) als auch eigene Gewalterfahrungen (Viktimisierung) vor Ausbruch der Erkrankung [9]. In der Studie wurden 250.419 Patientinnen und Patienten erfasst, die zwischen 1973 und 1993 eine psychische Störung hatten. Der Beobachtungszeitraum begann immer mit der Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung. Die Erkrankten wurden jeweils verglichen mit gesunden Kontrollpersonen gleichen Alters und Geschlechts (parallelisiert) sowie mit Geschwistern ohne psychische Erkrankung. Erfasst wurden Verurteilungen aufgrund von Tötungs- und Körperverletzungsdelikten, Raub, Gewalt gegen einen Polizisten, Brandstiftung und Sexualdelikte; die Straftaten wurden für die Analysen zusammengefasst. Die Analysen zeigten, dass Patientinnen und Patienten mit psychischer Erkrankung mit höherer Wahrscheinlichkeit eigene Gewalterfahrungen hatten (Inzidenzrate pro 1.000 Personenjahre: 7,1 vs. 1,0) und mit höherer Wahrscheinlichkeit selbst gewalttätig wurden (Inzidenzrate pro 1.000 Personenjahre: 7,5 bei Patientinnen und Patienten mit psychischer Erkrankung vs. 0,7 in der Kontrollgruppe). Die Wahrscheinlichkeit lag sowohl für Viktimisierung als auch für die Ausübung von Gewalttaten 3- bis 4-mal höher als bei den gesunden Geschwistern. Am stärksten erhöht war das Risiko für Gewaltausübung bei Schizophrenien (HR 7,0), gefolgt von Drogenabhängigkeit (HR 4,8) und Alkoholabhängigkeit (HR 3,2) sowie Persönlichkeitsstörungen (HR 3,9) [9].

Den Daten des seit 2002 fortlaufenden britischen Programms *The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness* (NCI) zufolge, werden etwa 12% aller Tötungsdelikte in Großbritannien von Menschen mit psychischen Störungen begangen. Der Anteil ist seit etwa 10 Jahren konstant. Die häufigsten Diagnosen sind dabei Schizophrenien und weitere psychotische Störungen sowie substanzbezogene Störungen (als Zweitdiagnose) [83, 84]. Komorbider Substanzmissbrauch wird auch hier bei Straffälligen mit Schizophrenie als bedeutsam beschrieben; er erhöht das Risiko, Gewalttaten auszuüben [84].

In einem aktuellen Literaturreview mit 47 Längsschnittstudien wurden die Risikofaktoren für Gewalt bei Menschen mit Psychose analysiert und gewichtet [16]. Die Studien umfassen 41 unabhängige Stichproben mit insgesamt 203.297 Personen. Als stärkste Risikofaktoren wurden ermittelt: Straftaten in der Vergangenheit (OR 3,5) und Substanzmissbrauch (OR 2,7); in einer Sekundärdatenanalyse wurde Cannabiskonsum als weiterer Risikofaktor identifiziert (OR 3,3). Eine Behandlung der Erkrankung stellte sich als protektiver Faktor heraus (OR 0,54) [16].

> Die Studienlage spricht dafür, dass das Risiko, eine Gewalttat zu begehen, bei Menschen mit schizophrenen und anderen psychotischen Erkrankungen erhöht ist, und zwar unabhängig von möglicherweise bestehenden komorbiden psychischen Störungen. Die Risikoerhöhung ist moderater, aber noch nachweisbar, wenn die Erkrankten nicht mit der Allgemeinbevölkerung, sondern mit ihren gesunden Geschwistern verglichen werden. Dies legt nahe, dass es neben der Erkrankung auch andere Einflüsse auf die Gewaltbereitschaft geben muss. Diese können genetisch bedingt sein, sie können aber auch mit Umweltfaktoren zusammenhängen, zumal Geschwister in der Regel unter ähnlichen Umgebungseinflüssen aufwachsen („geteilte Umwelt"). Das Risiko, eine Gewalttat zu begehen, steigt noch deutlich höher, wenn zusätzlich zu der Psychose eine Substanzkonsumstörung vorliegt. Auch weitere Risikofaktoren für Gewalttaten wie Substanzkonsum (unterhalb der Schwelle einer Konsumstörung), Herkunft, Geschlecht und Alter bei Krankheitsausbruch, interagieren mit der psychischen Störung und wirken sich erheblich risikoverstärkend aus. Wenn die Erkrankten in Behandlung sind, sinkt das Risiko für Gewalttaten deutlich.

Studien zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und Gewalt

Persönlichkeitsstörungen sind durch lang andauernde charakteristische Erlebens- und Verhaltensmuster gekennzeichnet, die von einem flexiblen, situationsangemessenen Erleben und Verhalten abweichen und zumeist mit deutlichen Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen und privaten Leben einhergehen. Die ICD-10 unterscheidet distinkte Kategorien von Persönlichkeitsstörungen (z. B. emotional-instabil, dissozial, paranoid, ängstlich, abhängig, zwanghaft), während die ICD-11 einen dimensionalen Ansatz durch die Kombination der prominenten Persönlichkeitsmerkmale mit dem Schweregrad der Beeinträchtigungen verfolgt. Zur Frage des Zusammenhangs mit Gewaltausübung liegen Studien vor, die alle oder einzelne Persönlichkeitsstörungen untersuchen, und es gibt auch Studien, die bestimmte dimensionale Persönlichkeitsausprägungen, insbesondere antisoziales oder impulsives Verhalten, näher beleuchten.

In der oben beschriebenen schwedischen Registerstudie von Sariaslan et al. [9] zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu ihren gesunden Geschwistern (kontrolliert nach Geschlecht, Geburtsreihenfolge, vergangenen Erfahrungen mit Gewalt, anderen psychischen Störungen und Substanzkonsumstörungen) sowohl ein höheres Risiko haben, Gewalt zu erfahren (HR 2,4), als auch selbst Gewalt auszuüben (HR 3,9) [9].

Yu et al. führten zwei Reviews zum Gewaltrisiko und zum Rückfallrisiko bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen durch [19]. Das erste Review verglich auf Grundlage von 14 eingeschlossenen Studien insgesamt 10.007 Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit mehr als 12 Millionen gesunden Kontrollpersonen; es zeigte ein erhöhtes Gewaltrisiko für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, unabhängig von der genauen Störungsdiagnose (OR 3,0). Die Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit antisozialem Verhalten wies das höchste Gewaltrisiko auf (Frauen OR 13,1, Männer OR 7,9). Unter Gewalt wurden in dieser Studie Straftaten aller Art erfasst: Gewaltdelikte, Diebstähle aller Art, Betrug, Vandalismus, Verkehrsdelikte, alle Drogendelikte und alle „sonstigen" Straftaten, zudem antisoziales Verhalten wie Trunkenheit am Steuer [19]. Das zweite Review berücksichtigte weitere 25 Studien, die sich mit dem Rückfallrisiko von Straffälligen befassten: Das Risiko, dass sie erneut straffällig wurden, war erhöht, wenn eine Persönlichkeitsstörung vorlag (OR 2,4) [19].

Eine schwedische Registerstudie zeigte auch, dass rezidivierende bzw. persistierende Delinquenz (drei oder mehr Verurteilungen wegen Gewaltdelikten) mit Persönlichkeitsstörungen assoziiert war (OR 2,3). Mit einer komorbiden Suchtstörung war die Delinquenz zudem um das 5- bis 7-fache erhöht [31].

Eine australische Studie [85] untersuchte das Risiko für eine Verurteilung aufgrund einer Straftat und/oder die Anordnung einer Intervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (im Alter von 10 bis zur Altersspanne zwischen 25 und 38 Jahren) mit der Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline Persönlichkeitsstörung: BPS; Alter zwischen 15 und 25 Jahren). Unter Gewaltstraftaten wurden Mord- und Totschlagsdelikte, Freiheitsberaubung, Körperverletzungsdelikte, Sexualdelikte und Raub subsumiert. Die nicht gewaltassoziierten Straftaten umfassten Eigentums- und Vermögensdelikte, Drogendelikte, ordnungswidriges Verhalten und Delikte im Zusammenhang mit Pornographie. Die klinischen Routinedaten von 378 Erkrankten wurden mit der polizeilichen Datenbank verknüpft. Sowohl die Diagnose einer BPS als auch Personen, die eine größere Anzahl von BPS-Kriterien aufwiesen, hatten unter Kontrolle von Geschlecht, sozioökonomischem Status, Bildung, Beschäftigung und Substanzkonsumstörung ein erhöhtes Risiko für gewalttätige und nicht gewaltgebundene Straftaten und innerfamiliäre Gewalt (OR 1,5 bis 2,0). Impulsivität und Wut waren unter Kontrolle der bereits genannten Variablen jeweils unabhängig voneinander mit einem erhöhten Risiko für gewalttätige und nicht gewaltgebundene Straftaten und innerfamiliäre Gewalt assoziiert (OR 1,5 bis 3) [85].

In der Gesamtbewertung der Studienlage zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und aggressivem sowie gewalttätigem Verhalten gut belegt ist [20, 86]. Aggression hängt vor allem mit antisozialen, emotional-instabilen, narzisstischen und paranoiden Persönlichkeitsstörungen bzw. Persönlichkeitszügen zusammen [20, 70, 86, 87, 88, 89]. Lowenstein et al. [89] sehen vor allem Dysfunktionen in der Impulskontrolle und Affektregulation als wesentliche Prädiktoren für aggressives und gewalttätiges Verhalten an [89]. Die meisten Untersuchungen fokussieren auf die BPS und die antisoziale Persönlichkeitsstörung (APS). Untersuchungen, die spezifisch das Gewaltrisiko bei anderen Persönlichkeitsstörungen in den Blick nehmen, fehlen weitgehend. Eine besondere Rolle spielt das Konstrukt der Psychopathie, das mit der APS verknüpft ist, aber darüber hinausgeht. Hier ist der Zusammenhang zu aggressivem Gewaltverhalten besonders ausgeprägt. Die Gewaltdeliktraten variieren nach dem Grad der psychiatrischen Morbidität und Komorbidität sowie nach weiteren erkrankungsunabhängigen Faktoren [86].

Gibbon et al. [90] fanden in einem Cochrane Review mit 19 eingeschlossenen Studien wenig Evidenz für Therapieeffekte bei der APS, wobei Aggression eines der Outcome-Kriterien war [90]. Nur eine kleinere Studie mit einer Stichprobengröße von n = 52 fand positive Effekte einer kognitiven Verhaltenstherapie zusätzlich zu einer Standardbehandlung auf Aggression, so dass die Evidenz hier schwach ist (OR 0,28 bis 3,07) [91]. Bei der BPS ist die Evidenz zwar auch schwach, es zeichnet sich aber ein möglicherweise positiveres Bild ab im Vergleich zur APS: Ein aktuelles Review ergab Hinweise auf aggressionsreduzierende Effekte von tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und/oder psychopharmakologischer Behandlung bei Männern mit BPS, allerdings war die Befundlage heterogen und die Power der Studien schwach [92]. Aktuelle Gruppentherapieansätze zur Aggressionsreduktion bei der BPS stimmen allerdings hoffnungsvoll; so zeigten sich in kleineren Studien Reduktionen offener Aggression wie auch Effekte auf die kognitive Kontrolle und Bedrohungssensitivität [93, 94].

> Die Studienlage spricht für ein erhöhtes Risiko für Gewalttaten bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen mit antisozialen, emotional-instabilen, narzisstischen oder paranoiden Zügen. Bei einer komorbiden Substanzkonsumstörung steigt das Risiko erheblich. Die Möglichkeiten mittels psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, das Risiko für Gewalttaten deutlich zu senken, sind derzeit begrenzt.

Studien zum Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und Gewalt

Depression wird gemeinhin nicht mit erhöhter Aggressivität in Verbindung gebracht, allerdings sind Ärgerattacken ein häufiges Phänomen (30 bis 50 %) im Rahmen depressiver Störungen [95]. Eine von Liu und Cole [76] durchgeführte epidemiologische Untersuchung mit 20.013 Erwachsenen, von denen 2.539 die Diagnose einer Major Depression hatten, ermittelte leicht erhöhte Häufigkeiten für aggressive Ausbrüche bei depressiv Erkrankten (körperliche Gewalt OR 1,65; Objektaggression OR 1,46; verbale Aggression OR 1,3). Die Wahrscheinlichkeit für aggressive Ausbrüche stieg bei komorbider Alkoholabhängigkeit sowie auch bei weiteren psychischen Komorbiditäten; die Risikoerhöhung war aber auch unabhängig von Komorbiditäten und nach Korrektur für soziodemographische Variablen nachweisbar. Je stärker die Symptomatik war und je früher die Erkrankung auftrat, desto häufiger traten Aggressionen auf. Eine methodische Einschränkung bei dieser Studie war, dass die diagnostische Beurteilung nicht durch Kliniker erfolgte [76]. Andere Studien berichteten bei Menschen mit Depression Zusammenhänge zwischen aggressivem Verhalten und Alkoholkonsum [96, 97, 98, 99, 100], Impulsivität [101, 102, 103, 104] und suizidalem Verhalten [105, 106].

In der bereits oben erwähnten großen schwedischen Registerstudie von Sariaslan et al. [9] wurde der Zusammenhang zwischen psychischer Störung, Viktimisierung und Gewaltausübung auch für Menschen mit Depressionen untersucht. Im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe und auch im Vergleich zu Geschwistern ohne psychische Erkrankung zeigte sich ein statistisch erhöhtes Risiko für Gewaltausübung, die Risikoerhöhung war allerdings im Vergleich zu den anderen untersuchten Erkrankungen gering (HR 1,8). Wie bereits oben erwähnt, liegen die Analysen nicht getrennt für die verschiedenen Gewaltdelikte vor und es wurden nur Betroffene nach einer stationären Behandlung berücksichtigt [9].

In einer schwedischen Populationsstudie wurden 47.158 Erkrankte (17.249 Männer und 29.909 Frauen) untersucht, die zwischen 2001 und 2009 die Diagnose Depression erhalten hatten [24]. Zielvariable der Studie war die Verurteilung aufgrund eines Gewaltdelikts (Mord, versuchter Mord, schwere Körperverletzung, Raub, Brandstiftung, Sexualdelikte) oder aufgrund des Gefährdungsdelikts Illegale Drohung. Die Analysen wurden bezüglich sozioökonomischer und individueller Faktoren wie Einkommen, Alter bei der ersten Diagnose, Geburtsort und Familienstatus kontrolliert. Menschen mit der Diagnose einer Depression wiesen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte auf (OR 3,0). Im Vergleich zu ihren gesunden Geschwistern war das Risiko nur diskret erhöht (OR 1,2 bis 1,5) [24].

> Die Studienlage spricht für einen schwachen Zusammenhang zwischen depressiver Erkrankung und dem Risiko für Gewaltanwendung. Der klinische Schweregrad der Depression und eine Wahnsymptomatik könnten eine wesentliche Rolle spielen. Zusätzlich könnten Substanzkonsumstörungen und weitere Komorbiditäten wie Persönlichkeitsstörungen das Risiko für Gewalttaten erhöhen [13, 101].

Studien zum Zusammenhang zwischen weiteren psychischen Störungen und Gewalt

Einige Registerstudien untersuchten die Zusammenhänge zwischen Gewalt und bipolaren Störungen, neurotischen Störungen, Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Autismus.

Bipolare Störungen: Die populationsbasierte Studie von Fazel et al. [15] berichtete bei Personen mit einer bipolaren Störung (n = 3.743) eine im Vergleich zur Kontrollgruppe der Allgemeinbevölkerung (n = 37.429) erhöhte Kriminalitätsrate von 8,4 % (3,5 % in der Kontrollgruppe) [15]. Das Risiko war jedoch vor allem bei Erkrankten mit komorbider Suchterkrankung erhöht. Erkrankte ohne zusätzliche Suchterkrankung wiesen kein erhöhtes Risiko auf. Ein parallel durchgeführtes Review von acht Studien zeigte eine große Heterogenität der ermittelten Risikoerhöhungen (ORs 2 bis 9) [15].

Auch die schwedische Registerstudie von Sariaslan et al. [9] ermittelte für Menschen mit einer bipolaren Störung ein höheres Risiko für eigene Gewalterfahrungen (HR 3,0) und ein höheres Risiko, Gewalt auszuüben (HR 2,6) (Vergleich mit gesunden Geschwistern bei Kontrolle der Einflüsse von Geschlecht, Geburtsreihenfolge, vergangenen Erfahrungen mit Gewalt und anderen psychiatrischen Störungen einschließlich Substanzkonsumstörungen) [9].

Neurotische und somatoforme Erkrankungen: In der schwedischen Registerstudie von Sariaslan et al. [9] wurden auch Angst- und Zwangsstörungen, dissoziative, somatoforme und sonstige Störungen untersucht (im Artikel zusammengefasst als „Angststörungen"). Es zeigte sich ein statistisch erhöhtes Risiko, Gewalt auszuüben, das allerdings deutlich geringer ausgeprägt war als bei Menschen mit Psychosen, Substanzkonsumstörungen und Persönlichkeitsstörungen (HR 2,0). Diese Daten sind jedoch schwer einzuordnen, da die Fälle grundsätzlich nach einer Entlassung aus stationärer Behandlung analysiert wurden und das Risiko einer Selektion von schweren bzw. atypischen Fällen bei diesen Diagnosen besonders ausgeprägt erscheint [9].

Posttraumatische Belastungsstörung: In einer registerbasierten schwedischen Kohortenstudie [10] wurden Personen, die in Schweden zwischen 1958 und 1993 geboren wurden, untersucht. Es wurden einerseits Personen mit und ohne PTBS verglichen (n = 13.119 vs. n = 131.190 nach Alter, Geschlecht und Wohnsitz gematchte Kontrollpersonen), und zusätzlich wurden Personen mit PTBS-Diagnose mit ihren gesunden Geschwistern (n = 9.114 Personen vs. n = 14.613 Geschwister) verglichen [10]. Unter Gewalttaten wurden – wie in anderen Studien – Mord, Totschlag, Raub, Gewalt gegen die Polizei, Brandstiftung und Sexualdelikte subsummiert und zusammen betrachtet. Menschen mit PTBS zeigten in beiden Vergleichen (mit gematchten Kontrollpersonen und mit den eigenen Geschwistern) ein erhöhtes Risiko, Gewalttaten auszuüben. Der Effekt blieb signifikant, wenn der mögliche Einfluss elterlicher Merkmale und psychiatrischer Komorbiditäten wie Sucht und vergangene Gewalttaten kontrolliert wurde. Die kumulative Inzidenz für eine Verurteilung wegen Gewalttaten lag zum Ende des Beobachtungszeitraums (Median der Beobachtungszeit: 4,2 Jahre) bei den Betroffenen mit PTBS bei 13,5 % und in der Kontrollgruppe bei 2,3 % [10].

Autismus und ADHS: Eine schwedische populationsbasierte Untersuchung ermittelte ein leicht erhöhtes Gewalttatenrisiko bei Menschen mit Autismus (n = 5.739, HR = 1,4) [107]. Die Diagnosen wurden dem Nationalen Patientenregister entnommen und um Inhalte der Dokumentation eines Fachzentrums für Autismus ergänzt. Auch bei dieser Studie wurden unterschiedlich schwere Straftaten einbezogen: vollendeter oder versuchter Mord oder Totschlag, Körperverletzung (einschließlich schwerer Körperverletzung und anderer Übergriffe), rechtswidrige Bedrohung mit oder ohne Waffe, Sexualverbrechen (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, sexuelle Ausbeutung, unsittliche Entblößung oder Kindesmissbrauch), Raub und Brandstiftung. Das erhöhte Gewalttatenrisiko wurde jedoch von Komorbiditäten wie ADHS oder Störung des Sozialverhaltens wesentlich beeinflusst: das RR sank nach Korrektur für die Komorbiditäten und weitere Charakteristika von 1,4 auf 0,9. Das vermeintlich erhöhte Gewaltrisiko bei Menschen mit Autismus war demnach wesentlich auf die komorbide Erkrankung ADHS zurückzuführen.

Zusammenfassung

Die Literatur zum Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Gewalt ist umfangreich. Dennoch bleiben bei der Komplexität der Thematik aufgrund der Limitationen der verschiedenen methodischen Zugänge wichtige Fragen unbeantwortet. So müssen bei der Beurteilung der Datenlage verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, insbesondere: Wie wird Gewalt in der Studie operationalisiert? Welche Delikte werden erfasst? Werden verschiedene Delikttypen voneinander abgegrenzt? Wie häufig sind Gewalttaten und wie häufig sind psychische Erkrankungen in der Studienregion? Auch die unsichere Qualität der Diagnosestellung bei Routinedaten muss berücksichtigt werden [108]. Schließlich kann das Setting, in dem die Studie durchgeführt oder die Daten erhoben wurden, die Ergebnisse beeinflussen: So könnten stationär behandelte Patienten mit schwerer Symptomatik ähnliche Risikoprofile aufweisen; dies könnte wiederum die Varianz in der Stichprobe verringern und nichtsignifikante Ergebnisse wahrscheinlicher machen [16].

Trotz methodischer Limitationen und der Heterogenität der Studien kann und muss bei unterschiedlichen psychischen Störungen von einem erhöhten Risiko für aggressives und gewalttätiges Verhalten ausgegangen werden [25]. Es handelt sich demnach grundsätzlich um ein transdiagnostisches Phänomen, wobei das Risiko bei bestimmten Störungen wie Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen, Substanzkonsumstörungen (Missbrauch/Abhängigkeit) und schweren Persönlichkeitsstörungen eindeutig und ausgeprägter erhöht ist. Bei anderen psychischen Störungen ist der Zusammenhang mit Gewaltausübung aufgrund begrenzter und/oder uneinheitlicher Datenlage unsicherer oder er erscheint schwächer ausgeprägt.

Weitere Faktoren begünstigen das Risiko für gewalttätiges Verhalten und sind teilweise sogar entscheidend: Komorbiditäten (darunter Substanzkonsumstörungen und der Konsum von Alkohol und Drogen, aber auch ADHS) sowie weitere krankheitsunabhängige Faktoren, darunter männliches Geschlecht, vorausgehendes gewalttätiges oder kriminelles Verhalten, aber auch eigene Gewalterfahrungen und sozioökonomische Faktoren. Obwohl grundsätzlich männliches Geschlecht ein Risikofaktor ist, kann gewalttätiges Verhalten im Zusammenhang mit den genannten psychischen Störungen bei Frauen besonders prominent sein; dies ist darauf zurückzuführen, dass sich Frauen generell deutlich seltener gewalttätig verhalten, so dass die Risikoerhöhung durch eine psychische Erkrankung statistisch stark ausfällt [79, 108, 109].

Studien zum Risiko psychisch kranker Menschen, Gewalt zu erfahren (Viktimisierung)

Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen haben nicht nur ein erhöhtes Risiko, Gewalt auszuüben, sondern auch ein höheres Risiko, Opfer von Kriminalität und Gewalt zu werden. Dieser Zusammenhang wurde in einer Reihe von Studien gezeigt.

Anhand einer populationsbasierten Befragung in London stellten Bhavsar et al. [110] fest, dass psychiatrische Symptome mit späterer physischer Viktimisierung assoziiert waren (OR 1,8) [110]. Diese Viktimisierung war unabhängig davon, ob Betroffene zuvor Gewalt erfahren oder selbst ausgeübt hatten. In einer weiteren englischen Studie zeigte sich eine vorausgehende psychische Erkrankung ebenfalls als robuster Prädiktor für Viktimisierung. Dieser Zusammenhang blieb signifikant, wenn die psychische Störung weit vor der Viktimisierung erfasst worden war, aber auch wenn potenzielle konfundierende Einflussfaktoren berücksichtigt worden waren [111].

Einer schwedischen Analyse zufolge hatten Menschen mit psychischen Störungen ein 4,9-fach erhöhtes Risiko, eines gewaltsamen Todes zu sterben ([112], Korrektur für soziodemographische Einflüsse). Das höchste Risiko wurde für Substanzabhängigkeiten festgestellt, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angst und Schizophrenien. Weitere Risikofaktoren waren männliches Geschlecht, unverheiratet zu sein und ein niedriger sozioökonomischer Status [112].

Eine ältere, kleinere finnische Studie zeigte bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenien einen Zusammenhang zwischen Viktimisierung und schlechter finanzieller Situation, komorbider Alkoholabhängigkeit und Gewaltausübung oder Kriminalität ([113], n = 670).

Im Gegensatz zu anderen Arbeiten war in der Registerstudie von Sariaslan et al. [9] das Viktimisierungsrisiko bei Menschen mit Schizophrenie nach Korrektur für die verschiedenen Einflussfaktoren nicht mehr signifikant erhöht [9]. Für alle anderen untersuchten psychischen Störungen blieb das Viktimisierungsrisiko auch nach Korrektur für die verschiedenen Einflussfaktoren signifikant erhöht.

Eine neuere niederländische Längsschnittstudie (NEMESIS-2-Studie, *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* [34]) ermittelte, dass Alkoholabhängigkeit sowohl psychische als auch physische Viktimisierung prädiziert. Dabei wurden soziodemographische Variablen und Kindheitstraumata als weitere mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt. Andere psychische Erkrankungen (Generalisierte Angst, Depression, Panik, Soziale Phobie, Alkoholabhängigkeit) erhöhten das Risiko für psychische, aber nicht physische Viktimisierung. Kindheitstraumata waren unabhängige Prädiktoren sowohl für psychische als auch für physische Viktimisierung [34].

Die Rolle von Gewalterfahrungen für die Entwicklung psychischer Störungen wurde in der länderübergreifenden Längsschnittanalyse von Registerdaten aus Finnland und Schweden deutlich ([114], 2024, n = 127.628). Personen, die Gewalt erlebt hatten, hatten vermehrt psychische Folgesymptome und ein im Vergleich zu ihren Geschwistern 2-mal höheres Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, insbesondere eine Depression oder Substanzkonsumstörung. Dieses Risiko blieb bis zu zwei Jahre nach der Gewalterfahrung erhöht [114].

> Das Risiko, Gewalt zu erfahren, ist für Menschen mit einer psychischen Störung erhöht. Auch wenn die Datenlage nicht ganz konsistent ist, liegt die Annahme nahe, dass sich Gewalterfahrungen, psychische Störungen und Gewaltausübung gegenseitig in einem Teufelskreis begünstigen.

Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Prädiktion von Gewaltstraftaten bei Menschen mit psychischen Störungen

Als die stärksten Prädiktoren für die Ausübung von Gewalttaten durch Menschen mit einer schweren psychischen Störung wie Schizophrenie oder bipolare Störung stellten sich in Analysen nationaler Registerdaten heraus: eine zurückliegende Verurteilung aufgrund einer früheren Gewalttat, männliches Geschlecht und jüngeres Alter [115]. Früheres kriminelles Verhalten war auch bereits in einer älteren Studie [22] als bester Prädiktor für ein kriminelles Verhalten nach Krankheitsausbruch ermittelt worden. Auch Lagerberg et al. [16] identifizierten Straftaten in der Vergangenheit und Substanzmissbrauch als die stärksten Prädiktoren für Gewalttaten [16].

Bei Personen mit Autismus waren männliches Geschlecht und komorbide ADHS- und Verhaltensstörungen die stärksten Prädiktoren von Gewaltkriminalität, daneben spielten auch elterliches kriminelles Verhalten, psychiatrische Krankheitsgeschichte und sozioökonomische Charakteristika eine Rolle [107]. Finnischen Daten zufolge trugen Angaben von Eltern zu Verhaltensproblemen und von Lehrern zu hyperkinetischem Verhalten im Alter von 8 Jahren wesentlich zur Vorhersage krimineller Straftaten im Alter von 16 bis 20 Jahren bei [116].

Epidemiologische Daten aus den USA (NESARC, *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) zeigten eine höhere Inzidenz für Gewalt bei Menschen mit schweren psychischen Störungen; allerdings entweder nur oder zumindest deutlich ausgeprägter, wenn gleichzeitig Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit vorlag [28, 117]. Weitere wesentliche Einflussfaktoren waren u.a. elterliche Straftaten, vorausgehende Gewalt, Alter, Geschlecht, Arbeitslosigkeit und Viktimisierung.

Eine schwedische populationsbasierte Untersuchung ergab, dass bei Menschen mit affektiven und psychotischen Störungen fehlende Medikamentenadhärenz mit einem erhöhten Risiko für Tötungsdelikte einherging [118]. Dies galt für Antidepressiva, Antipsychotika und Stimmungsstabilisierer. Im Literaturreview von Lagerberg et al. [16] erwies sich die Behandlung bei Menschen mit psychotischen Störungen als protektiver Faktor, der das Risiko, eine Gewalttat zu verüben, senkte [16].

Betrachtet man Stichproben von Gewaltstraffälligen, zeigten sich psychische Störungen, insbesondere psychotische Störungen, als Prädiktoren [119], daneben männliches Geschlecht und junges Alter. In einer Population von 4.572 verurteilten Mörderinnen und Mördern in England und Wales (1997–2004) lagen Diagnosen von psychischen Störungen zum Tatzeitpunkt dagegen häufiger bei Frauen vor [109]. Obdachlose Personen begingen häufiger Gewalttaten, wenn gleichzeitig eine psychische Erkrankung bestand [120].

Um Risiken früh zu erkennen und ggf. präventiv intervenieren zu können, ist es wichtig, dass Klinikerinnen und Kliniker für die Gefahren sensibilisiert sind, die besonders risikobehafteten Gruppen sowie die wichtigen risikopotenzierenden Faktoren kennen und diese Kenntnisse bei der Behandlungsplanung berücksichtigen.

Für eine strukturierte Erhebung der verschiedenen Risikofaktoren und eine Abschätzung des Gesamtrisikos liegen standardisierte Instrumente wie die *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG), die *Offender Group Reconviction Scale* (OGRS), das *Oxford Mental Illness and Violence Tool* (OxMIV) oder die *Historical Clinical Risk-20 Scale* (HCR-20) vor. Diese Skalen sind jedoch vor allem geeignet für den Einsatz bei Personen, die bereits in der Vergangenheit Gewalttaten ausgeübt haben und bei denen das Risiko für zukünftige Gewalttaten hoch ist, z. B. bei Häftlingen oder bei forensischen Patientinnen und Patienten. Bei Menschen, die (noch) keine schweren Straftaten verübt haben, erlauben die Instrumente hingegen keine sichere Vorhersage [13, 115, 121, 122]. Wollte man Interventionen und Maßnahmen auf Grundlage der Testergebnisse bei der großen Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Störungen initiieren, hätte man aufgrund der relativen Seltenheit der Gewaltereignisse und der hohen Empfindlichkeit der Testinstrumente einen sehr hohen Anteil falsch positiver Ergebnisse [123, 124].

Demnach eignen sich die oben genannten standardisierten Instrumente nicht als Grundlage für die Initiation gezielter Maßnahmen der Prävention. Letztlich ist es wichtig, zu verstehen und zu akzeptieren, dass aufgrund der Komplexität der Zusammenhänge und der relativen Seltenheit schwerer Gewaltereignisse eine individuelle Prädiktion mit ausreichender Sicherheit praktisch unmöglich ist.

Die Instrumente können aber genutzt werden, um Risikofaktoren und Risikosituationen strukturiert zu erfassen, beispielsweise bei der Entlassung aus einer stationären Behandlung, bei der ambulanten Behandlung und in den Präventionsambulanzen. Auf diese Weise erkannte Risikofaktoren sollen möglichst therapeutisch adressiert werden, und für zeitnah nicht veränderbare risikoträchtige Konstellationen sollen Unterstützung und Hilfestellung angeboten werden.

Literatur

1. Bundeskriminalamt (2023) Polizeiliche Kriminalstatistik 2023: Gesamtkriminalität steigt weiter an. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/Polizeiliche_Kriminalstatistik_2023/Polizeiliche_Kriminalstatistik_2023_node.html (Zugegriffen: 04.06.2025)

2. Statista (2025) Anzahl der Straftatverdächtigen bei Mord in Deutschland nach Geschlecht von 2014 bis 2024. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1391070/umfrage/tatverdaechtige-bei-mord-in-deutschland (Zugegriffen: 22.05.2025)

3. Bundeskriminalamt (2024) Geschlechtsspezifisch gegen Frauen gerichtete Straftaten. Bundeslagebild 2023. https://kiko-brandenburg.de/wp-content/uploads/2024/11/StraftatengegenFrauenBLB2023.pdf (Zugegriffen: 22.05.2025)

4. Bundeskriminalamt (2023) Polizeiliche Kriminalstatistik 2023. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/pks2023_node.html (Zugegriffen: 22.05.2025)

5. Bundeskriminalamt (2024) Polizeiliche Kriminalstatistik 2024. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/pks2024_node.html (Zugegriffen: 22.05.2025)

6. Jacobi F et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 85:77–87

7. Jacobi F et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 87:88–90

8. Robert Koch-Institut Gesundheitsberichterstattung (2024) Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre). https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/PsychischeStoerungenAdministrativePraevalenz/psychischeStoerungenAdminPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0 (Zugegriffen: 22.05.2025)

9. Sariaslan A et al. (2020) Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden. JAMA Psychiatry 77: 359–367

10. Paulino A et al. (2023) Post-traumatic stress disorder and the risk of violent crime conviction in Sweden: a nationwide, register-based cohort study. Lancet Public Health 8:e432–e441

11. Fleischman A et al. (2014) Schizophrenia and violent crime: a population-based study. Psychol Med 44:3051–3057

12. 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 8:e55942

13. Maier W et al. (2016) [Interpersonal violence in the context of affective and psychotic disorders]. Nervenarzt 87:53–68

14. Graz C et al. (2009) Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. J Affect Disord 117:98–103

15. Fazel S et al. (2010) Bipolar disorder and violent crime: time at risk reanalysis. Arch Gen Psychiatry 67:1325–1326

16. Lagerberg T et al. (2025) Systematic review of risk factors for violence in psychosis: 10-year update. Br J Psychiatry 226:100–107

17. Gilbert F, Daffern M (2011) Illuminating the relationship between personality disorder and violence: Contributions of the General Aggression Model. Psychology of Violence 1:230–244

18. Mancke F, Herpertz SC, Bertsch K (2018) Correlates of Aggression in Personality Disorders: an Update. Curr Psychiatry Rep 20:53

19. Yu R, Geddes JR, Fazel S (2012) Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. J Pers Disord 26:775–792

20. Girasek H et al. (2022) Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. World J Psychiatry 12:1–23

21. Fazel S et al. (2009) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA 301:2016–2023

22. Wessely SC et al. (1994) The criminal careers of incident cases of schizophrenia. Psychol Med 24:483–502

23. Fazel S et al. (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 6:e1000120

24. Fazel S et al. (2015) Depression and violence: a Swedish population study. Lancet Psychiatry 2:224–232

25. Stevens H et al. (2015) Post-illness-onset risk of offending across the full spectrum of psychiatric disorders. Psychol Med 45:2447–2457

26. Webb RT et al. (2014) Suicide, hospital-presenting suicide attempts, and criminality in bipolar disorder: examination of risk for multiple adverse outcomes. J Clin Psychiatry 75:e809–816

27. Daff E, Thomas SDM (2014) Bipolar disorder and criminal offending: a data linkage study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 49:1985–1991

28. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N (2012) Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47: 487–503

29. Cornaggia CM et al. (2011) Aggression in psychiatry wards: a systematic review. Psychiatry Res 189: 10–20

30. Dack C et al. (2013) A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. Acta Psychiatr Scand 127: 255–268

31. Falk O et al. (2014) The 1% of the population accountable for 63% of all violent crime convictions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 49:559–571

32. Porter M, Haslam N (2005) Predisplacement and post-displacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA 294:602–612

33. Hajak VL et al. (2021) A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. Front Psychiatry 12:643704

34. Christ C et al. (2019) Mental disorders and the risk of adult violent and psychological victimisation: a prospective, population-based study. Epidemiol Psychiatr Sci 29:e13

35. Adler L (2000) Amok: Eine Studie. belleville

36. Adler L et al. (2006) [Stability of the „amok runner syndrome"]. Fortschr Neurol Psychiatr 74:582–590

37. Robertz FJ (2004) School Shootings. Über die Relevanz der Phantasie für die Begehung von Mehrfachtötungen durch Jugendliche. Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt a.M.

38. Saß H (2022) Zur Amalgamierung von Psychose, rassistischer Ideologie und Verschwörungsdenken beim Terrorakt von Hanau. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 16:101–113

39. Giebel G et al. (2014) Psychopathologie von Amokläufern. Ein systematischer Vergleich der Täterprofile von Erwachsenen-Amok, Schul-Amok und Selbstmordattentaten. Kriminalistik Schweiz

40. Quinsey VL et al. (2006) Violent Offenders: Appraising and Managing Risk. American Psychological Association

41. Glick ID et al. (2021) Domestic Mass Shooters: The Association With Unmedicated and Untreated Psychiatric Illness. J Clin Psychopharmacol 41:366–369

42. Lambert M et al. (2015) [Integrated care for patients with first and multiple episodes of severe psychotic illnesses: 3-year results of the Hamburg model]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58:408–419

43. Neumann A et al. (2024) Changes in patient care through flexible and integrated treatment programs in German psychiatric hospitals: meta-analyses based on a series of controlled claims-based cohort studies. BMC Psychiatry 24:74

44. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023) Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer"): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.

45. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2024) Versorgung weitergedacht. Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus. Positionspapier. https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2024/empfehlungen-fuer-eine-nachhaltige-psychiatrische-versorgung-der-sanktionen-richtig-aber-nicht-ausreichend.html (Zugegriffen: 11.06.2025)

46. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2019) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.

47. Goulet M-H et al. (2022) Effectiveness of Forensic Assertive Community Treatment on Forensic and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Criminal Justice and Behavior 49:838–852

48. Nitschke J, Sünkel Z, Mokros A (2018) [Forensic preventive assertive community treatment : Pilot project to prevent violent crimes in the context of psychiatric disorders]. Nervenarzt 89:1054–1062

49. Schmidt C, Nitschke J, Habermeyer E (2021) Forensische Modelle zur Gewaltprävention an der Schnittstelle zur Allgemeinpsychiatrie: der forensisch-psychiatrische Konsildienst. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 15:214–221

50. Nitschke J, Sünkel Z, Mokros A (2020) [The forensic preventive outpatient clinic in Ansbach: Evaluation of the model project for treatment of psychiatric risk patients]. Nervenarzt 91:439–445

51. Hamburger Senat (2025) Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Haushaltsplan 2025/2026. Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Hamburg – Hamburger Psychiatrieplan 2025.

52. Bender M (2025) Vitos Krisen- und Beratungsdienst Kassel, KBD. Persönliche Mitteilung

53. Düsseldorf AfÖGi (2020) Der Sozialpsychiatrische Dienst. Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

54. Guldimann A, Brunner R, Habermeyer E (2021) Bedrohungsmanagement: deeskalieren, bevor etwas passiert. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 15:229–238

55. Habermeyer E (2025) Leitung des Pilotprojekts „Fachstelle Forensic Assessment". Persönliche Mitteilung

56. Voogt G (2024) Warum das Präventionsprogramm für Amokläufer nicht funktioniert. Kritik an Reul. In: Kölner Stadt-Anzeiger vom 22.10.2024

57. Labrum T, Simonsson P, Solomon PL (2018) Stigma Contributes to the Risk of Violence by Persons with Mental Illness. Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health 5:209–212

58. Swanson JW et al. (2002) The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. Am J Public Health 92:1523–1531

59. Clement S et al. (2015) What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med 45:11–27

60. Bayerischer Landtag / Lohmann D (2018) Gesundheits- und Sozialausschuss: Expertenanhörung zum Gesetzentwurf für ein Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. https://www.bayern.landtag.de/aktuelles/aus-den-ausschuessen/gesundheits-und-sozialausschuss-expertenanhoerung-zum-gesetzentwurf-fuer-ein-bayerisches-psychisch-kranken-hilfe-gesetz (Zugegriffen: 22.05.2025)

61. Ministerium des Innern Nordrhein-Westfalen / Wegner T (2020) Erkennen – Bewerten – Handeln. https://polizei.nrw/artikel/erkennen-bewerten-handeln (Zugegriffen: 22.05.2025)

62. Ministerium des Innern Nordrhein-Westfalen (2022) Projekt PeRiskoP kommt in ganz Nordrhein-Westfalen zum Einsatz. https://polizei.nrw/presse/projekt-periskop-kommt-in-ganz-nordrhein-westfalen-zum-einsatz (Zugegriffen: 22.05.2025)

63. RWTH Aachen / Habel U (2024) Collaborative Research Center / Transregio 379: Neuropsychobiology of Aggression (TRR379). https://trr379.de (Zugegriffen: 22.05.2025)

64. Jacobi F et al. (2014) [Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. Nervenarzt 85:77–87

65. Jacobi F et al. (2016) [Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. Nervenarzt 87:88–90

66. Mack S et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res 23:289–303

67. Plass D et al. (2014) Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. Dtsch Arztebl Int 111:629–638

68. Walker ER, McGee RE, Druss BG (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 72:334–341

69. Schneider F et al. (2019) Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. Dtsch Arztebl Int 116:405–411

70. Mancke F, Herpertz SC, Bertsch K (2015) Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model. Personal Disord 6:278–291

71. Glenn AL, Johnson AK, Raine A (2013) Antisocial personality disorder: a current review. Curr Psychiatry Rep 15:427

72. Sebastian A et al. (2019) Violent offending in borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. Neuropharmacology 156:107565

73. Fitzpatrick SE et al. (2016) Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. Neuropsychiatr Dis Treat 12:1525–1538

74. Leclerc MP et al. (2018) Some neuroanatomical insights to impulsive aggression in schizophrenia. Schizophr Res 201:27–34

75. Fairchild G et al. (2019) Conduct disorder. Nat Rev Dis Primers 5:43

76. Liu Q, Cole DA (2021) Aggressive outbursts among adults with major depressive disorder: Results from the Collaborative Psychiatric Epidemiological Surveys. J Psychiatr Res 135:325–331

77. Nagel G et al. (2012) Möglichkeiten register-basierter Studien zur Erforschung seltener Erkrankungen. Aktuelle Neurologie 39:12–17

78. George A, Stead TS, Ganti L (2020) What's the Risk: Differentiating Risk Ratios, Odds Ratios, and Hazard Ratios? Cureus 12:e10047

79. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S (2000) Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 57:494–500

80. Hodgins S, Janson C.-G. (2002) Criminality and violence among the mentally disordered. The Stockholm Metropolitan Project. Cambridge University Press, Cambridge

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

82. Hodgins S et al. (1996) Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 53:489–496

83. Swinson N (2007) National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness: new directions. Psychiatric Bulletin 31:161–163

84. Flynn S et al. (2021) Mental disorder in people convicted of homicide: long-term national trends in rates and court outcome. Br J Psychiatry 218:210–216

85. Cavelti M et al. (2021) Borderline Personality Disorder Diagnosis and Symptoms in Outpatient Youth as Risk Factors for Criminal Offenses and Interpersonal Violence. J Pers Disord 35:23–37

86. Howard R (2015) Personality disorders and violence: what is the link? Borderline Personal Disord Emot Dysregul 2:12

87. Lee R (2017) Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder. Curr Behav Neurosci Rep 4:151–165

88. Lobbestael J, Cima M, Lemmens A (2015) The relationship between personality disorder traits and reactive versus proactive motivation for aggression. Psychiatry Res 229:155–160

89. Lowenstein J, Purvis C, Rose K (2016) A systematic review on the relationship between antisocial, borderline and narcissistic personality disorder diagnostic traits and risk of violence to others in a clinical and forensic sample. Borderline Personal Disord Emot Dysregul 3:14

90. Gibbon S et al. (2020) Psychological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 9:CD007668

91. Davidson KM et al. (2009) Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. Psychol Med 39:569–577

92. Cha Y et al. (2024) Systematic Review of the Effectiveness and Experiences of Treatment for Men With Borderline Personality Disorder. Am J Mens Health 18:15579883241271894

93. Herpertz SC (2020) Modulare Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeut 65:331–336

94. Honecker H et al. (2021) Impact of a Mechanism-Based Anti-Aggression Psychotherapy on Behavioral Mechanisms of Aggression in Patients With Borderline Personality Disorder. Front Psychiatry 12:689267

95. Painuly NP et al. (2011) Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: implications for their construct? Psychiatry Clin Neurosci 65:165–174

96. Gilman SE, Abraham HD (2001) A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. Drug Alcohol Depend 63:277–286

97. Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD (2001) Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. J Clin Psychiatry 62 Suppl 20:32–41

98. Sher L et al. (2005) The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. Addict Behav 30:1144–1153

99. Conner KR, Pinquart M, Gamble SA (2009) Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. J Subst Abuse Treat 37:127–137

100. Boden JM, Fergusson DM (2011) Alcohol and depression. Addiction 106:906–914

101. Dutton DG, Karakanta C (2013) Depression as a risk marker for aggression: A critical review. Aggression and Violent Behavior 18:310–319

102. Peluso MA et al. (2007) Trait impulsivity in patients with mood disorders. J Affect Disord 100:227–231

103. Semple SJ et al. (2007) Psychosocial and behavioral correlates of depressed mood among female methamphetamine users. J Psychoactive Drugs Suppl 4:353–366

104. Perroud N et al. (2011) Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. J Affect Disord 134:112–118

105. Muehlenkamp JJ, Swanson JD, Brausch AM (2005) Self-Objectification, Risk Taking, and Self-Harm in College Women. Psychology of Women Quarterly 29:24–32

106. Gormley B, Mcniel DE (2010) Adult Attachment Orientations, Depressive Symptoms, Anger, and Self-Directed Aggression by Psychiatric Patients. Cognitive Therapy and Research 34:272–281

107. Heeramun R et al. (2017) Autism and Convictions for Violent Crimes: Population-Based Cohort Study in Sweden. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 56:491–497.e2

108. Schomerus G, Finzen A (2016) [Problems and Implications of Assessing the Risk of Violence of Persons with Mental Illness]. Psychiatr Prax 43:355–356

109. Hunt IM et al. (2010) Homicide convictions in different age-groups: a national clinical survey. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology 21:321–335

110. Bhavsar V et al. (2019) Psychiatric symptoms and risk of victimisation: a population-based study from Southeast London. Epidemiol Psychiatr Sci 28:168–178

111. Hart C et al. (2012) A UK population-based study of the relationship between mental disorder and victimisation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47:1581–1590

112. Crump C et al. (2013) Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study. BMJ 346:f557

113. Honkonen T et al. (2004) Violent victimization in schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39:606–612

114. Sariaslan A et al. (2024) Risk of common psychiatric disorders, suicidal behaviours, and premature mortality following violent victimisation: A matched cohort and sibling-comparison study of 127,628 people who experienced violence in Finland and Sweden. PLoS Med 21:e1004410

115. Fazel S et al. (2017) Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence tool [OxMIV]): a derivation and validation study. Lancet Psychiatry 4:461–468

116. Sourander A et al. (2006) Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45:578–586

117. Elbogen EB, Johnson SC (2009) The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 66:152–161

118. Hedlund J et al. (2017) Psychotropic Medications in Swedish Homicide Victims and Offenders: A Forensic-Toxicological Case-Control Study of Adherence and Recreational Use. J Clin Psychiatry 78:e797–e802

119. Sturup J, Lindqvist P (2014) Homicide offenders 32 years later – a Swedish population-based study on recidivism. Crim Behav Ment Health 24:5–17

120. Nilsson SF et al. (2024) Homelessness, psychiatric disorders, and violence in Denmark: a population-based cohort study. Lancet Public Health 9:e376–e385

121. Snowden RJ et al. (2007) Actuarial prediction of violent recidivism in mentally disordered offenders. Psychol Med 37:1539–1549

122. Turner D (2017) Neue Checkliste sagt Gewaltdelikte voraus. InFo Neurologie & Psychiatrie 19:31

123. Szmukler G (2001) Violence risk prediction in practice. Br J Psychiatry 178:84–85

124. Szmukler G, Everitt B, Leese M (2012) Risk assessment and receiver operating characteristic curves. Psychol Med 42:895–898

Unterstützende Verbände

- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (ABSG)
- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)
- Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV)
- Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG)
- Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP)
- EX-IN Deutschland e.V.
- Förderkreis Borderline-Trialog e.V.
- Guttempler in Deutschland e.V.
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (LIPPs)
- Pandora Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Stand: 01.10.2025

DGPPN
Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e. V.

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030 2404 772-0
F 030 2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de