

Medizinische Fakultät
der
Universität Duisburg-Essen

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie

Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie
im Vergleich zu schizophrenen Patienten
der Allgemeinpsychiatrie

In a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur

Erlangung des Doktorgrades der
Naturwissenschaften in der Medizin
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Duisburg-Essen

Vorgelegt von

Kristina Kruse geb. Piontek

aus Herten

2012

Dekan: Herr Univ.-Prof. Dr. med. M. Forsting
1. Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. med. N. Leygraf
2. Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. med. J. Wiltfang

Tag der mündlichen Prüfung: 27. August 2012

Teile der vorliegenden Arbeit wurden bereits veröffentlicht:

Artikel/Buchbeiträge

Piontek, K., Kutscher, S. (2010): Straffälligkeit schizophrener Patienten – Überraschende Anlasstat aus dem Nichts? In: Saimeh, N. (Ed.): Kriminalität als biografisches Scheitern. Tagungsband Eickelborn; S. 85-95. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Piontek, K., Kutscher, S., König, A., Leygraf, N. (2012): Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie – ein Vergleich mit schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt* doi: 10.1007/s00115-011-3409-1.

Vorträge

Piontek, K., Kutscher, S. (2008): Schizophrene Patienten in Maßregelunterbringung gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen: Entwicklungen und Besonderheiten der Patienten. 23. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP) am 11.10.2008.

Kutscher, S., Piontek, K. (2009): Zur Vorbehandlung schizophrener Patienten der Forensik und der Allgemeinpsychiatrie. 24. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP) am 10.10.2009.

Piontek, K. (2009): Schizophrene Rechtsbrecher: Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB). IPP-Symposium Münster am 16.10.2009.

Piontek, K., Kutscher, S. (2009): Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB). Forensiktage Nette-Gut am 03.11.2009.

Piontek, K., Kutscher S. (2010): Schizophrene Patienten in der Allgemeinpsychiatrie und in der Forensik. Fachtagung Aggressivität und Gewalt in der Psychiatrie (Hannover) am 24.02.2010.

Piontek, K., Kutscher, S. (2010): Straffälligkeit schizophrener Patienten – überraschende Anlasstat aus dem Nichts? 25. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der forensischen Psychiatrie am 04.03.2010.

Piontek, K., Kutscher, S. (2010). Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie. DGPPN-Kongress Berlin am 27.11.2010.

Piontek, K. (2011): Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie im Vergleich – Behandlungswege und Risikofaktoren. 3. Merheimer Psychiatriesymposium, Forensik und Allgemeinpsychiatrie – Übergänge und Abgrenzungen am 28.05.2011.

Piontek, K. (2011): Schizophrene Patienten des Maßregelvollzugs im Vergleich zu schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Ärztliche Fort- und Weiterbildung Langenfeld am 29.06.2011.

Piontek, K. (2012): Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie im Vergleich. Ärztliche Fort- und Weiterbildung Viersen am 11.01.2012.

Anmerkung: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet, sofern sich die Ausführungen nicht ohnehin auf die der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegende männliche Stichprobe beziehen.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	6
1.1 Entwicklungen in der forensischen Psychiatrie	6
1.2 Prävalenz gewalttätigen Verhaltens bei schizo- phrenen Patienten	8
1.3 Risikomerkmale gewalttätigen Verhaltens	10
1.4 Zielsetzung und Hypothesen	15
2. MATERIAL UND METHODEN	17
2.1 Stichprobe	17
2.2 Durchführung	19
2.3 Statistische Datenanalyse	24
3. ERGEBNISSE	24
3.1 Stichprobenbeschreibung	24
3.2 Gruppenvergleiche innerhalb der Gesamtgruppe	30
3.3 Gruppenvergleiche vorbehandelter Patienten	31
4. DISKUSSION	43
4.1 Charakteristika der Gesamtgruppe	43
4.2 Charakteristika der Behandlungsvorgeschichte	46
4.3 Vorhersage der forensischen Gruppen- zugehörigkeit	52
4.4 Implikationen für Behandlung und Praxis	53
4.5 Methodenkritische Anmerkungen	57
5. ZUSAMMENFASSUNG	61
6. LITERATUR	62
7. ANHANG	74
8. DANKSAGUNG	99
9. LEBENSLAUF	100

1. Einleitung

Im Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalens (NRW) lässt sich seit Jahren eine Besorgnis erregende Entwicklung beobachten: Die Anzahl männlicher schizophrener Patienten¹, die infolge gewalttätiger Delikte gemäß § 63 StGB untergebracht werden, hat kontinuierlich zugenommen (Kutscher et al., 2009). Ein Ende dieser Entwicklung ist bislang nicht abzusehen (Dönisch-Seidel, 2011).

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundesministeriums (Gaebel & Wölwer, 2010) zählt die Schizophrenie aufgrund der hohen medizinischen und rehabilitativen Behandlungskosten, aber auch der langfristigen indirekten Kosten (Verlust an Produktivität durch z.B. Erwerbsunfähigkeit oder Mortalität) zu den kostenintensivsten Störungen des Gesundheitssystems (etwa 2 – 4% der Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen in Deutschland). Hinzu kommen die erheblichen Kosten für eine mehrjährige Maßregelunterbringung (derzeit 229 Euro pro Tag laut Angaben des Landesbeauftragten des Maßregelvollzugs NRW) mit anschließender intensiver ambulanter Nachbetreuung in spezialisierten forensischen Ambulanzen. Nicht berücksichtigt sind hierbei das psychische und körperliche Leid der Opfer und die damit verbundenen Folgekosten sowie die psychische Belastung und Freiheitseinschränkung der straffällig gewordenen Patienten. Es ist daher nicht nur von gesellschaftspolitischem und volkswirtschaftlichem Interesse, Interventionsstrategien zu entwickeln, um diesem Trend kriminalpräventiv entgegenzuwirken. Eine Verhinderung dieser Straftaten liegt auch im persönlichen Interesse der bei der Tatbegehung überwiegend schuldunfähigen (Kutscher et al., 2009) Patienten. Dies setzt jedoch die genaue Kenntnis von Risikomerkmale voraus, durch welche an Schizophrenie erkrankte Patienten mit einem erhöhten Delinquenzrisiko valide erfasst werden können.

1.1 ENTWICKLUNGEN IN DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE

Im Jahr 2006 stellten männliche Patienten mit schizophrenen Störungen in NRW mit 48.4% die größte Gruppe der forensischen Klientel dar (Kutscher et al., 2009). Die absolute Zahl der

1.) Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich F2 (gemäß ICD-10-Klassifikation) werden aus Vereinfachungsgründen verkürzt als *schizophrene Patienten* bezeichnet.

gemäß § 63 StGB in NRW untergebrachten schizophrenen Patienten hat sich in dem Zeitraum von 1994 bis 2006 verdreifacht, obgleich Patienten mit dieser Störung häufiger aus der Maßregel entlassen werden als Patienten mit anderen Störungsbildern, wie etwa Persönlichkeitsstörungen (Seifert et al., 2001; Seifert, 2010). Während aus dem Maßregelvollzug Hessens und Baden-Württembergs ähnliche Ergebnisse berichtet werden (Müller-Isberner et al., 2007; Krimmer, 2010; Statistik des Sozialministeriums Baden-Württemberg, 2006), weisen in Mecklenburg-Vorpommern nur 22.3% der gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten die Diagnose einer Schizophrenie auf (Habermeyer et al., 2010). Die Ursache für bundesweite Unterschiede und regionale Schwankungen bei der Anzahl der Unterbringungsanordnungen gemäß § 63 StGB dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einweisungspraxis der jeweiligen Landesjustiz zu sehen sein (Habermeyer et al., 2010; Heinz, 2010). Möglicherweise sind die steigende Zahl von Einweisungen in den Maßregelvollzug und der parallele Anstieg der Prisonierungsraten auch Ausdruck eines veränderten gesellschaftlichen „Zeitgeistes“ (Priebe et al., 2005), der durch ein verstärktes Sicherheitsbedürfnis und eine geringere Risikotoleranz gekennzeichnet ist (Zinkler, 2009).

Jedenfalls liegen aktuell keine empirischen Befunde über steigende Inzidenzraten schizophrener Störungen vor, durch welche die vermehrte Einweisung schizophrener Patienten in den Maßregelvollzug erklärt werden könnte (Kirkbride et al., 2009; Saha et al., 2006). Dem jetzigen Wissensstand entsprechend ist davon auszugehen, dass bei einer konstanten Zahl an Neuerkrankungen – die Jahresinzidenz liegt bei 0.01% bis 0.02%, die Jahresprävalenz der 18- bis 65-Jährigen bei 0.8% bis 0.9% (Wittchen & Jacobi, 2005) – immer mehr schizophrene Patienten forensisch untergebracht werden.

In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der forensisch untergebrachten schizophrenen Patienten vor der Begehung ihres Anlassdeliktes mindestens einmal in der Allgemeinpsychiatrie behandelt worden waren (Habermeyer et al., 2010; Haller et al., 2001; Hodgins & Müller-Isberner, 2004; Kutscher et al., 2009; Lincoln et al., 2006; Weithmann & Traub, 2008). Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund gegenläufiger Veränderungen der allgemeinpsychiatrischen Versorgungssituation von Bedeutung. Denn während in der forensischen Psychiatrie ein kontinuierlicher Kapazitätsausbau zu verzeichnen ist (Statistisches Bundesamt, 2010), lassen sich in der Allgemeinpsychiatrie ein Abbau stationär-psychiatrischer Betten und eine Verkürzung der mittleren stationären Verweildauer feststellen (Statistisches Bundesamt, 2011). Ein schizophrener Patient, der im Jahr 1996 durchschnittlich noch 106 Tage (Auskunft vom 09.02.2012, www.it.nrw.de) stationär-psychiatrisch behandelt

wurde, verblieb im Jahr 2009 durchschnittlich nur 33 Tage in der Allgemeinpsychiatrie (Statisches Bundesamt, 2011). Einige Forscher sind daher der Meinung, dass der Ausbau der Kapazitäten des Maßregelvollzugs mit dem Kapazitätsabbau in der Allgemeinpsychiatrie in Zusammenhang stehe: Aufgrund verkürzter Verweildauern in der Allgemeinpsychiatrie und einem zunehmenden Bedürfnis der Gesellschaft nach Sicherheit komme es zu einer Forensifizierung schizophrener Menschen, die früher in der Allgemeinpsychiatrie behandelt worden seien. Der Allgemeinpsychiatrie wird vorgeworfen, Verhinderung gewalttätigen Verhaltens schizophrener Patienten nicht (mehr) als Bestandteil ihres Behandlungsauftrages anzusehen, ihr Präventionspotenzial nicht auszunutzen, Grenzfälle zunehmend in die forensische Psychiatrie oder den Strafvollzug abzuschieben und die Patienten zu früh und häufig disziplinarisch zu entlassen, obgleich aufgrund komorbider Störungen ein erhöhter Behandlungsbedarf bestehe (vgl. Weithmann & Traub, 2008; Schanda, 2001). Auch fehle es der Allgemeinpsychiatrie an Behandlungsstrategien, um aggressives Verhalten schizophrener Patienten zu reduzieren (Hodgins et al., 2006). Schwer kranke und behandlungsbedürftige Patienten seien mit den hohen Anforderungen des ambulanten Versorgungssystems überfordert und könnten sich nicht selbstständig in den Versorgungsstrukturen halten (Schanda, 2001). Möglicherweise komme es insbesondere bei solchen Patienten zu einer Verschiebung in die forensische Psychiatrie, die schwerer erkrankt seien und die aufgrund der Komorbiditätsbelastung ein komplexeres Störungsbild aufweisen würden (Hodgins et al., 2006).

Demzufolge müsste die Behandlungsvorgeschichte der forensischen schizophrenen Patienten im Vergleich zu den allgemeinpsychiatrischen schizophrenen Patienten deutliche Unterschiede in Hinblick auf die Einbindung in das Versorgungsnetzwerk, die Erkrankungsschwere, die Komorbiditätsbelastung und aggressive Verhaltensweisen aufweisen. Jedoch stellt sich zunächst die Frage, ob denn überhaupt ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalttätigkeit besteht, und wie hoch der Anteil schizophrener Patienten zu beziffern ist, die mit Gewaltdelikten in Erscheinung treten.

1.2 PRÄVALENZ GEWALTTÄTIGEN VERHALTENS BEI SCHIZOPHRENEN PATIENTEN

Mit der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalttätigkeit beschäftigt sich die Forschung bereits seit Jahrzehnten. Böker und Häfner (1973) hielten in ihrer für die Psychiatriepolitik bedeutsamen Untersuchung fest, dass für die Gesamtgruppe der

psychisch Kranken gegenüber der Allgemeinbevölkerung kein erhöhtes Risiko für eine gewalttätige Delinquenz bestehe. Jedoch traf diese Aussage schon damals nicht auf Patienten mit einer Schizophrenie zu – diese Subgruppe wies in der damaligen Untersuchung ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für die Begehung von Gewaltdelikten auf. In einer Reanalyse der Daten von Böker und Häfner (1973) fanden Erb et al. (2001) ein 12.7-fach (Konfidenzintervall (CI) 95% 11.2 – 14.3) erhöhtes Risiko für die Begehung eines Tötungsdeliktens für den Zeitraum 1955 – 1964 und in einer weiterführenden Untersuchung ein 16.6-fach (CI 95% 11.2 – 24.5) erhöhtes Risiko für den Zeitraum 1992 bis 1996. Den Berechnungen zufolge waren im Zeitraum 1992 bis 1996 in Hessen 10% aller (nicht-fahrlässigen) Tötungsdelikte von Personen mit der Diagnose einer Schizophrenie begangen worden.

In mehreren Untersuchungen mit verbesserten Studiendesigns (unausgelesene Geburtskohorten, Querschnittsstudien, retrospektive Untersuchungen) konnte gezeigt werden, dass durch eine schizophrene Erkrankung das Risiko der Begehung von Gewalttaten erhöht wird (aktuelle Übersichten z.B. bei Bo et al., 2011; Fazel et al., 2009b; Hodgins, 2008). Das Ausmaß der jeweils festgestellten Risikoerhöhung variiert jedoch beträchtlich. Es werden zwei- bis achtfache Risikoerhöhungen für die Begehung eines Gewaltdeliktens bei männlichen schizophrenen Patienten berichtet (Brennan et al., 2000; Mullen et al., 2000). In anderen Untersuchungen konnte indes kein statistischer Zusammenhang festgestellt werden (Übersicht bei Schanda, 2006). Die Gründe für die Heterogenität der Ergebnisse sind überwiegend unklar. Als mögliche Ursache für die divergierenden Befunde kommen eine Reihe methodischer Mängel in Betracht (Übersicht z.B. bei Bo et al., 2011; Schanda, 2006). Diese reichen von fehlenden einheitlichen Definitionen gewalttätigen Verhaltens – in einigen Untersuchungen wird gewalttätiges Verhalten ausschließlich als körperliche Übergriffigkeit definiert, während andere Studien auch Verhaltensweisen wie verbale Bedrohungen, Autoaggressionen und Sachbeschädigungen darunter fassen – über diagnostische Unklarheiten bis hin zu dem Problem, dass in den Untersuchungen unterschiedliche Informationsquellen genutzt wurden, um gewalttätiges Verhalten zu erfassen. Wird das gewalttätige Verhalten etwa anhand von Bundeszentralregisterauszügen nachvollzogen, so bleiben gewalttätige Übergriffe, die nicht zu einer Verurteilung geführt haben, unberücksichtigt. Dies kann zu einer Unterschätzung des tatsächlichen gewalttätigen Verhaltens führen. Frühere Untersuchungen (z.B. Steadman et al., 1998) zeigen eindrucksvoll, dass durch eine zusätzliche Erhebung von Kollateralinformationen (z.B. Befragung des Patienten, seiner Angehörigen, seiner Behandler) ein realistischeres Bild der Wirk-

lichkeit gezeichnet werden kann. Neben der Berücksichtigung ausreichend großer Untersuchungszeiträume und statistischer Probleme betont Schanda (2006) die Wichtigkeit von Kontrollgruppen, die hinsichtlich interferierender Variablen (z. B. Alter, Bildungsstand, komorbide Diagnosen) mit der Untersuchungsgruppe gematcht werden sollten.

Internationale Studienergebnisse zeigen, dass nur ein geringer Anteil von etwa 5 – 20% der an Schizophrenie erkrankten Patienten Gewaltdelikte begeht (z.B. Brennan et al., 2000; Fazel et al., 2009c; Robbins et al., 2003; Soyka et al., 2004; Tiihonen et al., 1997; Wallace et al., 2004). Gleichwohl kann diese kleine Gruppe innerhalb der Gesamtgruppe der an einer Schizophrenie erkrankten Menschen mit gravierenden Straftaten in Erscheinung treten. Durch die – wegen der Bizartheit mancher Taten häufig intensive – mediale Berichterstattung werden in der Bevölkerung Ängste vor Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie geschürt und das Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft verstärkt. Befand sich der Täter zuvor in psychiatrischer Behandlung, werden oftmals Vorwürfe laut, man hätte seine Gefährlichkeit frühzeitig erkennen und kriminalpräventiv intervenieren müssen. Hierbei stellt sich die Frage, anhand welcher Merkmale sich ein erhöhtes Gewalttätigkeitsrisiko überhaupt erkennen lässt.

1.3 RISIKOMERKMALE GEWALTTÄTIGEN VERHALTENS

Das Risiko einer forensisch relevanten Delinquenz eines schizophrenen Patienten ist erfahrungsgemäß nicht statisch, sondern variiert in Abhängigkeit von dem Einfluss bestimmter Variablen. Zu diesen zählen klinische, familiäre, soziodemografische und historische Risikofaktoren, auf die nachfolgend eingegangen werden soll.

Hinsichtlich *klinischer Risikomerkmale* kommt insbesondere einem komorbiden Substanzkonsum eine bedeutende Rolle zu. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung findet sich bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen ein etwa fünffach erhöhtes Risiko für eine substanzbezogene Komorbidität, und etwa die Hälfte der Personen mit einer schizophrenen oder schizophrenieformen Erkrankung weisen eine Lifetime Prävalenz für einen komorbiden Substanzkonsum auf (Green et al., 2007; Soyka et al., 2002; Regier et al., 1990; Volavka 2002). In allgemeinpsychiatrischen Einrichtungen liegen die Komorbiditätsraten sogar über 50% (Gouzoulis-Mayfrank, 2004). Daher verwundert es nicht, dass schizophrene Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht schon seit längerer Zeit keine Randgruppe, sondern eine Kerngruppe schwer zu behandelnder Patienten darstellen (Gouzoulis-Mayfrank, 2004). Denn

neben negativen Auswirkungen des komorbiden Substanzkonsums auf die Intensität (Soyka et al., 2002) und die Persistenz der psychotischen Symptomatik, auf die Anzahl und Dauer von Aufenthalten in der Allgemeinpsychiatrie und auf die Compliance trägt der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen insbesondere zur Erhöhung des Risikos gewalttätiger Delinquenz bei (Fazel et al., 2009c). Dies konnte u.a. in einer 26-Jahres-Follow-Up-Untersuchung an einer unselektierten Geburtskohorte in Finnland ($N = 11017$; Räsänen et al., 1998) und an einer dänischen Geburtskohorte ($N = 358180$; Brennan et al., 2000) gezeigt werden.

Die Ergebnisse aktueller Untersuchungen weisen erneut darauf hin, dass die zuvor dargestellte heterogene Befundlage zum Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalttätigkeit (vgl. Schanda, 2006) auf den unkontrollierten Einfluss eines komorbiden Substanzmissbrauchs zurückzuführen sein könnte: In einer schwedischen Längsschnittstudie (Fazel et al., 2009c) wurden Registereintragungen schizophrener Patienten mit denen der Allgemeinbevölkerung verglichen. Während sich in der Allgemeinbevölkerung ($n = 80025$) nur bei 5.3% eine Eintragung wegen eines Gewaltdelikt feststellen ließ, wiesen 13.2% der untersuchten schizophrenen Patienten ($n = 8003$) eine solche Registereintragung auf. Das Risiko für eine gewalttätige Delinquenz war jedoch überwiegend auf schizophrene Patienten mit einem komorbiden Substanzkonsum beschränkt (27.6% begingen ein gewalttätiges Delikt). Schizophrene Patienten mit komorbidem Substanzkonsum wiesen ein 4.4-fach (95% CI 3.9 – 5.0) erhöhtes Risiko auf, ein Gewaltdelikt zu begehen. Bei schizophrenen Patienten ohne komorbiden Substanzkonsum (8.5% hatten ein gewalttätiges Delikt begangen) ließ sich hingegen nur eine 1.2-fache (95% CI 1.1 – 1.4) Risikoerhöhung feststellen. Auch im Rahmen einer groß angelegten US-amerikanischen epidemiologischen Untersuchung (NESARC) mit $N = 34653$ Personen wiesen schizophrene Störungen nur dann einen signifikanten Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten auf, wenn zusätzlich ein komorbider Substanzkonsum bestand (Elbogen & Johnson, 2009).

Diese und die zuvor geschilderten Ergebnisse lassen die Frage aufkommen, ob überhaupt von einem direkten Zusammenhang zwischen schizophrenen Erkrankungen und Gewalttätigkeit auszugehen ist oder ob das Risiko einer gewalttätigen Delinquenz im Wesentlichen auf den komorbiden Substanzkonsum zurückzuführen ist. Die Befundlage zu dieser Fragestellung ist nicht eindeutig. Insbesondere erscheint fraglich, ob ein Einfluss des Substanzkonsums auf Tötungsdelikte angenommen werden kann, da sich trotz zunehmenden komorbiden Substanzkonsums die Ergebnisse zu Tötungsdelikten schizophrener Patienten seit Böker und Häfner (1973) konstant gezeigt haben. Kontrastierend mit den zuvor genannten Ergebnissen fand sich

in anderen Untersuchungen ein vom komorbiden Substanzkonsum unabhängiger signifikanter Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalttätigkeit (Brennan et al., 2000; Van Dorn et al., 2011).

Ein weiteres klinisches Risikomerkmal stellt das Vorliegen ganz spezifischer Symptomkonstellationen dar. Insbesondere das unmittelbare subjektive Erleben von Bedrohung im Sinne von Threat-Control-Override (TCO) - Symptomen sowie Verfolgungsideen, imperativen Stimmen, Wahn und Halluzinationen mit bedrohlichem Inhalt scheint mit dem Auftreten aggressiven Verhaltens assoziiert zu sein (Übersichten bei Bo et al., 2011; Bjørkly, 2002a; Bjørkly, 2002b; Hodgins et al., 2003). Einen engen Zusammenhang zwischen der akuten psychotischen Symptomatik und schwerwiegenden Gewaltdelikten verdeutlicht auch die Metaanalyse von Nielssen & Large (2010): Bei unbehandelten Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie war das Risiko für die Begehung eines Tötungsdeliktes 15.5-fach (95% CI 11.0 – 21.7) höher als bei antipsychotisch behandelten schizophrenen Patienten. Dieses Ergebnis verdeutlicht die kriminalpräventive Bedeutung und Wirksamkeit der Allgemeinpsychiatrie. Den Ergebnissen dieser Metaanalyse zufolge sind 38.5% (95% CI 31.1% – 46.5%) der Tötungsdelikte während der ersten Erkrankungsphase der Schizophrenie, aber vor der ersten stationär-psychiatrischen Behandlung begangen worden. Diese Ergebnisse kontrastieren mit den Befunden anderer Untersuchungen, die darauf hindeuten, dass schwerwiegende Delikte erst nach längerer Krankheitsphase der Schizophrenie begangen werden (z.B. Wessely & Taylor, 1991).

Weitere Studien deuten darauf hin, dass das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend (Hodgins et al., 2006; Volavka & Swanson, 2010), einer komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörung (Hodgins et al., 2007b) oder psychopathischer Persönlichkeitszüge (Tengström et al., 2004) das Risiko für die Begehung von Gewaltdelikten bei schizophrenen Patienten erhöht (Übersicht bei Bo et al., 2011). Moran & Hodgins (2004) konnten in einer multizentrischen Untersuchung hingegen keinen Zusammenhang zwischen einer komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörung und Gewaltdelinquenz feststellen. Die schizophrenen Patienten mit einer komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörung hatten im Vergleich zu den Patienten ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung jedoch mehr nicht-gewalttätige Straftaten begangen und wiesen häufiger einen zusätzlichen komorbiden Substanzmissbrauch auf.

Ferner finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Aggressivität und Impulsivität (Iancu et al., 2010). Schizophrene Patienten mit der Doppeldiagnose Sucht erzielten eine signifikant höhere nicht-planende Impulsivität auf der Barratt Impulsiveness Scale (Patton et al., 1995) als Patienten ohne Doppeldiagnose (Schiffer et al., 2010). Da schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie eine hohe substanzbezogene Komorbiditätsbelastung aufweisen (Kutscher et al., 2009) und ein enger Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Gewaltdelinquenz besteht (Fazel et al., 2009c), ist anzunehmen, dass schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie auch ein hohes Maß an Impulsivität aufweisen.

Bezüglich *familiärer Risikomerkmale* konnte ein moderater positiver Zusammenhang zwischen einer Gewaltdelinquenz schizophrener Patienten und einer Gewaltdelinquenz der Eltern (Fazel et al., 2009a) bzw. einer Verurteilung des biologischen Vaters (Soini et al., 2009) gezeigt werden. Darüber hinaus begehen schizophrene Patienten, die selbst Opfer eines gewalttätigen Übergriffs geworden sind, offenbar häufiger selbst gewalttätige Delikte (Hodgins et al., 2007a; Walsh et al., 2002). Es finden sich auch Zusammenhänge zwischen schweren Formen der Gewalttätigkeit und Verhaltensstörungen in der Kindheit (Swanson et al., 2006; Swanson et al., 2008). Zu den *soziodemografischen Risikomerkmale*n gewalttätigen Verhaltens bei schizophrenen Patienten zählen junges Alter (Swanson et al., 2006) und ein geringes Bildungsniveau (Cannon et al., 2002).

Einige deutsche Studien untersuchten die Behandlungs- und Delinquenzvorgeschichte forensisch untergebrachter schizophrener Patienten (Habermeyer et al., 2010; Kutscher et al., 2009; Müller-Isberner et al., 2007; Seliger & Kröber, 2008; Weithmann & Traub, 2008), um Hinweise auf *historische* und *behandlungsspezifische Risikomerkmale* zu erhalten. In einer von Kutscher et al. (2009) durchgeführten Querschnittsuntersuchung wurden im Jahr 2006 die Merkmale von 531 gemäß § 63 StGB untergebrachten männlichen schizophrenen Patienten in NRW erhoben. Die Patienten waren zu 58.9% wegen eines Gewaltdelikttes untergebracht worden und zeichneten sich durch eine hohe komorbide Suchtbelastung (73.9%), eine hohe Vorstrafenbelastung (63.4%) und eine geringe medikamentöse Compliance aus. Nur jeder fünfte Patient hatte bei der Begehung des Unterbringungsdelikttes eine neuroleptische Medikation eingenommen, obgleich 78.3% der Patienten mindestens eine alltagspsychiatrische Vorbehandlung aufwiesen. Dieses Ergebnis ist Besorgnis erregend, da mangelnde medikamentöse Therapieadhärenz den besten Prädiktor für gewalttätiges Verhalten darstellt (Arango et al., 2006). In der Untersuchung von Kutscher et al. (2009) war ein hoher Anteil von 14% der forensischen Patienten zum Zeitpunkt der Begehung des Unterbringungsdelikttes ohne

festen Wohnsitz. 11% der schizophrenen Patienten hatten das Unterbringungsdelikt in einem Zeitraum von vier Wochen, weitere 17.3% in einem Zeitraum von drei Monaten nach Entlassung aus der Allgemeinpsychiatrie begangen. Eine ergänzende Auswertung der Daten aus dieser Querschnittsuntersuchung ergab, dass etwa 70% der gemäß § 63 StGB untergebrachten schizophrenen Patienten das Unterbringungsdelikt innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus der stationär-psychiatrischen Behandlung begangen hatten.

Auch Seliger und Kröber (2008) verglichen die Behandlungsvorgeschichte forensisch untergebrachter schizophrener Patienten, jedoch für Berlin. Sie verglichen zwei Gruppen forensischer schizophrener Patienten aus den Jahren 1985 bis 1988 und 2002 bis 2004. Diese unterschieden sich nicht hinsichtlich der Dauer stationärer Vorbehandlungen und der medikamentösen Vorbehandlung. Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass die Zunahme der Unterbringungszahlen mit einer Veränderung der allgemeinpsychiatrischen Versorgungssituation in dem untersuchten Zeitraum einhergegangen war. Jedoch stellten die Autoren eine deutliche Zunahme des komorbiden Substanzkonsums fest.

Untersuchungen an selektierten Stichproben forensischer Patienten ermöglichen es, retrospektiv wichtige Erkenntnisse über Risikomerkmale zu gewinnen, die vor der Begehung des Anlassdeliktes vorlagen. Von besonderem Interesse ist jedoch der Vergleich schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie mit allgemeinpsychiatrischen schizophrenen Patienten. Denn es ist anzunehmen, dass in der Allgemeinpsychiatrie ein Großteil der Patienten beider Gruppen vorbehandelt wird, bevor es bei den forensischen Patienten relativ zeitnah nach der Entlassung zu der Deliktbegehung kommt. Es ist daher von besonderer Bedeutung, die beiden Gruppen zuverlässig voneinander zu unterscheiden, um bei der Risikogruppe kriminalpräventiv intervenieren zu können. Solche vergleichenden Untersuchungen zwischen Patienten der forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie sind u.a. von Lincoln et al. (2006), Hodgins & Müller-Isberner (2004) sowie Hodgins et al. (2006) durchgeführt worden. Den Ergebnissen dieser Untersuchungen zufolge ließen sich die forensischen Patienten von den allgemeinpsychiatrischen Patienten vornehmlich anhand ihrer gewalttätigen Vordelinquenz und durch einen geringeren Anteil nicht gewalttätiger Vordelikte unterscheiden. Dass eine gewalttätige Vordelinquenz nicht nur bei psychisch kranken, sondern auch psychisch gesunden Menschen zuverlässig eine zukünftige Gewaltdelinquenz vorhersagt, ist seit längerem bekannt (Webster 1994, 1995). Es ergeben sich jedoch auch Hinweise darauf, dass Patienten, die eine Vorbehandlung per PsychKG oder Betreuungsgesetz wegen Fremdaggressivität auf-

weisen, eine Risikogruppe für zukünftige fremdaggressive Verhaltensweisen darstellen könnten (Berg et al., 2010).

1.4 ZIELSETZUNG UND HYPOTHESEN

Ein Großteil der Forschungsarbeiten zu Risikomerkmale entstammt internationalen Studien. Die dargestellten Untersuchungen aus Deutschland zielten bisher überwiegend darauf ab, anhand selektierter Stichproben von gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten die Charakteristika dieses immer größer werdenden Patientenkollektivs zu erfassen, um Hinweise auf Risikomerkmale zu gewinnen (Habermeyer et al., 2010; Krimmer, 2010; Kutscher et al., 2009; Seliger & Kröber, 2008; Weithmann & Traub, 2008) und Handlungsempfehlungen für die Allgemeinpsychiatrie ableiten zu können. Ohne den Vergleich mit einer Kontrollgruppe lassen sich aus diesen deskriptiven Daten zur Behandlungs- und Delinquenzvorgeschichte jedoch kaum empirisch begründete Schlüsse ziehen. Für NRW ist zu prüfen, ob es sich bei den forensischen Patienten tatsächlich um eine Patientengruppe handelt, die vor Begehung des Unterbringungsdeliktes geringer in das Versorgungsnetzwerk eingebunden war als eine allgemeinpsychiatrische Vergleichsgruppe, und die bestimmte Risikomerkmale aufweist, anhand derer sie von der allgemeinpsychiatrischen Vergleichsgruppe zu unterscheiden ist.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es daher, die Behandlungs- und Delinquenzvorgeschichte forensisch untergebrachter schizophrener Patienten mit der entsprechenden Vorgeschichte schizophrener Patienten der Allgemeinpsychiatrie zu vergleichen und den Einfluss interferierender Variablen (komorbider Substanzkonsum, Alter, Bildungsstand) zu kontrollieren.

Fragestellungen/Hypothesen:

1. Bestehen zwischen allgemeinpsychiatrischen und forensischen schizophrenen Patienten Unterschiede im Hinblick auf die Einbindung in das psychiatrische Versorgungssystem? Es wird angenommen, dass sich anhand behandlungsspezifischer Variablen eine geringere Einbindung der forensischen Patienten feststellen lässt.
2. Ergeben sich aus der Behandlungsvorgeschichte Hinweise auf Risikomerkmale, die auf ein erhöhtes Risiko für eine spätere gewalttätige Delinquenz bei den forensischen Patienten hinweisen könnten? Es wird angenommen, dass die forensischen Patienten während ambulanter und stationärer Vorbehandlungen häufiger aggressive Verhal-

tensweisen gezeigt haben und häufiger wegen Fremdaggressivität zwangsbehandelt wurden als die Patienten der Allgemeinpsychiatrie.

3. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass vorbehandelte schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie häufiger eine gewalttätige Vordelinquenz aufweisen als schizophrene Patienten der Allgemeinpsychiatrie.
4. Lassen sich im Vergleich zur allgemeinpsychiatrischen Patientengruppe bei den forensischen Patienten in Kindheit und Jugend Hinweise auf Risikomerkmale (Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, stationäre Behandlungen, Störungen des Sozialverhaltens) finden?
5. Darüber hinaus soll überprüft werden, ob sich bei den forensischen Patienten ein höheres Maß an Impulsivität und aggressiven Verhaltensweisen seit der Jugend feststellen lässt.

2. Material und Methoden

2.1 STICHPROBE

Im Rahmen einer von der DFG geförderten Studie (LE 519/5-2, 5-3) wurden männliche Patienten des Maßregelvollzugs und der Allgemeinpsychiatrie mit den Diagnosen einer Schizophrenie (F20), einer schizotypen Störung (F21), einer wahnhaften oder induzierten wahnhaften Störung (F22, F24), einer akut polymorph psychotischen Störung (F23) oder einer schizoaffektiven Störung (F25) gemäß ICD-10-Klassifikation eingeschlossen. Die Patienten wurden in einem Zeitraum von Mai 2008 bis Dezember 2010 in acht forensischen und allgemeinpsychiatrischen Kliniken² Nordrhein-Westfalens rekrutiert. Die gemäß § 63 StGB untergebrachten schizophrenen Patienten (im Folgenden als FP bezeichnet) durften eine Unterbringungsdauer von 3 ½ Jahren nicht überschreiten, um eine Kontaktaufnahme mit den psychiatrischen Vorbehandlern und den gesetzlichen Betreuern zu gewährleisten (s. u.). Patienten der Allgemeinpsychiatrie (im Folgenden als AP bezeichnet) wurden nur dann eingeschlossen, wenn sie sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer stationär-psychiatrischen Behandlung befanden.

Sowohl in der forensischen als auch in der allgemeinpsychiatrischen Untersuchungsgruppe wurden Patienten mit organisch bedingten oder drogeninduzierten psychotischen Störungen (gemäß ICD-10-Klassifikation) aufgrund der speziellen Genese der psychotischen Symptome und des abweichenden Krankheitsverlaufs nicht eingeschlossen. Patienten mit mittelgradigen und schweren Intelligenzminderungen (IQ < 50) wurden ausgeschlossen, da anzunehmen ist, dass hinsichtlich der Einbindung in das Versorgungsnetzwerk, Krankheitseinsicht, Compliance, Aggressivität und Delinquenz andere Faktoren wirksam sind als bei schizophrenen Patienten ohne komorbide Intelligenzminderungen. Da die Patienten beider Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer allgemeinpsychiatrischen Behandlungsvorgeschichte verglichen werden sollten, wurden Patienten mit forensischen Unterbringungen in der Vorgeschichte (gemäß §§ 63, 64 StGB) nicht eingeschlossen. Patienten mit Migrationshintergrund mussten über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um in die Studie aufgenommen zu werden.

2.) Zu diesen zählten: Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn, LVR-Klinikum Bedburg-Hau, LVR-Klinikum Essen, LVR-Klinikum Düsseldorf, LVR-Klinikum Köln, LVR-Klinikum Langenfeld, LWL-Klinik Münster, Stiftung Tannenhof Remscheid.

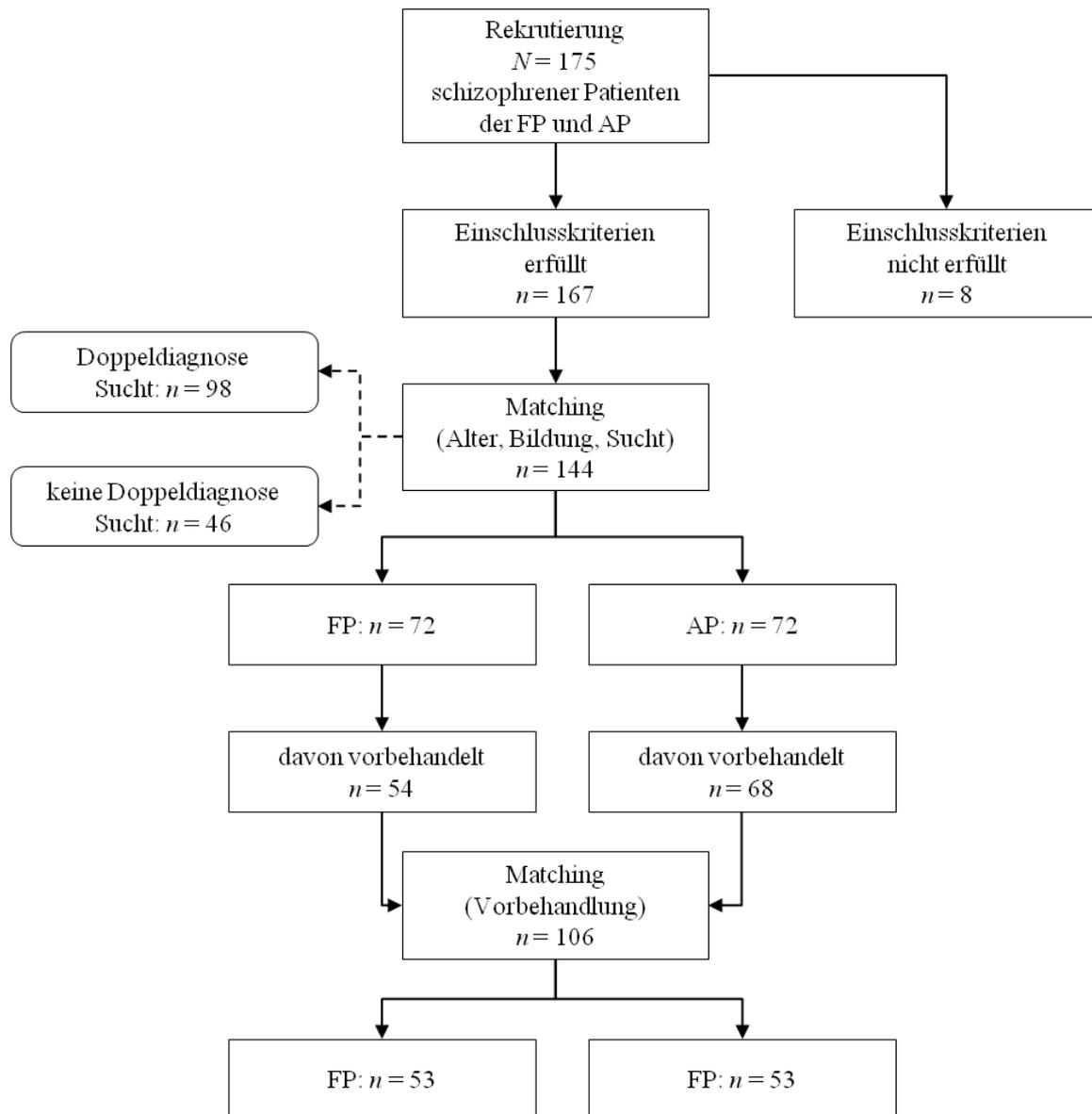
Die AP wurden hinsichtlich Alter (± 4 Jahre), Bildungsstand (kein Schulabschluss oder Sonderschulabschluss; Haupt- oder Realschulabschluss; Abitur oder höherer Abschluss) und komorbider Suchtproblematik (gemäß SKID-I Interview nach DSM-IV-TR) mit den FP gematcht.

Den Angaben der Behandler zufolge lehnten insgesamt etwa fünf forensische und fünf allgemeinpsychiatrische Patienten eine Teilnahme an der Untersuchung ab. Darüber hinaus entschieden sich acht weitere Patienten (fünf AP, drei FP) nach dem Aufklärungsgespräch gegen eine Teilnahme. Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass in einer der beiden Gruppen eine Selektion zugunsten weniger kranker Patienten vorgenommen wurde. Aus ethischen Gründen war eine Datenerhebung von Personen, die eine Teilnahme ablehnten, nicht möglich. Da sie für die Untersucherin anonym blieben, können diese Patienten auch nicht näher charakterisiert werden.

Von den $N = 175$ in die Studie aufgenommenen männlichen schizophrenen Patienten mussten acht Patienten (sieben FP, ein AP) nachträglich von den Berechnungen ausgeschlossen werden. Bei zwei forensischen Patienten bestand der Verdacht auf eine organisch bedingte Psychose, bei einem Patienten lag eine kokaininduzierte Psychose vor. Zwei weitere forensische Patienten mussten ausgeschlossen werden, da sie eine Unterbringung gemäß § 64 StGB in der Vorgeschichte aufwiesen. Ein weiterer Patient war wegen eines Bewährungswiderrufs erneut gemäß § 63 StGB untergebracht und überschritt somit eine Unterbringungsdauer von $3 \frac{1}{2}$ Jahren. Ein Patient der AP musste ausgeschlossen werden, da er durch seine Positivsymptomatik zu belastet war und das Interview daher nicht vervollständigt werden konnte.

Abbildung 1 lässt sich entnehmen, dass von den verbleibenden 167 Patienten 72 FP und 72 AP ($N = 144$) in Bezug auf die o. g. Matching-Variablen (Alter, Bildungsstand, Sucht) parallelisiert werden konnten. Hinsichtlich der Behandlungsvorgeschichte wurde eine Subgruppe von 53 vorbehandelten FP und 53 vorbehandelten AP ($n = 106$) gematcht.

Abb. 1. Flussdiagramm zu Rekrutierung und Matching



2.2 DURCHFÜHRUNG

Nach Erhalt der positiven Ethikvoten der zuständigen Ethikkommissionen wurde das Forschungsvorhaben den Klinikdirektoren und dem therapeutischen Personal in den allgemeinpsychiatrischen und forensischen Kooperationskliniken (s. o.) vorgestellt. Erfüllten die Patienten die Eingangskriterien für die Untersuchung, so wurden sie von ihren aktuellen Behandlern in der jeweiligen forensischen oder allgemeinpsychiatrischen Einrichtung über die Studie informiert und nach ihrer Bereitschaft für eine Teilnahme gefragt. Stimmten die Patienten einem Aufklärungsgespräch zu, wurden sie von der Untersucherin in ihrer stationären Ein-

richtung persönlich aufgesucht. Die Voraussetzungen für die Untersuchung stellten eine informierte Einwilligung und eine Schweigepflichtsentbindung der ambulanten und stationären Vorbehandler dar. Darüber hinaus wurde die behandelnde Einrichtung von der Schweigepflicht entbunden, um eine Auswertung der Einweisungsgutachten und Unterbringungsurteile bzw. der Arztbriefe der aktuellen stationär-psychiatrischen Behandlung vornehmen zu können.

Im Rahmen einer etwa 1 ½-stündigen persönlichen Untersuchung wurden die Patienten mittels eines standardisierten Interviewleitfadens, der in Anlehnung an Kutscher et al. (2009) weiterentwickelt wurde (*siehe Anhang 1 und Anhang 2*), zu soziodemografischen und biografischen Variablen, ambulanten und/oder stationär-psychiatrischen Vorbehandlungen sowie zu ihrer strafrechtlichen Vorgeschichte befragt. Bei den FP wurde die Behandlungs- und Delinquenzvorgeschichte bis zur Begehung des Anlassdeliktes erfasst. Bei den AP zielten die Fragen auf den Zeitraum bis zum Beginn ihrer aktuellen stationären Behandlung ab. Darüber hinaus wurden die Gründe für eine medikamentöse Non-Compliance qualitativ erfasst.

Die *Unterbringungsdelikte* der FP wurden den rechtskräftigen Urteilen entnommen. Hatten mehrere Straftaten zu der Unterbringung geführt, wurde das Datum des ersten Anlassdeliktes als Grundlage für die Berechnung von konkreten Zeitfenstern (z. B. Zeitraum zwischen der ersten stationären Behandlung und der Begehung des Unterbringungsdeliktes) verwendet.

Kategorisierung nach Deliktschwere
▪ Vollendetes Tötungsdelikt
▪ Versuchtes Tötungsdelikt
▪ Sexualdelikt
▪ Körperverletzungsdelikt
▪ Eigentumsdelikt mit Gewalt
▪ Brandstiftung
▪ Eigentumsdelikt ohne Gewalt
▪ sonstige Delikte

Es wurde darüber hinaus erfasst, in welchem Zeitraum (in Wochen) die Delikte begangen wurden und ob in diesem Deliktzeitraum eine stationär-psychiatrische oder ambulante

psychiatrische Behandlung erfolgt war. Die Deliktarten wurden wie folgt hierarchisiert: Vollendete Tötungsdelikte; versuchte Tötungsdelikte; Sexualdelikte (z. B. Vergewaltigung, sexueller Missbrauch); Körperverletzungsdelikte; Eigentumsdelikte mit Gewalt (z. B. Raub); Brandstiftung; Eigentumsdelikte ohne Gewalt (z. B. Diebstahl); sonstige Delikte (z. B. Beförderungerschleichung, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, Beleidigung, Sachbeschädigung). Bei mehreren Anlassdelikten wurde die schwerwiegendste Straftat dieser Kategorisierung kodiert.

Im Hinblick auf das kodierte Anlassdelikt wurde die Beziehung des Patienten zu der geschädigten Person erfragt und anschließend mit den rechtskräftigen Urteilen abgeglichen. Diese Täter-Opfer-Beziehung wurde in die vier Kategorien „privates Umfeld“ (Partner, Kind, Eltern, Verwandte, Freunde), „institutionelles Umfeld“ (Mitpatienten, Betreuer, Behandler, Pflegepersonal), „unbekannte Person“ (keine Beziehung zwischen Patient und Opfer) und „keine Person geschädigt“ (wenn sich das Anlassdelikt nicht gegen eine Person richtete, z.B. Diebstahl, Sachbeschädigung) unterteilt.

Die *klinischen Diagnosen* wurden unter Einsatz des strukturierten klinischen Interviews (SKID; Wittchen et al., 1997) für DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), Sektionen „Psychotische und assoziierte Symptome“, „Differentialdiagnose psychotischer Störungen“ und „Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen“ (z.B. Alkohol, Cannabis, Kokain, Opioide, Halluzinogene, Methamphetamine, Inhalantien, Sedativa), gestellt. Die Ergebnisse dieser Sektionen wurden bei den FP mit den Einweisungsgutachten und bei den AP mit den Arztbriefen über ihre aktuelle Behandlung abgeglichen. Das Vorliegen der Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung wurde anhand der entsprechenden Sektion des strukturierten klinischen Interviews (SKID-II) für DSM-IV festgestellt.

Die Arztbriefe sämtlicher *stationär-psychiatrischer Voraufenthalte* wurden für jeden eingeschlossenen Patienten angefordert und im Hinblick auf Behandlungsschwierigkeiten und aggressive Verhaltensweisen in der Vorgeschichte ausgewertet. Behandlungsschwierigkeiten lagen dann vor, wenn mindestens eines der folgenden Probleme in den Arztbriefen beschrieben worden war: „Verweigern der neuroleptischen Medikation“, „Entlassung gegen ärztlichen Rat“ und „Entweichung während stationärer Behandlung“. Aggressives Verhalten wurde als „körperlich gewalttätig“ kodiert, wenn in den Arztbriefen gewalttätige Übergriffe auf andere Personen beschrieben worden waren. Hatte der Patient andere Personen mit einem Gegenstand bedroht oder ihnen verbal gedroht, sie zu verletzen oder zu töten, wurde das Verhalten

als „verbal bedrohlich“ kodiert. Wurden von dem Patienten Gegenstände o.Ä. beschädigt, ohne dass eine Person zu Schaden kam, lag „Sachbeschädigung“ vor. Bei den FP wurden zusätzliche Informationen aus den Unterbringungsgutachten und Einweisungsurteilen herangezogen. Soweit in den Arztbriefen erwähnt, wurde für beide Gruppen die Täter-Opfer-Beziehung der gewalttätigen Übergriffe nach der o.g. Kategorisierung festgehalten.

Darüber hinaus wurden die Patienten persönlich nach zwangsweisen Vorbehandlungen per *PsychKG* oder *Betreuungsbeschluss* (§ 1906 BGB) und dem Anlass der unfreiwilligen Behandlung (Selbstgefährdung vs. Fremdgefährdung) befragt. Diese Angaben wurden mit den Arztbriefen früherer stationärer Behandlungen abgeglichen. War ein Patient sowohl wegen Selbst- und Fremdgefährdung zwangsweise behandelt worden, wurde die Vorbehandlung als „Fremdgefährdung“ kodiert. Die allgemeinpsychiatrischen Patienten wurden zudem nach aggressiven Vorfällen im Vorfeld der aktuellen stationären Aufnahme befragt. Entsprechend der o.g. Kategorisierung wurden körperlich gewalttätige und verbal bedrohliche Verhaltensweisen sowie Sachbeschädigung unterschieden und die Beziehung zu der geschädigten Person erfasst.

In beiden Gruppen wurden die *ambulant-psychiatrischen Vorbehandler* sowie die *gesetzlichen Betreuer* telefonisch kontaktiert und im Rahmen eines standardisierten Telefoninterviews (*siehe Anhang 3*) zu der Vorbehandlung des jeweiligen Patienten befragt. Schwierigkeiten in der ambulanten Behandlung lagen dann vor, wenn der Behandler/Betreuer von „medikamentöser Non-Compliance“, „fehlender Krankheitseinsicht“, „unregelmäßiger Termineinhaltung“ oder mehreren dieser Schwierigkeiten berichtete. Hatte der ambulante Behandler oder Betreuer Kenntnis von körperlich gewalttätigen Verhaltensweisen gegenüber anderen Personen, wurde „gewalttätiges Verhalten“ kodiert. Drohungen gegen andere Personen wurden als „verbal bedrohlich“, Zerstörung von Mobiliar o.Ä. als „Sachbeschädigung“ kodiert. Bei gewalttätigen Übergriffen in der Vorgeschichte wurde die Täter-Opfer-Beziehung erfasst (s. o.). Die ambulanten Behandler/Betreuer der FP wurden – soweit sie Kenntnis von dem Anlassdelikt hatten – dazu angehalten, nur Vorfälle zu schildern, die sich vor der Begehung des Unterbringungsdeliktes ereignet hatten. Bei der Auswertung der Interviews wurde unter Berücksichtigung der persönlichen Untersuchung des Patienten, der Auswertung des Urteils und Einweisungsgutachtens darauf geachtet, das Anlassdelikt von anderen aggressiven Vorfällen zu unterscheiden.

Um die *Einbindung in das ambulante Versorgungsnetzwerk* zu erfassen, wurden die Patienten befragt, ob sie sich nach der Entlassung aus der letzten stationären Behandlung und in den letzten zwei Monaten vor der Begehung des Unterbringungsdeliktes bzw. der aktuellen Behandlung in ambulant-psychiatrischer Behandlung befunden hatten.

Die *Vordelinquenz* wurde durch den Selbstbericht der Patienten und anhand von Auszügen aus dem Bundeszentralregister (BZR) erfasst. Durch die eigenen Angaben der Patienten können – ein offener Selbstbericht vorausgesetzt – Vorstrafen in Erfahrung gebracht werden, die im Rahmen der Tilgungsfristen gemäß §§ 45 ff. BZRG bereits wieder aus dem BZR gelöscht wurden. Bei einer mangelnden Offenheit kann die tatsächliche Vorstrafenbelastung jedoch unterschätzt werden. Daher wurde zur Objektivierung der eigenen Angaben der Patienten eine zusätzliche Auswertung der BZR-Auszüge vorgenommen. Die Deliktschwere wurde entsprechend der o.g. Kodierung hierarchisiert.

Um *Risikomerkmale in der Kindheit* zu erfassen, wurden die Patienten zu Missbrauchs- und Gewalterfahrungen und zu familiären Problemen (psychische Störung der Eltern, insbesondere Alkohol- und Drogenprobleme der Eltern, strafrechtliche Verurteilung der Eltern) sowie zu kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen befragt. Darüber hinaus wurde mittels des SKID-II Interviews erfasst, ob eine Störung des Sozialverhaltens schon vor Vollendung des 15. Lebensjahres vorlag.

Mit der *Life History of Aggression* (LHA, Coccaro et al., 1997; deutsche Version von Rüscher & Brück, unveröffentlicht), einem semistrukturierten Interview mit elf Fragen, werden aggressive Verhaltensweisen des Patienten seit der Pubertät erhoben. Die Skala „Aggression“ (fünf Items) erfasst Wutausbrüche, körperliche und verbale Auseinandersetzungen, Gewalt an Tieren und Sachbeschädigungen. Mit der Skala „Autoaggression“ (zwei Items) werden Selbstverletzungen und Suizidversuche erfasst. Die Skala „Antisoziales Verhalten“ (vier Items) bildet Disziplinprobleme in der Schule, Probleme mit Vorgesetzten und antisoziales Verhalten mit und ohne Einbeziehung der Polizei, ab. Auf einer 5-Punkte-Skala kann der Proband angeben, wie häufig er das Verhalten in seinem Leben gezeigt hat (0 = kein Ereignis; 1 = ein Ereignis; 2 = wenige Ereignisse; 3 = mehrere Ereignisse; 4 = zahlreiche Ereignisse; 5 = so viele Ereignisse, dass nicht mehr zählbar). Der Patient kann einen Gesamtsummenwert von max. 55 Punkten erreichen. Das Verfahren gilt als valide und reliabel.

Die *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et al., 1995) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung impulsiven Verhaltens. Die Testperson muss 30 Fragen mit einem Mehr-

fachwahlantwortmuster (1 = selten/nie; 2 = gelegentlich; 3 = oft; 4 = immer) beantworten. Es können drei Unterskalen gebildet werden. Für den deutschsprachigen Raum wird jedoch empfohlen, lediglich die Summenskala zu verwenden, da sich nur diese als ausreichend valide und reliabel erwiesen hat (Preuss et al., 2008).

2.3 STATISTISCHE DATENANALYSE

Die statistische Auswertung wurde mithilfe der Programmpakete PASW Statistics 18.0 und SPSS Statistics 20.0 durchgeführt. Die Gruppenvergleiche wurden anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben, bei Abweichungen von der Normalverteilung mit dem Mann-Whitney-U-Test und bei kategorialen Variablen mit Chi-Quadrat-Tests, berechnet. Intragruppenvergleiche wurden mit dem Chi-Quadrat-Test nach McNemar für abhängige Stichproben und dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben berechnet. Bei der Durchführung der binären logistischen Regression diente die Gruppenzugehörigkeit (AP = 0, FP = 1) als abhängige Variable.

3. Ergebnisse

3.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG

Nachfolgend werden zunächst die Charakteristika der Gesamtgruppe der untersuchten schizophrenen Patienten beschrieben. Es werden Auswertungen für schizophrene Patienten mit der Doppeldiagnose Sucht im Vergleich zu schizophrenen Patienten ohne eine solche Doppeldiagnose berichtet. Anschließend werden deskriptive Statistiken für die forensischen und die allgemeinspsychiatrischen schizophrenen Patienten dargestellt.

Charakteristika der Gesamtgruppe (N = 144)

Die hinsichtlich Alter, Bildungsstand und komorbider Suchtproblematik gematchten Patienten der Gesamtgruppe waren im Mittel 31 Jahre alt ($SD = 7.4$; $SW = 19 - 51$). 26% ($n = 38$) hat-

ten keinen Schulabschluss erreicht, 65% ($n = 93$) wiesen einen Haupt- oder Realschulabschluss auf, und 9% ($n = 13$) hatten das Abitur oder einen höheren Abschluss erzielt.

Hinsichtlich des Substanzkonsums wurden die Ergebnisse des SKID-I Interviews mit den Diagnosen der Arztbriefe und Gutachten abgeglichen. Im Rahmen des Abgleichs fiel auf, dass sowohl in den Arztbriefen als auch in den Gutachten trotz einer offensichtlichen Suchtanamnese nicht immer eine komorbide Suchtdiagnose gestellt worden war. Darüber hinaus berichteten einige Patienten in der Studienuntersuchung einen höheren Konsum bzw. den Konsum anderer Substanzen (z. B. nicht nur Cannabis, sondern auch Kokain), als sie gegenüber den stationären Behandlern oder den Gutachtern angegeben hatten. Laut eigenen Angaben waren die Patienten im Rahmen der freiwilligen Studienteilnahme eher bereit, ihren tatsächlichen Konsum anzugeben. Um eine Unterschätzung des Substanzkonsums zu vermeiden und diesbezüglich keine unpassenden Paare zwischen den Patientengruppen zu bilden, wurden die Ergebnisse aus dem SKID-I Interview als Grundlage für das Matching gewählt. Bei 68% ($n = 98$) der Patienten lag zum Zeitpunkt der Begehung des Unterbringungsdeliktes bzw. bei Aufnahme in die aktuelle stationär-psychiatrische Behandlung ein komorbider Substanzmissbrauch oder eine komorbide Substanzabhängigkeit vor. 12% ($n = 17$) der Patienten wiesen eine(n) Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit auf, bei 32% ($n = 46$) ließ sich ein(e) komorbide(r) Drogenmissbrauch/-abhängigkeit diagnostizieren, und bei 24% ($n = 35$) lag sowohl ein(e) komorbide(r) Missbrauch/Abhängigkeit von Drogen als auch von Alkohol vor.

Doppeldiagnose Sucht

Schizophrene Patienten, die zusätzlich eine komorbide Suchtdiagnose (68%) aufwiesen, unterschieden sich hinsichtlich des Alters und der Erkrankungsdauer nicht signifikant von schizophrenen Patienten ohne eine solche Doppeldiagnose (32%) (*Tabelle 1*). Die schizophrenen Patienten mit einer komorbiden Suchtdiagnose waren im Vergleich zu den Patienten ohne komorbide Suchtdiagnose signifikant häufiger wegen Gewaltdelikten strafrechtlich in Erscheinung getreten ($p < .01$) und wiesen häufiger eine zusätzliche komorbide antisoziale Persönlichkeit auf ($p < .001$).

Tabelle 1. Charakteristika der schizophrenen Patienten mit/ohne Doppeldiagnose Sucht

	mit Doppel- diagnose Sucht (<i>n</i> = 98)	ohne Doppel- diagnose Sucht (<i>n</i> = 46)	
Alter in Jahren (<i>M</i> ; <i>SD</i>)	30.6 (7.3)	31.1 (7.6)	$U = 2172.5; z = -0.3; ns$
Erkrankungsdauer in Jahren (<i>M</i> ; <i>SD</i>)	7.7 (5.4)	7.2 (5.1)	$U = 2135.5; z = -0.4; ns$
gewalttätiges Vordelikt %	54.1	28.3	$\chi^2 = 8.41; df = 1; p < .01$
Antisoziale PS %	44.9	6.5	$\chi^2 = 20.97; df = 1; p < .001$
Regelmäßige neuroleptische Medikation zwei Monate vor UD/AB%	26.5	34.8	$\chi^2 = 1.03; df = 1; ns$
LHA (<i>M</i> ; <i>SD</i>)	23.0 (11.4)	13.4 (9.6)	$U = 1121.5; z = -4.6; p < .001$
BIS _{Ges} (<i>M</i> ; <i>SD</i>)	67.7 (10.8)	62.0 (10.4)	$U = 1399.5; z = -3.3; p < .001$

LHA = Life History of Aggression; BIS_{Ges} = Barratt Impulsiveness Scale Gesamtscore. Wegen fehlender Werte beziehen sich die Testwerte der LHA auf *n* = 98 und der BIS auf *n* = 97 Patienten mit der Doppeldiagnose Sucht und jeweils *n* = 44 Patienten ohne Doppeldiagnose Sucht.

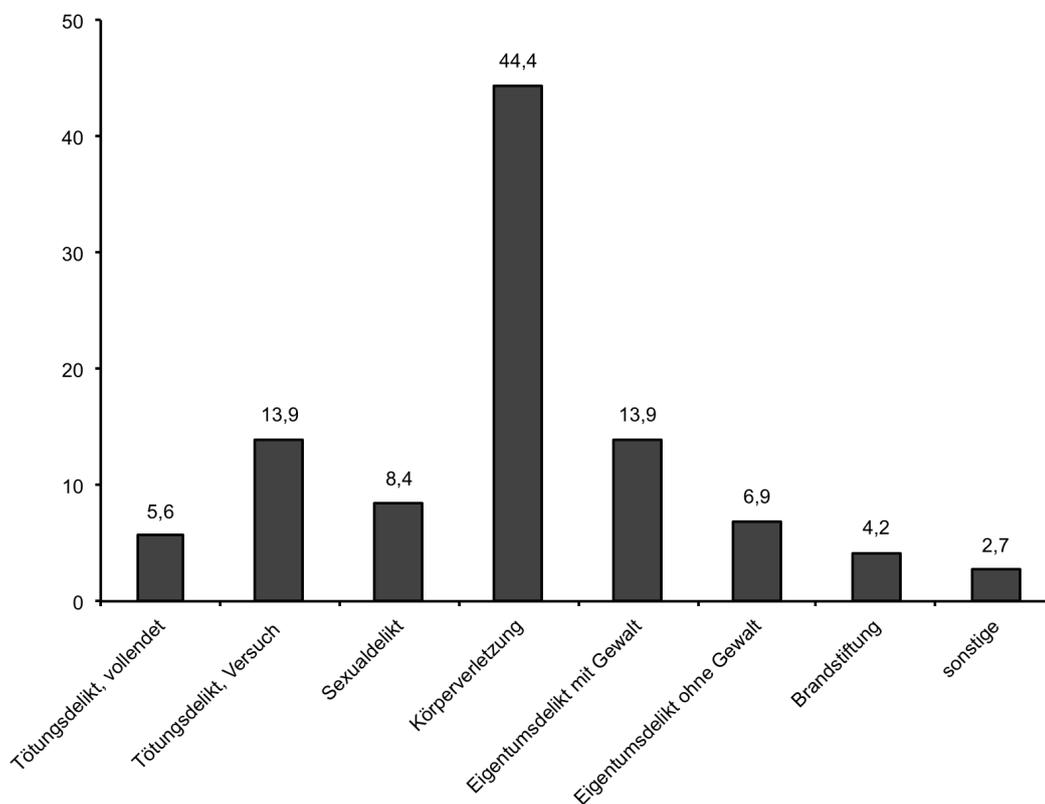
Hinsichtlich der regelmäßigen Einnahme der Medikation in den zwei Monaten vor Begehung des Anlassdeliktes bzw. vor Aufnahme der stationären Behandlung zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit einer komorbiden Suchtdiagnose und den Patienten ohne komorbide Suchtdiagnose. Patienten mit der Doppeldiagnose Sucht erzielten signifikant höhere Gesamtscores auf der Life History of Aggression Scale (LHA; $p < .001$) und der Impulsivitätsskala (BIS; $p < .001$) als Patienten ohne Doppeldiagnose.

Charakteristika der forensischen Patienten (n = 72)

Abbildung 2 veranschaulicht, dass 90.4% (*n* = 65) der FP wegen Gewaltdelikten (Tötungsdelikte, Körperverletzungsdelikte, Sexualdelikte, Eigentumsdelikte mit Gewalt, Brandstiftung) untergebracht waren. In 19.5% (*n* = 14) der Fälle waren die FP wegen versuchten oder vollendeten Tötungsdelikten in den Maßregelvollzug eingewiesen worden. Die größte Deliktgruppe stellten die Körperverletzungsdelikte (44.4%; *n* = 32) dar. Bei nur einem kleinen Teil (9.6%; *n* = 7) der Patienten war die Maßregel wegen eines nicht gewalttätigen Anlassdeliktes (Eigentumsdelikte ohne Gewalt, sonstige Delikte) verhängt worden.

Zum Zeitpunkt der Begehung des Anlassdeliktes befanden sich 18% ($n = 13$) der FP in einer institutionellen Einrichtung, d.h. in einer beschützten Wohnform ($n = 7$), einem psychiatrischen Krankenhaus ($n = 5$) oder in Haft ($n = 1$). Hinsichtlich der Täter-Opfer-Beziehung war in 33% ($n = 24$) der Fälle das familiäre/private Umfeld betroffen, 11% ($n = 8$) der Delikte richteten sich gegen Personen aus dem institutionellen Umfeld, 43% ($n = 31$) der Anlassdelikte trafen eine unbekannte Person, und in 12% ($n = 9$) der Fälle war keine Person geschädigt worden.

Abb. 2. Unterbringungsdelikte der gem. § 63 StGB untergebrachten schizophrenen Patienten ($n = 72$) in %



Die $n = 4$ Patienten, die ein vollendetes Tötungsdelikt begangen hatten, wiesen keine allgemeinpsychiatrische Vorbehandlung auf. Von den versuchten und vollendeten Tötungsdelikten ($n = 14$) hatten sich 71.4% ($n = 10$) gegen Personen aus dem familiären/privaten Umfeld und 28.6% ($n = 4$) der Delikte gegen unbekannte Personen gerichtet. Das institutionelle Umfeld

war von diesen schwerwiegendsten Delikten nicht betroffen. Die Patienten mit vollendeten und versuchten Tötungsdelikten hatten das Anlassdelikt nach einer Erkrankungsdauer von 6 Jahren ($SD = 5.3$) begangen.

Bei 56% ($n = 40$) der FP hatten mehrere, im Mittel drei Anlassdelikte ($SD = 4.2$; $SW = 1 - 30$) zur Unterbringung geführt. Die Deliktbegehung erstreckte sich auf einen Zeitraum von durchschnittlich 18 Wochen ($SD = 20.7$). In diesem Deliktzeitraum hatten sich 50% ($n = 20$) der FP in stationär- oder ambulant-psychiatrischer Behandlung befunden.

Bei 83% ($n = 60$) der FP war vor der Anordnung der Maßregel (§ 63 StGB) eine vorläufige Unterbringung gemäß § 126a StPO erfolgt. Die FP waren überwiegend (85%; $n = 61$) wegen Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) freigesprochen worden. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren die Patienten im Mittel seit 12 Monaten untergebracht ($SD = 9.9$; $SW = 1 - 40$). Lediglich 14% ($n = 10$) der FP wiesen zum Zeitpunkt der Untersuchung den Lockerungsstatus „Ausgang mit Personal“ auf, nur 3% ($n = 2$) hatten die Lockerungsstufe „Ausgang ohne Personal“ erreicht.

Charakteristika der allgemeinspsychiatrischen Patienten ($n = 72$)

47% ($n = 34$) der AP gaben an, dass sie im Vorfeld der Aufnahme aggressive Verhaltensweisen gezeigt hatten. Etwa ein Fünftel der AP berichtete über körperlich gewalttätiges Verhalten, welches sich laut eigenen Angaben überwiegend gegen Personen aus dem familiären Umfeld gerichtet hatte (siehe *Tabelle 2*). Die Dauer der aktuellen stationär-psychiatrischen Behandlung, während der die AP untersucht worden waren, betrug im Mittel 48 Tage ($SD = 43.4$; $SW = 3 - 231$ Tage).

Table 2. Patienten der Allgemeinpsychiatrie: Aggressive Vorfälle im Vorfeld der Aufnahme (Selbstbericht)

	<i>n</i>	AP (<i>n</i> = 72)	%
Aggressive Vorfälle			
körperliche Gewalt	16		22.2
Drohung mit Waffe	3		4.2
verbale Drohung	13		18.1
Sachbeschädigung	2		2.8
kein Vorfall	38		52.8
Beziehung zu Opfer			
familiäres Umfeld	21		29.2
institutionelles Umfeld	6		8.3
unbekannte Person	5		6.9
keine Person geschädigt	2		2.8

AP = Allgemeinpsychiatrische Patienten. *Anmerkung:* Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer genau zu 100%.

Aus den Auswertungen der BZR-Auszüge und den Telefoninterviews mit den Betreuer/Behandlern ergaben sich Hinweise darauf, dass drei (4.2%) schizophrene AP nach ihrer Entlassung aus ihrer aktuellen Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie mit Gewaltdelikten straffällig geworden waren. Laut Aussagen der Betreuer/Behandler waren von diesen drei Patienten zwei gemäß § 126a StPO vorläufig untergebracht worden, bei dem dritten Patient der AP war bereits eine Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet worden. Den Auszügen aus dem BZR ließ sich entnehmen, dass nach einem Katamnesezeitraum von 1 bis 12 Monaten bei 13 (18.1%) aus der Allgemeinpsychiatrie entlassenen schizophrenen Patienten eine strafrechtlich relevante Delinquenzbelastung (z.B. Körperverletzung, Bedrohung, Verstoß gegen das Betäubungsmittel- oder Waffengesetz, Eigentumsdelikt) vorlag. Da der vorliegenden Untersuchung ein retrospektives Design zugrunde liegt und die prospektiven Daten lediglich einen „Zufallsbefund“ darstellen, bedarf es einer längsschnittlich angelegten Untersuchung an einer großen, unselektierten Stichprobe schizophrener Patienten, um diese Ergebnisse weiter zu überprüfen. Eine nähere Charakterisierung der einzelnen AP, die straffällig in Erscheinung getreten waren, soll daher hier nicht erfolgen.

3.2 GRUPPENVERGLEICHE INNERHALB DER GESAMTGRUPPE

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Gruppenvergleiche zwischen den forensischen und allgemeinspsychiatrischen Patienten dargestellt.

Hinsichtlich des Alters, Bildungsstandes und komorbiden Substanzkonsums wurden keine Gruppenvergleiche berechnet, da die Patienten beider Gruppen in Hinblick auf diese Variablen parallelisiert wurden.

Die Patienten beider Gruppen waren überwiegend ledig (FP = 83%, $n = 60$; AP = 90%, $n = 65$; *ns*). Der *Tabelle 3* lässt sich entnehmen, dass die forensischen Patienten seltener eine deutsche Staatsangehörigkeit aufwiesen als die allgemeinspsychiatrischen Patienten. Hinsichtlich der Wohnsituation fand sich in beiden Gruppen ein hoher Anteil von Patienten, die zum Zeitpunkt der Deliktbegehung bzw. der stationären Aufnahme ohne festen Wohnsitz waren (FP = 16.7%; AP = 18.1%). 18% ($n = 13$) der forensischen Patienten hatten sich zum Zeitpunkt der Deliktbegehung in einer institutionellen Einrichtung (psychiatrisches Krankenhaus, beschützte Wohnform, Haft) befunden. Die Patienten beider Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des Anteils derer, die eine abgeschlossene Berufsausbildung aufwiesen. Auch zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zum Zeitpunkt der Deliktbegehung bzw. bei der Aufnahme in die aktuelle Behandlung. Bei mehr als der Hälfte aller Patienten bestand eine gesetzliche Betreuung.

Hinsichtlich des Subtyps der Schizophrenie (gemäß ICD-10-Klassifikation) lag bei 72.7% der FP und bei 77.8% der AP eine paranoide Form vor. Ein Drittel der Patienten beider Gruppen erfüllte im SKID-II Interview die Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (*Anhang 4*). Demgegenüber war in den Einweisungsgutachten nur bei 9.7% der FP und in den Arztbriefen der aktuellen allgemeinspsychiatrischen Behandlung bei keinem Patienten der AP eine komorbide dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden.

Von den FP waren 75% ($n = 54$) vor der Begehung des Anlassdeliktes in der Allgemeinspsychiatrie behandelt worden. In der Gruppe der AP lag der Anteil der stationär-psychiatrisch vorbehandelten Patienten mit 94.4% ($n = 68$) signifikant höher ($\chi^2 = 10.52$; $df = 1$; $p < .01$). Ein Intragruppenvergleich der FP ergab, dass die nicht vorbehandelten FP ($n = 18$) ausnahmslos wegen Gewaltdelikten (vollendetes Tötungsdelikt: $n = 4$; versuchtes Tötungsdelikt: $n = 2$; Sexualdelikt: $n = 3$; Körperverletzung: $n = 8$; Eigentumsdelikt mit Gewalt: $n = 1$) untergebracht worden waren.

Tabelle 3. Soziodemografische Merkmale und Charakteristika der schizophrenen Patienten

	FP (n = 72)	AP (n = 72)	
deutsche Staatsangehörigkeit %	62.5	86.1	$\chi^2 = 10.51; df = 1; p < .01$
Wohnsituation %			
allein	29.2	31.9	$\chi^2 = 1.75; df = 3; ns$
mit anderen	36.1	26.4	
Institution	18.1	23.6	
obdachlos	16.7	18.1	
Berufsausbildung %	27.8	38.9	$\chi^2 = 2.00; df = 1; ns$
Berufstätigkeit %	6.9	11.1	$\chi^2 = 0.76; df = 1; ns$
Gesetzliche Betreuung %	56.9	59.7	$\chi^2 = 0.11; df = 1; ns$

FP = Forensische Patienten; AP = Allgemeinpsychiatrische Patienten. *Anmerkung:* Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer genau zu 100%.

3.3 GRUPPENVERGLEICHE VORBEHANDELTEN PATIENTEN

Um die Behandlungsvorgeschichte der beiden Gruppen im Hinblick auf die Hypothesen zu überprüfen, beziehen sich die nachfolgenden Berechnungen auf die hinsichtlich Alter, Bildungsstand und komorbider Suchtproblematik gematchte Subgruppe der stationär vorbehandelten FP ($n = 53$) und AP ($n = 53$). Nur für diese vorbehandelte Subgruppe lassen sich Hinweise auf behandlungsspezifische oder allgemeinere Risikomerkmale nutzen, denn Patienten ohne psychiatrische Vorbehandlung bleiben dem Versorgungssystem unbekannt und können folglich auch nicht frühzeitig in der Allgemeinpsychiatrie identifiziert werden.

Die vorbehandelten Patienten ($n = 106$) waren im Mittel 31.5 Jahre ($SD = 7.0$) alt und wiesen überwiegend einen Haupt- oder Realschulabschluss (65.1%) auf. Bei 75.5% ($n = 80$) der vorbehandelten Patienten ließ sich eine komorbide Suchtproblematik feststellen.

Die vorbehandelten FP waren zu 86.8% ($n = 46$) wegen eines Gewaltdelikttes untergebracht worden (für eine genauere Darstellung der Anlassdelikte siehe *Anhang 5*). Dem *Anhang 6* lässt sich entnehmen, dass 22.6% ($n = 12$) der vorbehandelten AP und 15.1% ($n = 8$) der vorbehandelten FP zum Zeitpunkt der Deliktbegehung bzw. bei der Aufnahme in die aktuelle Behandlung ohne festen Wohnsitz waren. Dieser Unterschied erreichte jedoch keine statisti-

sche Signifikanz. Die vorbehandelten Patienten beider Gruppen unterschieden sich auch nicht signifikant hinsichtlich der Staatsangehörigkeit (*Anhang 6*).

Behandlungsvorgeschichte (n = 106)

Aus *Tabelle 4* ist ersichtlich, dass sich die vorbehandelten Patienten beider Gruppen nicht signifikant bezüglich der Anzahl ihrer Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie und des Alters bei der ersten stationär-psychiatrischen Behandlung unterschieden.

Tabelle 4. Behandlungsvorgeschichte der vorbehandelten forensischen und allgemein-psychiatrischen schizophrenen Patienten (*n = 106*)

	FP (<i>n = 53</i>)	AP (<i>n = 53</i>)	
Anzahl Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie <i>Mdn (SW)</i>	6.0 (1-100)	5.0 (1-200)	$U = 1384.5; z = -0.13; ns$
Alter bei erster stationärer Behandlung <i>M (SD)</i>	23.7 (6.2)	23.4 (6.0)	$U = 1389.5; z = -0.95; ns$
Gesetzliche Betreuung vor UD/AB %	75.5	66.0	$\chi^2 = 1.14; df = 1; ns$
Regelmäßige neuroleptische Medikation zwei Monate vor UD/AB %	18.9	47.2	$\chi^2 = 9.59; df = 1; p < .01$
Kontakt zu Psychiater zwei Monate vor UD/AB %	34.0	71.7	$\chi^2 = 15.14; df = 1; p < .001$
Kontakt zu Psychiater nach letzter stationärer Behandlung %	45.3	77.4	$\chi^2 = 11.49; df = 1; p < .01$
Frühere Behandlungen per PsychKG/BtG wegen Fremdaggressivität %	77.0	55.0	$\chi^2 = 6.1; df = 1; p < .05$

UD = Unterbringungsdelikt; AB = Aktuelle Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie.

Ein Großteil der Patienten beider Gruppen hatte im Vorfeld des Unterbringungsdeliktes bzw. vor der Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie unter gesetzlicher Betreuung gestanden. Die FP waren im Vergleich zu den AP in den letzten zwei Monaten vor der Begehung des Unterbringungsdeliktes bzw. vor Aufnahme in die aktuelle Behandlung signifikant häufiger ohne

neuroleptische Medikation ($p < .01$). Nur jeder fünfte FP und jeder zweite AP berichtete über eine regelmäßige Einnahme bzw. Verabreichung der Medikation. Die regelmäßig medizierten Patienten beider Gruppen (FP = 10; AP = 25) unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Applikationsart (FP: orale Medikation = 40.0%, Depot = 60.0%; AP: orale Medikation = 62.5%, Depot = 37.5%; $\chi^2 = 1.45$; $df = 1$; ns) und Typ des Neuroleptikums (FP: Typikum = 50.0%, Atypikum = 50.0%; AP: Typikum = 44.0%; Atypikum = 56.0%; $\chi^2 = 0.10$; $df = 1$; ns).

Die qualitative Auswertung der Gründe für eine medikamentöse Non-Compliance ergab, dass die Patienten wegen

- fehlenden Krankheitsgefühls
- erheblicher Nebenwirkungen
- schlechter Vorerfahrungen mit der medikamentösen Behandlung
- Vergessens der Medikamenteneinnahme
- des Konsums von Drogen
- ausbleibender Wirkung/Besserung der Symptomatik

ihre Medikamente nicht eingenommen hatten. Einige Patienten hatten in der Behandlungsvorgeschichte eine medikamentöse Non-Compliance gezeigt, wiesen zum Untersuchungszeitpunkt aber eine medikamentöse Compliance auf. Sie begründeten die früheren Compliance-Probleme damit, die Medikation als Ursache ihrer Symptomatik fehlinterpretiert zu haben. Drei forensische Patienten äußerten, dass sie zuvor nicht über einen längeren Zeitraum in ausreichender Dosierung mediziert worden seien, da sie wiederholt die Behandlung abgebrochen und die Medikamente abgesetzt hätten. Erst im Maßregelvollzug hätten sie die Erfahrung gemacht, dass die Medikation wirke und es sich bei ihrer Symptomatik tatsächlich um eine psychische Störung handele.

Ein signifikant größerer Anteil der AP hatte in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme in die Allgemeinpsychiatrie Kontakt zu einer Behandlungs- oder Betreuungsperson gehalten (FP = 64.2%; AP = 71.7%; $\chi^2 = 6.01$; $df = 1$; $p < .05$). Der *Tabelle 4* lässt sich entnehmen, dass sich dieser Unterschied nicht nur in Bezug auf irgendeine Behandlungs- oder Betreuungsperson (z. B. Psychiater, Hausarzt, gesetzlicher Betreuer, Bewährungshelfer, ambulanter Pflegedienst) zeigte, sondern dass der Kontakt bei den AP auch signifikant häufiger als bei den FP zu einem Psychiater gehalten worden war ($p < .001$). Dieser Unterschied zwischen den Gruppen ließ sich bereits nach der Entlassung aus der letzten stationären Behandlung feststellen (p

< .01). Zu diesem Zeitpunkt waren im Vergleich zu den AP bereits signifikant weniger FP in eine psychiatrische Behandlung eingebunden.

Ein signifikant größerer Anteil der FP als der AP war in der Vorgeschichte wegen Fremdgefährdung per PsychKG oder Betreuungsgesetz (BtG) behandelt worden ($p < .05$). Jeder zweite Patient (FP: 49%, $n = 26$; AP: 49%, $n = 26$; *ns*) hatte laut eigenen Angaben in der Vergangenheit mindestens einen Suizidversuch unternommen.

Hinsichtlich der Erkrankungsdauer zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die vorbehandelten FP waren bei der Begehung des Unterbringungsdeliktes seit durchschnittlich 8.0 Jahren ($SD = 5.1$) erkrankt, die AP wiesen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die aktuelle alltagspsychiatrische Behandlung eine Erkrankungsdauer von 8.6 Jahren auf ($SD = 5.5$) auf ($U = 1297.00$; $z = -0.52$; *ns*). Bei den FP ergab sich zwischen der ersten alltagspsychiatrischen Behandlung und der Begehung des Unterbringungsdeliktes ein Zeitfenster von 6.8 ($SD = 5.4$) Jahren.

Zusammenfassend waren die FP in den zwei Monaten vor der Begehung des Unterbringungsdeliktes seltener antipsychotisch mediziert, und ein geringerer Anteil der FP als der AP hatte seit der Entlassung aus der letzten stationären Behandlung Kontakt zu einer Behandlungs- oder Betreuungsperson, insbesondere einem Psychiater, gehalten. Die FP waren in ihrer Behandlungsvorgeschichte häufiger wegen Fremdaggressivität zwangsbehandelt worden als die AP. Die FP hatten das Anlassdelikt etwa 7 Jahre nach ihrer ersten stationär-psychiatrischen Behandlung begangen.

Behandlerinterviews und Arztbriefe (n = 106)

In den zwei Monaten vor der Begehung des Unterbringungsdeliktes bzw. vor der Aufnahme in die aktuelle Behandlung hatten sich 18 FP und 38 AP in ambulant-psychiatrischer Behandlung befunden. Eine telefonische Kontaktaufnahme gelang bei 16 ambulanten Psychiatern der FP und 38 ambulanten Psychiatern der AP. Zu dem ambulanten Behandlungsverlauf des betreffenden Patienten befragt, berichteten 72.2% der Behandler der FP und 55.6% der Behandler der AP von Schwierigkeiten in der Behandlung. Dieser Unterschied erreichte jedoch keine statistische Signifikanz ($\chi^2 = 1.40$; $df = 1$; *ns*). Die qualitative Analyse der konkreten Behandlungsschwierigkeiten lieferte einen Hinweis darauf, dass sich die behandelnden ambulanten Psychiater in beiden Gruppen vornehmlich mit einer medikamentösen Non-Compliance der

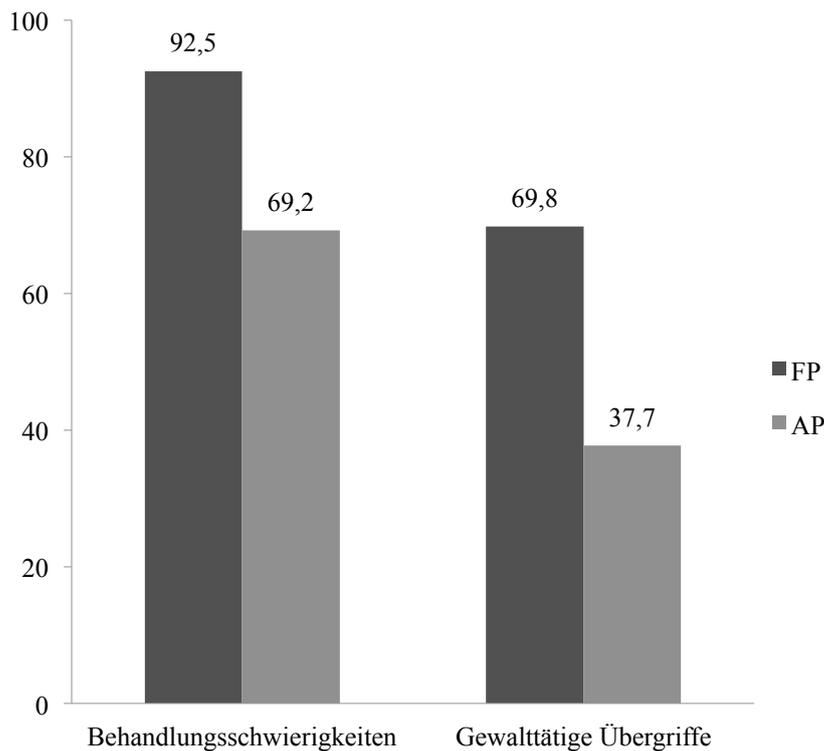
Patienten, einer unregelmäßigen Terminwahrnehmung sowie mangelnder Krankheitseinsicht konfrontiert sahen. Da einige Patienten keinen regelmäßigen Kontakt zu einem ambulanten Psychiater, jedoch zu ihrem gesetzlichen Betreuer gehalten hatten, wurden darüber hinaus 23 gesetzliche Betreuer der FP und 9 Betreuer der AP telefonisch interviewt. Zusammenfassend ergaben die Angaben der Behandler und Betreuer der FP ($n = 39$) und AP ($n = 47$) einen signifikanten Unterschied hinsichtlich berichteter Behandlungsschwierigkeiten (FP = 82.1%; AP = 57.4%; $\chi^2 = 6.0$; $df = 1$; $p < .05$).

Die ambulanten Behandler und Betreuer wurden darüber hinaus zu aggressiven bzw. körperlich gewalttätigen Verhaltensweisen ihrer Patienten befragt. In den Telefoninterviews gaben 76.9% ($n = 30$) der Behandler/Betreuer der FP und 48.9% ($n = 23$) der Behandler/Betreuer der AP an, dass ihre Patienten in der Vorgeschichte aggressive Verhaltensweisen gezeigt hatten ($\chi^2 = 7.06$; $df = 1$; $p < .05$). Laut Aussagen der Behandler/Betreuer hatten sich 60.0% ($n = 18$) der FP und 78.3% ($n = 18$) der AP körperlich gewalttätig verhalten, 30.0% ($n = 9$) der FP und 13.0% ($n = 3$) der AP hatten eine Person verbal bedroht und 10.0% ($n = 3$) der FP sowie 8.7% ($n = 2$) der AP hatten Sachbeschädigungen begangen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen erreichten keine statistische Signifikanz ($\chi^2 = 2,32$; $df = 2$; ns). Den Aussagen der gesetzlichen Betreuer der FP ließ sich entnehmen, dass sie sich mit der Betreuung der Patienten überfordert gesehen hatten und die Patienten aus Angst vor gewalttätigen Übergriffen nicht mehr persönlich aufgesucht, sondern oftmals nur telefonisch Kontakt gehalten hatten. Die qualitative Analyse der Telefoninterviews ergab zudem Hinweise darauf, dass einige Betreuer trotz der wahrgenommenen floriden psychotischen Symptomatik ihrer Klienten eine betreuungsrechtliche Unterbringung für nicht umsetzbar hielten, da sich keine Kooperation mit den zuständigen Ärzten herstellen ließ.

Eine Auswertung der ärztlichen Unterlagen der von den Patienten angegebenen stationären Voraufenthalte gelang für alle vorbehandelten Patienten beider Gruppen ($n = 106$). Der *Abbildung 3* ist zu entnehmen, dass in den Arztbriefen vorangegangener stationärer Behandlungen bei einem signifikant größeren Anteil der FP als der AP Behandlungsschwierigkeiten beschrieben worden waren ($\chi^2 = 9.18$; $df = 1$; $p < .01$). Eine nähere Analyse der genannten Schwierigkeiten lieferte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. In den stationären Behandlungsverläufen wurden vergleichbar häufig eine medikamentöse Non-Compliance (FP = 22.6%; AP = 15.4%; ns) und Behandlungsabbrüche in Form von Entlassungen gegen ärztlichen Rat oder Entweichungen aus der stationären Behandlung (FP = 26.4%, AP = 26.9%; ns) beschrieben. Bei den FP wurden insgesamt häufiger mehrere dieser

Schwierigkeiten genannt, allerdings verfehlte dieser Unterschied eine statistische Signifikanz (FP = 43.4%, AP = 26.9%; *ns*).

Abbildung. 3. Behandlungsschwierigkeiten und gewalttätige Übergriffe während stationär-
psychiatrischer Vorbehandlungen ($n = 106$)



Der *Abbildung 3* lässt sich darüber hinaus entnehmen, dass es während stationärer Voraufenthalte bei den FP signifikant häufiger zu gewalttätigen Übergriffen gekommen war als bei den AP ($\chi^2 = 10.97$; $df = 1$; $p < .01$). Die beiden Gruppen hatten während der stationären Vorbehandlung vergleichbar häufig verbale Drohungen ausgesprochen (FP: 22.8%, $n = 11$; AP: 15.1%, $n = 8$; *ns*) und Sachbeschädigungen (FP: 3.8%, $n = 2$; AP: 9.4%, $n = 5$; *ns*) begangen.

Die körperlich gewalttätigen Übergriffe richteten sich überwiegend gegen Personen aus dem familiären Umfeld (FP: 51.4%; AP: 40.0%; *ns*) und gegen Mitpatienten, Behandler oder andere Personen aus dem institutionellen Umfeld (FP: 35.1%; AP: 55.0%; *ns*). Nur in wenigen Fällen stand der Patient in keiner Beziehung zu der betroffenen Person (FP: 13.5%; AP: 5.0%; *ns*). Bei 94.3% ($n = 50$) der FP und bei 58.5% ($n = 31$) der AP fanden sich in den Arzt-

briefen und laut Angaben der Behandler/Betreuer mehrfach aggressive Übergriffe bzw. verbale Drohungen gegen Personen.

Zusammenfassend ergab der Gruppenvergleich hinsichtlich der Behandlerinterviews und der Arztbriefe mehr Behandlungsschwierigkeiten und mehr aggressive sowie gewalttätige Verhaltensweisen in der Behandlungsvorgeschichte der FP als in der Behandlungsvorgeschichte der AP.

Vordelinquenz (n = 106)

Die *Tabelle 5* stellt die selbstberichteten Vorstrafen beider Patientengruppen dar. Der *Tabelle 6* lässt sich entnehmen, dass 79.2% der FP und 73.6% der AP im Rahmen der persönlichen Untersuchung angaben, vorbestraft zu sein. Eine Dichotomisierung der Delikte in die Kategorien „Gewaltdelikt“ vs. „kein Gewaltdelikt“ (s. o.) ergab bei 37.7% der AP und bei 64.2% der FP eine Vorstrafe wegen eines Gewaltdeliktes ($p < .05$). Die AP berichteten von im Mittel drei Vorstrafen, die FP gaben an, mit durchschnittlich sechs Vorstrafen strafrechtlich in Erscheinung getreten zu sein ($p < .05$). Das Alter bei der selbstberichteten Erstdelinquenz lag in beiden Gruppen bei durchschnittlich 20 Jahren.

Der *Tabelle 6* lässt sich entnehmen, dass die Gruppenvergleiche hinsichtlich der BZR-Auszüge ähnliche Ergebnisse lieferten wie die Gruppenvergleiche auf Basis der selbstberichteten Vordelinquenz. Auch hier zeigte sich lediglich ein signifikanter Unterschied bezüglich der gewalttätigen Vordelinquenz. Die Auswertung der BZR-Auszüge ergab, dass 22.6 % ($n = 12$) der FP und 11.3% der AP ($n = 6$) in der Vorgeschichte wegen Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) freigesprochen worden waren. Die jetzigen Anlassdelikte der FP, die in einem früheren Verfahren wegen Schuldunfähigkeit freigesprochen worden waren, bestanden aus versuchten Tötungsdelikten ($n = 3$), sexuellem Missbrauch ($n = 2$), Körperverletzungen ($n = 5$), Eigentumsdelikten mit Gewalt ($n = 1$) und Eigentumsdelikten ohne Gewalt ($n = 1$).

Tabelle 5. Selbstberichtete Vorstrafen der vorbehandelten forensischen und allgemeinspsychiatrischen schizophrenen Patienten ($n = 106$).

	FP ($n = 53$)		AP ($n = 53$)	
	n	%	n	%
kein Vordelikt	11	20.8	14	26.4
Tötungsdelikt, vollendet	-	-	1	1.9
Sexualdelikt	2	3.8	-	-
Körperverletzung	29	54.7	15	28.3
Eigentumsdelikt mit Gewalt	2	3.8	4	7.5
Eigentumsdelikt ohne Gewalt	6	11.3	9	17.0
Brandstiftung	1	1.9	-	-
sonstige Delikte	2	3.7	10	18.9

Anmerkung: Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer genau zu 100%.

In beiden Gruppen fanden sich Patienten, die laut Selbstbericht Vorstrafen aufwiesen, laut BZR-Auszug jedoch nicht. Ein Intragruppenvergleich zwischen Selbstbericht und BZR-Auszug innerhalb der Gruppe der FP ergab signifikante Unterschiede bezüglich der Anzahl der Vorstrafen ($p < .001$) und des Alters bei der Erstdelinquenz ($p < .01$). Wie sich *Tabelle 6* entnehmen lässt, hatten die FP im Selbstbericht eine höhere Anzahl von Vorstrafen und ein jüngeres Alter der Erstdelinquenz angegeben, als im Bundeszentralregister eingetragen worden war. Innerhalb der Gruppe der AP zeigte sich hinsichtlich der Vorstrafenbelastung ($p < .01$) und des Alters bei der Erstdelinquenz ($p < .01$) ein signifikanter Unterschied zwischen selbstberichteter Delinquenz und BZR-Auszug. Laut BZR-Auszug waren weniger AP vorbestraft, als sie im Selbstbericht angegeben hatten. Auch die AP hatten im Selbstbericht ein jüngeres Alter bei der Erstdelinquenz berichtet, als im BZR registriert war. Hinsichtlich der gewalttätigen Vordelinquenz waren weniger gewalttätige Delikte im BZR eingetragen, als die Patienten selbst berichtet hatten. Dieser Unterschied verfehlte jedoch eine statistische Signifikanz.

Tabelle 6. Intergruppenvergleiche der Vordelinquenz laut Selbstbericht und Bundeszentralregisterauszug ($n = 106$).

	Selbstbericht			Bundeszentralregisterauszug		
	FP ($n = 53$)	AP ($n = 53$)	Selbstbericht FP vs. AP	FP ($n = 53$)	AP ($n = 53$)	BZR FP vs. AP
Vordelinquenz %	79.2	73.6	<i>ns</i>	75.5	56.6	<i>ns</i>
Gewalttätige Vordelinquenz %	64.2	37.7	$p < .05$	56.6	24.5	$p < .01$
Vorverfahren wegen Schuldunfähigkeit eingestellt %	-	-	-	22.6	11.3	<i>ns</i>
Anzahl Vorstrafen (M ; SD)	5.8 (6.2)	3.0 (3.5)	$p < .05$	4.3 (4.6)	3.1 (4.3)	<i>ns</i>
Alter bei Erstdelinquenz (M ; SD)	20.4 (6.0)	20.2 (6.9)	<i>ns</i>	22.4 (5.5)	23.6 (4.8)	<i>ns</i>

Zusammenfassend ergaben die Gruppenvergleiche, dass die FP signifikant häufiger wegen eines Gewaltdeliktens vorbestraft waren als die AP und laut Selbstbericht auch insgesamt mehr Vorstrafen begangen hatten als die AP. Die eigenen Angaben der Patienten wichen in einigen Variablen von den Eintragungen im BZR ab. Im Gegensatz zu den FP waren bei den AP im BZR-Auszug signifikant weniger Vordelikte eingetragen, als die Patienten selbst berichtet hatten.

Risikomerkmale Kindheit, antisoziale Persönlichkeit, Impulsivität und Aggressivität ($n = 106$)

Um mögliche Risikomerkmale in der Kindheit zu erfassen, wurden die Patienten beider Gruppen zu psychiatrischen Erkrankungen und Straffälligkeit ihrer Eltern befragt. 17% ($n = 9$) der FP und 32% ($n = 17$) der AP gaben an, dass ihre Eltern strafrechtlich in Erscheinung getreten waren. Dieser Unterschied erreichte jedoch keine statistische Signifikanz ($\chi^2 = 3.26$; $df = 1$; *ns*). 35.8% ($n = 19$) der FP und 43.4% ($n = 23$) der AP gaben an, dass ihre Eltern unter

einer Substanzproblematik leiden würden ($\chi^2 = 0.63$; $df = 1$; *ns*). Eine anderweitige psychiatrische Erkrankung der Eltern lag bei 11.3% ($n = 6$) der FP und 17.0% ($n = 9$) der AP vor ($\chi^2 = 0.69$; $df = 1$; *ns*). Ein vergleichbar hoher Anteil der Patienten beider Gruppen berichtete von Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Kindheit und/oder Jugend (FP: 51%, $n = 27$; AP: 45%, $n = 24$; *ns*). Eine Störung des Sozialverhaltens ließ sich laut SKID-Interview bei 40% ($n = 21$) der FP und 41.5% ($n = 22$) der AP feststellen ($\chi^2 = 0.04$; $df = 1$; *ns*). In ihrer Kindheit und Jugend (bis zum 16. Lebensjahr) hatten sich bereits 28% ($n = 15$) der FP und 21% ($n = 11$) der AP in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befunden ($\chi^2 = 0.81$; $df = 1$; *ns*).

Die Patienten beider Gruppen erfüllten vergleichbar häufig die Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung im SKID-Interview (FP = 37.7%, AP = 32.1%; $\chi^2 = 0.37$; $df = 1$; *ns*). Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des Punktwertes auf der Life History of Aggression Scale, jedoch lag der Gesamtscore der AP ($n = 51$; $M = 21.8$; $SD = 11.5$) höher als bei den FP ($n = 53$; $M = 19.4$; $SD = 11.9$; $U = 1192.5$; $z = -1.0$; *ns*). Dem *Anhang 7* lassen sich die Gruppenvergleiche in Hinblick auf einzelne Items der LHA entnehmen. Die AP hatten signifikant häufiger Wutanfälle ($p < .05$) und Sachbeschädigungen ($p < .05$) angegeben als die FP. Auf der Barratt Impulsiveness Scale erzielten die AP ($n = 51$; $M = 69.0$; $SD = 12.3$) signifikant höhere Werte als die FP ($n = 52$; $M = 63.5$; $SD = 9.1$; $U = 901.5$; $z = -2.8$; $p < .01$).

Zusammenfassend waren die beiden Gruppen hinsichtlich wesentlicher Risikomerkmale (familiäre Risikofaktoren, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Kindheit, Störung des Sozialverhaltens, jugendpsychiatrische Vorbehandlungen, antisoziale Persönlichkeit) vergleichbar. Die AP wiesen ein höheres Maß an Impulsivität und mehr selbstberichtete Sachbeschädigungen und Wutanfälle in der Vorgeschichte auf als die FP.

Binäre logistische Regressionsanalyse (n = 106)

Um zu überprüfen, ob mithilfe der ermittelten Risikomerkmale eine korrekte Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit (AP = 0; FP = 1) gelingt, wurden in eine binäre logistische Regressionsanalyse (Methode: Einschluss) alle Variablen eingeschlossen, für die sich ein signifikanter Gruppenunterschied gezeigt hatte. Die Angaben, welche die Behandler/ Betreuer im Rahmen der Telefoninterviews gemacht hatten, wurden nicht in die Analyse einbezogen. Da sie ihre

Einschätzungen retrospektiv vornehmen sollten, unterlagen die Angaben der Behandler/ Betreuer der FP durch das Wissen über das Anlassdelikt möglicherweise einem systematischen Bias. Aus diesem Grund wurden die Variablen „Behandlungsschwierigkeiten laut Telefoninterview“ und „aggressive Verhaltensweisen laut Telefoninterview“ von den Berechnungen ausgeschlossen. Da für $n = 3$ Patienten die Daten der psychometrischen Verfahren vollständig fehlten, wurden diese metrischen Variablen nicht in die Regressionsanalyse einbezogen.

Der *Tabelle 7* ist zu entnehmen, dass das Modell unter Einschluss der unabhängigen Variablen „Behandlungsschwierigkeiten während stationärer Voraufenthalte“, „regelmäßige neuroleptische Medikation vor Begehung des Unterbringungsdeliktes bzw. vor Aufnahme in die aktuelle Behandlung“, „ambulant-psychiatrische Behandlung zwei Monate vor UD/AB“, „selbstberichtete gewalttätige Vordelinquenz“, „PsychKG wegen Fremdaggressivität in der Vorgeschichte“ und „gewalttätige Verhaltensweisen während stationärer Voraufenthalte“ eine Varianzaufklärung von 31.4% (Cox & Snell) bzw. 41.9% (Nagelkerke³) erzielte.

Das Vorliegen von Behandlungsschwierigkeiten und gewalttätigen Verhaltensweisen während stationärer Voraufenthalte sowie eine Nichteinbindung in eine ambulant-psychiatrische Behandlung in den zwei Monaten vor dem Unterbringungsdelikt trugen signifikant zur Vorhersage der forensischen Gruppenzugehörigkeit bei (*Tabelle 7*). Aufgrund des berechneten logistischen Regressionsmodells wurden von den 53 Patienten der FP 41 korrekt klassifiziert und 12 Patienten fälschlicherweise der AP zugeordnet. Von den AP wurden 40 Patienten korrekt klassifiziert und 13 Patienten falsch zugeordnet. Für das Vorhersagemodell ergeben sich demnach eine Spezifität von 76.9% und eine Sensitivität⁴ von 75.9%.

3.) Cox & Snell bzw. Nagelkerke geben ähnlich wie bei der linearen Regression den Anteil der durch die logistische Regression erklärten Varianz an.

4.) Die *Spezifität* gibt den Anteil der korrekt als AP klassifizierten Patienten an der Gesamtheit der AP an. Die *Sensitivität* gibt den Anteil der korrekt als FP klassifizierten Patienten an der Gesamtheit der FP an.

Tabelle 7. Zusammenfassung der binär logistischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der forensischen Gruppenzugehörigkeit

Variable	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>	Wald Statistik	<i>p</i>
Behandlungsschwierigkeiten während stationärer Voraufenthalte	1.42	0.65	4.15	[1.15, 14.92]	4.75	.03*
Regelmäßige neuroleptische Medikation zwei Monate vor UD/AB	-0.78	0.53	0.46	[0.16, 1.30]	2.16	.14
Ambulant-psychiatrische Behandlung zwei Monate vor UD/AB	-1.26	0.51	3.54	[1.30, 9.60]	6.19	.01*
Selbstberichtete gewalttätige Vordelinquenz	0.82	0.48	2.26	[0.87, 5.82]	2.84	.09
PsychKG wegen Fremdgefährdung	0.69	0.52	1.99	[0.71, 5.53]	1.73	.19
Körperlich gewalttätiges Verhalten während stationärer Voraufenthalte	1.19	0.50	3.30	[1.24, 8.79]	5.71	.02*

$R^2 = 0.31$ (Cox & Snell); 0.41 (Nagelkerke); 95% *CI* = Konfidenzintervall für Odds Ratio (*OR*); * = $p < .05$. *B* = Beta-Gewicht; *SE* = Standardmessfehler.

4. Diskussion

Den Hintergrund der vorliegenden Untersuchung bildete eine Besorgnis erregende Entwicklung: Eine Zunahme der absoluten Zahl von Einweisungen schizophrener Patienten in den Maßregelvollzug NRW und eine relative Zunahme des Anteils der gemäß § 63 StGB untergebrachten schizophrenen Patienten im Vergleich zu der Gesamtheit der gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten. Bei den untergebrachten schizophrenen Patienten führen überwiegend Gewaltdelikte zur Einweisung in den Maßregelvollzug; der Verhinderung dieser Gewaltdelikte kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Ein Vergleich von forensischen schizophrenen Patienten mit allgemeinspsychiatrischen schizophrenen Patienten kann Aufschluss darüber geben, ob sich bei den forensischen Patienten Risikomerkmale finden lassen, anhand derer sie schon in der Behandlungsvorgeschichte zuverlässig von allgemeinspsychiatrischen schizophrenen Patienten unterschieden werden können.

In der vorliegenden Studie wurde daher untersucht, ob sich männliche schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie hinsichtlich ihrer Behandlungs- und Delinquenzvorgeschichte sowie wesentlicher Risikomerkmale von schizophrenen Patienten der Allgemeinspsychiatrie unterscheiden. Die Patienten wurden in forensischen und allgemeinspsychiatrischen Kliniken Nordrhein-Westfalens rekrutiert. Es wurden zunächst Vergleiche für die Gesamtgruppe ($N = 144$) der schizophrenen Patienten berechnet und schließlich Auswertungen für die Subgruppe ($n = 106$) der vorbehandelten schizophrenen Patienten vorgenommen. Bei allen Gruppenvergleichen wurde der Einfluss von Alter, Bildungsstand und komorbider Suchtproblematik systematisch kontrolliert.

4.1 CHARAKTERISTIKA DER GESAMTGRUPPE

Die Patienten waren im Mittel 31 Jahre alt und hatten überwiegend (65%) einen mittleren Schulabschluss erreicht. Ein hoher Anteil der FP (68%) und – infolge des Matchings – ein entsprechend hoher Anteil der AP wies einen komorbiden Substanzkonsum auf. Im Hinblick auf die AP erscheint die hier vorliegende komorbide Suchtbelastung recht hoch, allerdings haben sich auch in anderen Untersuchungen für diese Gruppe Komorbiditätsraten von bis zu 70% gezeigt (Cantor-Grae et al., 2001; Mueser et al., 1990, Regier et al., 1990).

Die vorliegend festgestellte substanzbezogene Komorbiditätsrate der FP ist mit den Ergebnissen einer Querschnittsuntersuchung aus dem Jahr 2006 (Kutscher et al., 2009) in Einklang zu bringen; damals wiesen 73.9% der gemäß § 63 StGB untergebrachten schizophrenen Patienten in NRW einen komorbiden Substanzkonsum auf. Im Jahr 1984 lag lediglich bei 29.5% (Leygraf, 1988) und im Jahr 1994 bereits bei 56.8% (Seifert, 2007) der in NRW untergebrachten schizophrenen Patienten eine substanzbezogene Komorbidität vor. Kutscher et al. (2009) äußerten die Vermutung, dass die zunehmende Einweisung schizophrener Patienten wegen Gewaltdelikten zum Teil auf die zunehmende hohe substanzbezogene Komorbiditätsbelastung zurückgeführt werden könne, da eine Kombination aus medikamentöser Non-Compliance und Substanzkonsum das Risiko für eine Gewalttätigkeit erhöht (Swartz et al., 1998).

In der vorliegenden Untersuchung waren schizophrene Patienten mit einer komorbiden Suchtdiagnose häufiger wegen Gewaltdelikten vorbestraft, hatten im Laufe ihres Lebens mehr aggressive Verhaltensweisen gezeigt, wiesen ein höheres Maß an Impulsivität sowie häufiger die zusätzliche Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung auf, als Patienten ohne Doppeldiagnose. Diese Ergebnisse unterstreichen den beachtlichen Einfluss des komorbiden Substanzkonsums als wesentliches Risikomerkmals und verdeutlichen das Erfordernis, diese Einflussvariable systematisch zu erfassen. Jedoch zeigte sich zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der medikamentösen Compliance.

In der vorliegenden Stichprobe – und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Kutscher et al. (2009) und Krimmer (2010) – waren die forensischen Patienten überwiegend (90.4%) wegen Gewaltdelikten gemäß § 63 StGB untergebracht. In der vorliegenden Stichprobe wurden die vollendeten und versuchten Tötungsdelikte nach einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von sechs Jahren begangen. Ähnlich den Ergebnissen von Nielssen et al. (2011) sprechen die Ergebnisse eher gegen die Annahme, dass 75% der Gewaltdelikte einem jahrzehntelangen chronischen Krankheitsverlauf der Schizophrenie folgen (Häfner, 2001; Wesely & Taylor, 1991). Diesem Vergleich kommt insofern keine besondere Aussagekraft zu, als es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine kleine Fallzahl selektierter Patienten der forensischen Psychiatrie handelt.

Etwa jeder fünfte forensische Patient (18%) beging das Anlassdelikt in einer beschützten Wohnform, einem psychiatrischen Krankenhaus oder in Haft. Die Anlassdelikte richteten sich überraschend häufig (43%) gegen unbekannte Personen. Dieses Ergebnis widerspricht zu-

nächst dem mehrfach replizierten Befund, dass sich gewalttätige Übergriffe schizophrener Patienten vornehmlich gegen Familienmitglieder und Personen aus dem näheren Umfeld richten (z.B. Arseneault et al., 2002; Nordström & Kullgren, 2003; Chan, 2008). Das familiäre Umfeld war in der vorliegenden Untersuchung nur in 33% der Fälle Opfer des Anlassdeliktes geworden, Personen aus dem Behandlungs- und Betreuungsumfeld waren in nur 11% der Fälle betroffen. Die Auswertungen der Telefoninterviews und Arztbriefe, auf die weiter unten näher eingegangen wird, deuten jedoch darauf hin, dass sich im Vorfeld des Anlassdeliktes durchaus gewalttätige Übergriffe gegen Personen aus dem näheren Umfeld gerichtet hatten. Möglicherweise handelt es sich bei den vorliegenden Daten jedoch auch um ein statistisches Artefakt aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahl.

In Übereinstimmung mit der Literatur (Kutscher et al., 2009; Wallace et al., 2004) hatten Sexualdelikte bei den Unterbringungsdelikten eine untergeordnete Bedeutung. Lediglich 8.4% der schizophrenen Patienten waren wegen eines Sexualdeliktes (Vergewaltigung und sexueller Missbrauch) untergebracht worden. Möglicherweise sind durch die vorgenommene Hierarchisierung der Deliktschwere weitere Körperverletzungsdelikte unberücksichtigt geblieben, da Patienten mit einem Sexualdelikt in eben diese Kategorie eingeordnet wurden. Um eine Unterschätzung der Sexualdelikte zu vermeiden, wurden gewalttätige Sexualdelikte bei der Hierarchisierung der Unterbringungsdelikte besonders berücksichtigt.

Bei mehr als der Hälfte (56%) der forensischen Patienten hatten mehrere – durchschnittlich drei – Delikte zur Unterbringung geführt. Der Zeitraum, in dem die Anlassdelikte begangen wurden, erstreckte sich über 18 Wochen. Die Hälfte der Patienten, die mehrere Anlassdelikte begangen hatten, waren in diesem Zeitraum stationär- oder ambulant-psychiatrisch behandelt worden, sodass sich im Deliktzeitraum – zumindest theoretisch – ein psychiatrisches Präventionsfenster ergab.

Im Gesamtgruppenvergleich wiesen die FP (37.5%) signifikant häufiger eine ausländische Staatsangehörigkeit als die AP (13.9%) auf. Auch der hessische Maßregelvollzug berichtet von einem hohen Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund (Krimmer, 2010; Müller-Isberner et al., 2007). Den Ergebnissen verschiedener Studien zufolge stellt ein Migrationshintergrund einen bedeutenden Risikofaktor für eine Schizophrenie dar (Cantor-Graae & Selten, 2005; Tandon et al., 2008). Sowohl bei Migranten der ersten als auch der zweiten Generation waren die Inzidenzraten gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (Coid et al., 2008). Zwischen zwei Kulturen zu leben stellt neben weiteren sozioökonomischen Einfluss-

faktoren einen weiteren Stressor dar, der das Auftreten einer Schizophrenie begünstigen kann. In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass das Leben in fremdkulturellen Subkulturen mit einer geringeren Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems einhergeht (Erb et al., 2001; Kleinemeier et al., 2004). Diese geringere Inanspruchnahme ist oftmals mit einem fehlenden Krankheitsverständnis psychischer Störungen vonseiten der Familie assoziiert. Es ist kritisch anzumerken, dass die in unserer Untersuchung erhobene ausländische Staatsangehörigkeit nur ein schwacher Indikator für einen Migrationshintergrund ist. Zukünftige Untersuchungen sollten erfassen, ob ein Migrationshintergrund der ersten oder zweiten Generation vorliegt, ob der Patient in einer fremdkulturellen Subkultur innerhalb Deutschlands lebt und inwieweit der ethnische Hintergrund einen Einfluss auf die Inanspruchnahme allgemeinspsychiatrischer Versorgungsstrukturen ausübt.

4.2 CHARAKTERISTIKA DER BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE

Der Hypothese entsprechend war ein signifikant größerer Anteil der allgemeinspsychiatrischen Patienten (94.4%) in der Allgemeinpsychiatrie vorbehandelt worden. Die Gruppenvergleiche der weiterhin hinsichtlich Alter, Bildungsstand und komorbider Suchtproblematik parallelisierten 53 vorbehandelten FP und 53 vorbehandelten AP ergaben keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der stationären Voraufenthalte und der Erkrankungsdauer. Nimmt man diese Variablen als Maß für die Erkrankungsschwere, waren die Patienten beider Gruppen in Bezug hierauf vergleichbar.

Etwa jeder fünfte Patient beider Gruppen war zum Zeitpunkt der Deliktbegehung bzw. bei der allgemeinspsychiatrischen Aufnahme ohne festen Wohnsitz. Obgleich zwei Drittel der Patienten beider Gruppen unter gesetzlicher Betreuung standen, hatten die FP in den letzten zwei Monaten vor der Begehung ihres Unterbringungsdeliktes signifikant seltener Kontakt zu ihrem gesetzlichen Betreuer gehalten als die AP. Dieser Unterschied zeigte sich auch in Bezug auf die Einbettung in das ambulant-psychiatrische Versorgungsnetzwerk: Die FP waren bereits nach der Entlassung aus der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung signifikant seltener an einen ambulanten Psychiater angebunden als die Patienten der AP. Dies gilt auch für die Anbindung in den zwei Monaten vor Begehung des Unterbringungsdeliktes bzw. vor der Aufnahme in die aktuelle allgemeinspsychiatrische Behandlung. Es verwundert daher nicht, dass auch nur jeder fünfte forensische Patient – im Vergleich zu jedem zweiten Patienten der AP – seine neuroleptische Medikation in den zwei Monaten vor der Begehung des

Anlassdelikt regelmäßig eingenommen hatte. Schon Kutscher et al. (2009) hatten auf die geringe medikamentöse Compliance der forensischen Patienten vor Begehung ihres Anlassdeliktes hingewiesen.

Um eine regelmäßige Medikation sicherzustellen, wird oftmals eine Behandlung mit einem Depot-Neuroleptikum empfohlen. In der vorliegenden Untersuchung zeigten sich jedoch hinsichtlich der Applikationsart und des Typs des Neuroleptikums keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten beider Gruppen. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass lediglich die Medikation der regelmäßig medizierten Patienten beider Gruppen verglichen wurde. Zukünftige Untersuchungen sollten erfassen, ob zwischen der zuletzt verordneten Medikation und der Compliance ein Zusammenhang besteht. Darüber hinaus sollten nicht nur das Adhärenzverhalten, sondern zusätzlich die Adhärenzeinstellungen der schizophrenen Patienten berücksichtigt werden. Adhärenz bezeichnet hierbei das Einhalten des gemeinsam vereinbarten Gesamtbehandlungsplans, einschließlich der medikamentösen Einnahme. Aus den Angaben der Patienten ergaben sich in der vorliegenden Untersuchung Hinweise darauf, dass die Medikation wegen erheblicher Nebenwirkungen, negativen Vorerfahrungen mit der Medikation, ausbleibender Wirkung/Besserung der Symptomatik und wegen eines komorbiden Drogenkonsums nicht eingenommen worden war. Einige Patienten berichteten eine eher passive Non-Adhärenz dergestalt, dass sie die Medikamenteneinnahme vergessen hatten.

Hinsichtlich der berichteten Nebenwirkungen erscheint relevant, dass etwa ein Viertel der schizophrenen Patienten ihrem Arzt das Auftreten von Nebenwirkungen, die sie zu einem Absetzen der Medikation veranlassen, nicht mitteilen (Lambert et al., 2004). Zudem wird vonseiten des behandelnden Arztes die Häufigkeit bestimmter Nebenwirkungen oftmals unterschätzt (Roose, 2003). Ob ein schizophrener Patient an seinem medikamentösen Behandlungsplan festhält, ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Fleischhacker et al. (2011) unterscheiden *patientenbezogene Faktoren* (Einstellungen und Bedenken des Patienten gegenüber Erkrankung und Medikation, Vergesslichkeit, junges Alter), *krankheitsbedingte Faktoren* (geringe Krankheitseinsicht, kognitive Einschränkungen), *arztbezogene Faktoren* (mangelhafte Arzt-Patient-Beziehung, mangelhafte ärztliche Kommunikation, mangelhafte partizipative Entscheidungsfindung, unzureichende Adhärenz des behandelnden Arztes im Sinne eines Nichtbefolgens etablierter Behandlungsrichtlinien, unzureichende Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung), *therapiebezogene Faktoren* (unzureichende Aufklärung des Patienten, fehlende Behandlungskontinuität, zu komplexes Dosisregime im Sinne einer Polypharmazie, Nebenwirkungen der Medikation, mangelnde Attraktivität der Behandlung)

sowie *Umgebungsvariablen* (Einstellungen des Umfelds), die allesamt Ursachen für Adhärenz-Probleme darstellen können.

In der vorliegenden Untersuchung wies die Behandlungsvorgeschichte der FP im Vergleich zu den AP spezifische Risikomerkmale auf. Ein größerer Anteil der FP war in der Vorgeschichte wegen Fremdaggressivität per PsychKG oder Betreuungsbeschluss behandelt worden. Die Analyse der Behandlungsunterlagen aller stationären Voraufenthalte ergab signifikant mehr Behandlungsschwierigkeiten bei den FP als bei den AP. 77% der FP hatten sich während stationärer Vorbehandlungen gegenüber anderen Personen gewalttätig verhalten, ihr Anteil lag signifikant über dem Prozentsatz von 38% in der allgemeinspsychiatrischen Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis fand sich auch in den Angaben der Behandler und Betreuer wieder. In den Telefoninterviews berichteten die Behandler/Betreuer der FP signifikant häufiger von Behandlungsschwierigkeiten und gewalttätigen Übergriffen als die Behandler/Betreuer der AP. Etwa die Hälfte der gewalttätigen Übergriffe richtete sich bei den FP gegen Personen aus dem familiären/privaten Umfeld. Bei den AP trafen die gewalttätigen Verhaltensweisen etwa in der Hälfte der Fälle eine Person aus dem institutionellen Umfeld. Dieses Ergebnis kontrastiert bei den FP mit der Täter-Opfer-Beziehung des Anlassdeliktes. Dort waren Personen aus dem näheren Umkreis überraschend selten Opfer des Deliktes geworden. Dieser Unterschied lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Familienmitglieder und andere Personen aus dem privaten Umfeld der Patienten häufiger davon abgesehen haben, Anzeige zu erstatten, insbesondere bei leichteren Gewaltdelikten ohne schwerwiegende Folgen. Ein Nichtanzeigen derartiger Übergriffe birgt das Risiko einer Gefährlichkeitspotenzierung. Von besonderem Interesse wäre eine nähere Analyse der Interaktionsprozesse, die vor dem gewalttätigen Übergriff zwischen dem Patienten und den Opfern stattgefunden haben. In einer kanadischen Studie untersuchte Chan (2008) 61 familiäre Betreuungspersonen von 51 Patienten mit einer schizophrenen Störung. In einem Zeitraum von 12 Monaten hatten 26% der familiären Betreuungspersonen einen schweren und 31% einen leichteren körperlichen Übergriff vonseiten des mit ihnen zusammen wohnenden schizophrenen Verwandten erfahren. Signifikante Prädiktoren für gewalttätige Übergriffe und psychologische Aggressionen waren neben der Intensität von Threat-Control Override Symptomen auch das Ausmaß kritischer Kommentare der familiären Betreuer gegenüber dem erkrankten Familienangehörigen.

Etwa zwei Drittel der Patienten beider Gruppen gaben im Rahmen der persönlichen Untersuchung an, vorbestraft zu sein. Die AP berichteten von im Mittel drei Vorstrafen, die FP hatten

laut Selbstbericht im Mittel doppelt so viele Vorstrafen begangen. Ein signifikant größerer Anteil der FP (64%) berichtete von einer gewalttätigen Vordelinquenz (AP = 38%). Bezüglich der AP ergab ein Vergleich mit den BZR-Auszügen, dass einige Patienten keine Eintragungen aufwiesen, obgleich sie laut ihrem Selbstbericht vorbestraft waren. Die Patienten beider Gruppen berichteten von einem signifikant früheren Beginn ihrer Erstdelinquenz als laut BZR registriert. Es überrascht nicht, dass die offiziell registrierte Vordelinquenz der AP vom Selbstbericht abwich, wohingegen der Selbstbericht der FP weitestgehend den BZR-Eintragungen entsprach. Eintragungen über Verurteilungen werden üblicherweise nach Ablauf einer bestimmten Frist gemäß §§ 45 ff. BZRG getilgt. Diese Tilgungsfristen gelten u.a. nicht bei der Anordnung einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder bei Mehrfacheintragungen; bei letzteren kommt eine Tilgung erst in Betracht, wenn sämtliche Eintragungen tilgungsreif sind (§ 47 Abs. 3 BZRG). Da die FP mehr Vorstrafen als die AP aufwiesen, häufiger wegen Gewaltdelikten vorbestraft und zudem gemäß § 63 StGB untergebracht worden waren, dürfte es bei dieser Gruppe seltener zu Tilgungen der BZR-Eintragungen gekommen sein als bei den AP. Hinsichtlich der gewalttätigen Vordelinquenz fand sich in beiden Gruppen die Auffälligkeit, dass bei einigen Patienten keine Vorverurteilung wegen eines Gewaltdelictes im BZR eingetragen war, obgleich sie ein solches Delikt im Selbstbericht angegeben hatten. Diese Auffälligkeit könnte entweder auf eine Tilgung der Eintragungen oder aber auf ein Missverständnis bei der Befragung zurückzuführen sein: Möglicherweise haben die Patienten Vordelictes angegeben, die nicht zu einer Verurteilung geführt haben. Daher liefern die Angaben der Patienten wichtige Informationen über nicht aktenkundige Vordelictes, die jedoch nicht mit den Eintragungen im BZR übereinstimmen.

In der Delinquenzvorgeschichte der FP zeigte sich, dass jeder sechste Patient vor Begehung des Anlassdelictes in anderen Verfahren wegen Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) freigesprochen worden war. Den BZR-Auszügen ließ sich entnehmen, dass in den meisten Fällen in der Vorgeschichte ein Sachverständigengutachten zur Frage der Schuldfähigkeit gemäß §§ 20, 21 StGB eingeholt worden war, auf dessen Grundlage spätere Verfahren ohne eine erneute psychiatrische Begutachtung direkt eingestellt wurden. Auch ein solches Vorgehen birgt das Risiko, eine Gefährlichkeitspotenzierung zu übersehen (Habermeyer et al., 2010).

In der Gruppe der AP lag die selbstberichtete Gewaltdelinquenz mit 37.7% und die Gewaltelinquenz laut BZR mit 24.5% über den von Fazel et al. (2009c) anhand von Registereintragungen ermittelten Basisraten für die Gesamtgruppe schizophrener Patienten (13.2%). Die Basisraten der Patienten mit einer substanzbezogenen Komorbidität (24.5%) weichen jedoch

kaum von der Gewaltdelinquenz der vorliegenden Stichprobe ab. Bezüglich der AP lässt sich festhalten, dass es bei einer alleinigen Auswertung der BZR-Auszüge zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Vordelinquenz käme. Eine forensische Anamnese, die aggressive Verhaltensweisen und registrierte Vordelikte erfasst, ist für die allgemeinpsychiatrische Behandlung dringend zu empfehlen. In der vorliegenden Untersuchung waren die Patienten durchaus gewillt, über ihre Vorstrafenbelastung zu berichten. Das wird im Übrigen auch dadurch deutlich, dass etwa die Hälfte der allgemeinpsychiatrischen Patienten (44.6%) berichtet hatte, sich vor der aktuellen Behandlung gegenüber einer anderen Personen körperlich gewalttätig verhalten bzw. sie mit einer Waffe oder verbal bedroht zu haben. Auch hier entstammten die betroffenen Personen überwiegend dem familiären Umfeld. Somit ist die Forderung von Sanders et al. (2000) zu unterstreichen, in der stationär-psychiatrischen Behandlung nicht nur regelmäßig die Suizidalität, sondern auch gewalttätige Gedanken und Verhaltensweisen zu erfassen. Diese waren in der dortigen Untersuchung lediglich bei 13% der Neuaufnahmen exploriert worden.

Der Gruppenvergleich hinsichtlich weiterer wesentlicher Risikomerkmale ergab, dass ein Drittel der vorbehandelten Patienten beider Gruppen im SKID II-Interview die Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllte. Bei Moran & Hodgins (2004) bzw. Hodgins et al. (2006) hatten sich in einer internationalen Untersuchung nur bei 13 – 15% der allgemeinpsychiatrischen und 22 – 26% der forensischen schizophrenen Patienten eine komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung mittels SKID-II Interview feststellen lassen. In NRW war laut Angaben der Behandler lediglich bei 17.2% der untergebrachten forensischen schizophrenen Patienten irgendeine komorbide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden (Kutscher et al., 2009). Eine standardisierte Erfassung komorbider Persönlichkeitsstörungen erfolgte in dieser Querschnittsuntersuchung jedoch nicht. Was die allgemeinpsychiatrischen Patienten betrifft, so ist der hohe Komorbiditätsanteil möglicherweise auf das Matching bzgl. des Substanzkonsums zurückzuführen, da diese Doppeldiagnose das zusätzliche Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeit wahrscheinlicher macht. Die Ergebnisse des SKID-Interviews fanden sich jedoch nicht in den Arztbriefen und Gutachten wieder. Bei den AP war bei keinem der Patienten eine komorbide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Auch in den Gutachten der FP war lediglich bei 9.7% eine komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung festgehalten worden. Die Gründe für diese Diskrepanz sind unklar. Sicherlich ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse des SKID-Interviews nicht mit einer klinischen Diagnose gleichzusetzen sind. Möglicherweise war aber zum Zeitpunkt der Begutachtung der FP die Symptomatik so stark

ausgeprägt, dass eine systematische Erfassung komorbider Störungen bzw. deren sichere Feststellung nicht erfolgen konnte. In der Allgemeinpsychiatrie wurde vermutlich keine forensische Anamnese erhoben, da diese noch nicht zur gängigen Eingangsdiagnostik zählt. Möglicherweise wurde in einigen Fällen auch auf die Diagnosestellung verzichtet, um den Patienten nicht weiter zu stigmatisieren oder um die ambulante Anbindung nicht zu erschweren.

Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Etwa die Hälfte der Patienten beider Gruppen waren mit einer traumatischen Erfahrung konfrontiert worden. Bei schizophrenen Erkrankungen sind die Prävalenzraten von körperlichem und seelischem Missbrauch in der Kindheit gegenüber der Allgemeinbevölkerung nicht erhöht (Vauth & Nyberg, 2007). In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich jedoch infolge der hohen komorbiden Suchtbelastung um eine spezielle Subgruppe schizophrener Patienten, die möglicherweise häufiger traumatische Kindheitserfahrungen aufweist als schizophrene Patienten ohne eine komorbide Suchtbelastung.

Hinsichtlich des Gesamtsummenwertes auf der Life History of Aggression erzielten die AP höhere Werte als die FP, obgleich dieser Unterschied eine Signifikanz verfehlte. Die Mittelwerte beider Gruppen lagen unter dem Mittelwert einer Untersuchung von Weiss et al. (2006; $M = 23.51$, $SD = 10.21$), in der jedoch lediglich chronisch kranke schizophrene Patienten in psychiatrischen Einrichtungen für Langzeitbehandlungen rekrutiert worden waren. Eine nähere Analyse auf Itemebene ergab signifikant mehr selbstberichtete Wutanfälle und Sachbeschädigungen in der Gruppe der AP. Hinsichtlich der BIS erzielten die AP Werte, die mit anderen Untersuchungen an schizophrenen Patienten in Einklang zu bringen sind (Kaladjian et al., 2010). Die Werte der FP ($M = 63.5$; $SD = 9.1$) waren mit forensisch untergebrachten schizophrenen Patienten, die Gewaltdelikte begangen hatten, vergleichbar ($M = 65.1$; $SD = 8.9$; Stanford et al., 2009). Die signifikant höheren Werte der AP auf der Impulsivitätsskala (BIS-11) sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass diese Patientengruppe zum Zeitpunkt der Untersuchung eine deutlich kürzere aktuelle Behandlung durchlaufen hatte als die FP. Es ist anzunehmen, dass eine stärker ausgeprägte Impulsivität mit einer höheren Symptombelastung bei den AP assoziiert sein könnte. Diese Hypothese sollte in zukünftigen Untersuchungen untersucht werden.

4.3 *VORHERSAGE DER FORENSISCHEN GRUPPENZUGEHÖRIGKEIT*

In der vorliegenden Untersuchung wurde überprüft, ob unter Einschluss der ermittelten Risikomerkmale die forensische Gruppenzugehörigkeit vorhergesagt werden kann. Behandlungsschwierigkeiten und gewalttätige Übergriffe während stationärer Voraufenthalte sowie eine ambulant-psychiatrische Behandlung in den zwei Monaten vor Begehung des Anlassdeliktes bzw. vor Aufnahme in die allgemeinpsychiatrische Behandlung trugen signifikant zur Vorhersage der forensischen Gruppenzugehörigkeit bei. Das Vorhersagemodell erzielte eine Spezifität von 76.9% und eine Sensitivität von 75.9%.

Jedoch weist König (2010) darauf hin, dass eine direkte Übertragung der Ergebnisse auf den Einzelfall aufgrund der generell geringen Basisrate von Delikten durch schizophrene Patienten nicht möglich ist. Geht man davon aus, dass die Basisrate eines schizophrenen Patienten, ein Gewaltdelikt zu begehen, mit einer Wahrscheinlichkeit von 13.2% zu beziffern ist (Fazel et al., 2009c), läge der positive Vorhersagewert des Modells lediglich bei 32.1%. Folglich würden schizophrene Patienten, die alle Risikovariablen aufweisen, mit einer Wahrscheinlichkeit von 67.9% fehlklassifiziert werden. Eine zuverlässige Identifizierung des individuellen Risikos gelingt daher auf Basis des ermittelten Modells nicht.

Auch Untersuchungen zur Risikovorhersage ist es bisher nicht zuverlässig gelungen, die potenzielle Gefährlichkeit eines schizophrenen Patienten vorherzusagen, ohne dabei eine Reihe von falsch-positiven Fehlklassifikationen vorzunehmen (Large et al., 2011). Die nachdrücklichen Forderungen „the human and financial costs of waiting to intervene until they commit a serious, violent offence are too high to tolerate“ (Hodgins & Müller-Isberner, 2004, p. 248) und “stop debating and start preventing” (Hodgins, 2001) sind vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklung der forensischen Psychiatrie nachvollziehbar. Ließe man den schizophrenen Patienten jedoch, wie von Hodgins et al. (2009) gefordert, eine intensivere Behandlung zukommen, ohne Risikopatienten zuverlässig identifizieren zu können, würden knappe ökonomische und personelle Ressourcen fehlgeleitet. Zudem bestünde neben der Problematik von Fehlklassifikationen und Stigmatisierung der Gesamtgruppe schizophrener Patienten die Gefahr, dass auch die Sicht des Therapeuten auf den Patienten negativ beeinflusst werden könnte (Large et al., 2011). Szmukler (2003) weist darauf hin, dass eine Risikoeinschätzung aller schizophrenen Patienten diskriminierend sei. Sicherlich besteht das Risiko, dass eine Aufmerksamkeitsfokussierung des Therapeuten auf Gefährlichkeitsaspekte des

Patienten zu einer Überschätzung der tatsächlichen Gefährlichkeit führen und die therapeutische Beziehung und somit die Compliance ungünstig beeinflussen könnte.

Trotz dieser ethischen und therapeutischen Bedenken wäre es fatal, auf eine umfassende forensische Anamnese zu verzichten, die auch gewalttätige Verhaltensweisen während stationärer Voraufenthalte beinhaltet. Zudem sollte insbesondere auf die Einbindung des Patienten in das ambulante Versorgungsnetzwerk geachtet und diese Integration möglichst sichergestellt werden. Aus den Interviews mit den ambulanten Psychiatern ergaben sich Hinweise darauf, dass einige allgemeinspsychiatrische Patienten trotz diskontinuierlicher Erkrankungsverläufe und einer gewalttätigen Vordelinquenz eine gute und kontinuierliche Beziehung zu ihrem Behandler hatten. Die therapeutische Anbindung war auch in Zeiten von Non-Compliance bestehen geblieben.

4.4 IMPLIKATIONEN FÜR BEHANDLUNG UND PRAXIS

Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung von Feindseligkeit und persistierender, offen gezeigter Aggression finden sich laut Volavka & Citrome (2011) Hinweise auf eine Überlegenheit von Clozapin. Jedoch ist die Befundlage zur Pharmakotherapie gewalttätigen Verhaltens recht heterogen, was laut Ansicht der Autoren zum Teil auf die heterogene Ätiologie aggressiven Verhaltens bei Schizophrenien zurückzuführen ist. Gewalttaten schizophrener Menschen können in direktem Zusammenhang mit der akuten psychotischen Symptomatik stehen. In diesen Fällen erscheint eine Behandlung mit Clozapin Erfolg versprechend. Basieren aggressive Verhaltensweisen jedoch auf komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörungen, werden sie durch akute Stressoren ausgelöst oder stehen sie in Zusammenhang mit einem komorbidem Substanzkonsum, sind ergänzende oder andere Therapiemaßnahmen zu ergreifen. Eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung von Joyal et al. (2011) weist erneut darauf hin, dass Patienten, die sich gewalttätig verhalten, in verschiedene Subgruppen einteilen lassen, bei denen unterschiedliche Risikofaktoren Gewalt begünstigen. Es erscheint somit erforderlich, distinkte Behandlungsangebote und Interventionsstrategien zu entwickeln, die bei den jeweiligen Subgruppen zum Einsatz kommen sollten.

Zu diskutieren bleibt die Frage, wie sich eine längerfristige medizinische Behandlung eines nicht behandlungseinsichtigen, aber behandlungsbedürftigen und sich im Rahmen seiner schizophrenen Störung wiederholt gewalttätig verhaltenden Patienten herstellen lässt. Der Bun-

desgerichtshof hat dazu eindeutig Stellung bezogen: Ein Patient darf ambulant nicht zwangsweise gegen seinen Willen zu einer Dauermedikation vorgeführt werden, wenn nicht zusätzlich die Notwendigkeit einer freiheitsentziehenden Unterbringung besteht (BGH, Beschluss vom 11.10.2000 – XII ZB 69/ 00). Ein korrigierender Eingriff ist nicht zu erwarten, da sich der Gesetzgeber im Rahmen des 2. BtÄndG gegen die vom Bundesrat vorgeschlagene ambulante Zwangsbehandlung (§ 1906a BGB-E) ausgesprochen hat (Bundestagsdrucksache 15/2494).

Die Forderung einiger forensischer Psychiater, bereits allgemeinspsychiatrische Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine spätere forensische Unterbringung mit langjährigen bis lebenslangen Weisungen und Auflagen zu versehen, erscheint somit fern der juristischen Praxis. Dies zeigt auch der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09), in welchem hohe Anforderungen an die Zulässigkeit von medizinischen Zwangsbehandlungen mit Neuroleptika im Maßregelvollzug formuliert werden. Wenn nach dieser Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts eine medikamentöse Zwangsbehandlung eines wegen eines versuchten Tötungsdeliktes gemäß § 63 StGB untergebrachten schizophrenen Patienten einen schweren Eingriff in die Grundrechte darstellt, wird deutlich, wie eingeschränkt die Möglichkeiten in der ambulant-psychiatrischen Versorgung sind.

Es sind daher andere Möglichkeiten in Erwägung zu ziehen, um eine Einbindung in das allgemeinspsychiatrische Versorgungssystem sicherzustellen. An erster Stelle sollten sicherlich Methoden zur Erhöhung der Therapiemotivation und der Therapieadhärenz (Fleischhacker et al., 2011; Vauth & Stieglitz, 2010) stehen. Neben therapeutischen Interventionen zum Compliance-Aufbau und psychoedukativen Programmen erscheinen kognitiv-behaviourale Interventionen vielversprechend, die auf eine Änderung der chronischen Wahnsymptomatik bzw. einen besseren Umgang mit der Symptomatik (Lincoln, 2006; Vauth & Stieglitz, 2007) und auf eine Reduktion aggressiver Verhaltensweisen (Haddock et al., 2009) abzielen. In der vorliegenden Stichprobe hatten mehrere Patienten berichtet, sich im Vorfeld der Deliktbegehung bzw. der aktuellen Behandlung um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bemüht zu haben. Jedoch hatte sich nur ein Patient in Psychotherapie befunden.

Ambulante Behandler und Betreuer sollten in problematischen Einzelfällen auch die Möglichkeiten längerfristiger ambulanter und stationärer Interventionen ausschöpfen. Dies wird jedoch durch unklare gesetzliche Regelungen erschwert (Marschner, 2011). Eine kaum genutzte Möglichkeit der längerfristigen Sicherstellung einer ambulanten medikamentösen Be-

handlung und Befundkontrolle bietet die Aussetzung einer freiheitsentziehenden Unterbringung (§ 328 FamFG; § 29 PsychKG NRW). Liegen die Voraussetzungen des PsychKG vor, kann die Vollziehung der freiheitsentziehenden Maßnahme für einen Zeitraum von sechs Monaten bis zu einem Jahr ausgesetzt und mit Auflagen, welche z. B. die Sicherstellung der Nachbehandlung betreffen, verbunden werden. Positive Erfahrungen mit der Aussetzung des PsychKG (§ 328 FamFG) bei schizophrenen Patienten mit wiederholt gewalttätigen Verhaltensweisen erscheinen vielversprechend (Böcker, 2009; Müller-Kautz & Dorgeloh, 2009). Ein enger Austausch und eine gute Kooperation zwischen Unterbringungsrichtern, Gesundheitsamtsamt/sozialpsychiatrischem Dienst, Allgemeinpsychiatrie und forensischer Psychiatrie – etwa in Form gemeinsamer Fallkonferenzen (Dönisch-Seidel et al., 2007; Garlipp et al., 2003; Heinze et al., 2006) – sollte bei Patienten mit einem krankheitsbedingt erhöhten Gewalttätigkeitsrisiko etabliert werden, um eine Forensifizierung zu verhindern.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass den gesetzlichen Betreuern eine besondere Rolle bei der Betreuung der schizophrenen Patienten zukommt. Ein Großteil der späteren FP hatte sich vor Begehung des Anlassdeliktes nicht mehr im ambulanten Versorgungssystem befunden, jedoch – häufig notgedrungen, z.B. zur Geldeinteilung – den Kontakt zu seinem gesetzlichen Betreuer gehalten. In den Telefoninterviews wurde deutlich, dass die gesetzlichen Betreuer oftmals von nicht aktenkundigen gewalttätigen Übergriffen auf Dritte, z.B. Familienmitglieder, Kenntnis erhalten hatten. Da kein Austausch mit einer Klinik oder einem ambulanten Psychiater erfolgte, verblieb das Wissen beim Betreuer und konnte so in einigen Fällen vermutlich nicht genutzt werden, um durch eine kurzfristige PsychKG-Unterbringung oder eine längerfristige betreuungsrechtliche Unterbringung gemäß § 1906 BGB kriminalpräventiv zu intervenieren. Die Angaben der Betreuer verdeutlichten jedoch auch, dass sie sich häufig mit der Betreuung des Klienten überfordert sahen, da sich keine Kooperation mit einem psychiatrischen Facharzt, psychiatrischen Fachkrankenhaus oder Betreuungsrichter etablieren ließ. Darüber hinaus wurde geschildert, dass Versuche längerfristiger betreuungsrechtlicher Unterbringungen an freien Plätzen in den Landeskliniken scheiterten. Es erscheint sicherlich erforderlich, gesetzliche Betreuer darauf hinzuweisen, dass sie durch die konsequente Überprüfung von Ambulanzterminen und der dort verabreichten Medikation, durch enge Kooperationen mit der Allgemeinpsychiatrie und dem sozialpsychiatrischen Dienst und durch die Anregung längerfristiger stationärer Behandlungen nicht selten aktive kriminalpräventive Arbeit leisten.

Den Schilderungen der Betreuer ließ sich entnehmen, dass einige ihren Klienten gegenüber sehr offen, interessiert und wenig wertend eingestellt waren. Andere äußerten sich über das Verhalten des Klienten verärgert und vermuteten, dass der Patient überhaupt nicht krank sei, sondern sich einfach etwas „zusammenreißen“ müsse. Besorgnis erregend erschienen die Äußerungen einiger Betreuer der FP, dass man das Gewaltdelikt habe kommen sehen, den Klienten als sehr bedrohlich empfunden und ihn deshalb nicht mehr aufgesucht habe. Auch hatten einige Betreuer im Vorfeld der Deliktbegehung die Betreuung niedergelegt. Jedoch lässt sich eine einseitige Zuweisung der Verantwortung vonseiten der allgemeinpsychiatrischen oder forensischen Behandler zu Lasten der gesetzlichen Betreuer nicht rechtfertigen. Es ist vielmehr zu bedenken, dass es sich bei den Berufsbetreuern nicht um fachkundige Experten des Störungsbildes handelt, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihres Klienten einschätzen könnten. Hierfür bedarf es der engen Kooperation mit einem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Kollegen. Fortbildungsangebote über psychische Störungen finden vielerorts regelmäßig statt, die Teilnahme an solchen Veranstaltungen ist für die gesetzlichen Betreuer jedoch bisher freiwillig. Es ist anzudenken, die Teilnahme verbindlicher zu gestalten, um ein Grundwissen über diese schwerwiegende psychische Störung zu gewährleisten.

Nicht nur der Unterschied in der Qualität der Betreuung war eminent, auch die Varianz hinsichtlich der Güte der allgemeinpsychiatrischen Behandlung wies ein breites Spektrum auf. Trotz der insgesamt besseren Einbindung der AP in das psychiatrische Versorgungsnetzwerk fand sich am unteren Ende des Behandlungsspektrums zum Beispiel ein hoch psychotischer Patient, der andere Personen mit einer gefährlichen Waffe bedroht hatte. Der unverändert kranke Patient wurde nach nur zwei Tagen ohne Anbindung an einen ambulanten Behandler oder Betreuer auf eigenen Wunsch von der geschützt-geschlossenen Station in die Obdachlosigkeit entlassen. Am oberen Ende des Behandlungsspektrums fand sich bei einem Patienten mit einer komorbiden Polytoxikomanie und Gewaltdelikten in der Vorgeschichte eine gute Anbindung an die Institutsambulanz und ein enger Austausch mit dem gesetzlichen Betreuer. Einige ambulante Psychiater der AP betonten, dass es ihrem Selbstverständnis entspreche, trotz Drogenmissbrauchs und medikamentöser Non-Compliance des Patienten als konstante Vertrauens- und Ansprechperson bestehen zu bleiben. Es ergaben sich Hinweise auf regionale Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins und der Qualität des ambulanten Versorgungsnetzwerks. Während das ambulante Versorgungsangebot in einigen Regionen kaum entwickelt war, fanden sich in größeren Städten auch Einrichtungen für obdachlose, psychisch kranke und drogenabhängige Menschen. Dort waren einige Patienten der AP eingebunden,

die einen chronischen Krankheitsverlauf mit einer gewalttätigen Delinquenzvorgeschichte aufwiesen.

Die aktuellen Ergebnisse der Essener Prognosestudie von Seifert (2010) zeigen, dass schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie im Vergleich zu anderen entlassenen Maßregelpatienten die geringste Deliktrückfallquote aufweisen. Demnach kann durch eine längerfristige Behandlung, wie sie im Maßregelvollzug erfolgt, die Gefährlichkeit schizophrener Patienten therapeutisch beeinflusst werden. Die spezialisierten forensischen Nachsorgeambulanzen sollten ihr Wissen mit der Allgemeinpsychiatrie teilen (Seifert et al., 2005).

4.5 *METHODENKRITISCHE ANMERKUNGEN*

Positiv hervorzuheben ist, dass eine Stichprobengröße von 144 männlichen schizophrenen Patienten erreicht wurde, die in mehreren allgemeinpsychiatrischen und forensischen Kliniken Nordrhein-Westfalens rekrutiert werden konnte. Die Patienten der FP und AP wurden hinsichtlich wesentlicher Einflussfaktoren parallelisiert. Insbesondere das Matching bezüglich des komorbiden Substanzkonsums ist als methodische Stärke der Untersuchung hervorzuheben. Da es sich aufgrund der freiwilligen Studienteilnahme um eine selbst selektierende Stichprobe handelt, ist die Repräsentativität jedoch eingeschränkt. Es bedarf einer größer angelegten Untersuchung, um die Gültigkeit der Ergebnisse für das gesamte Bundesland zu überprüfen. Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche und die Vorhersage der forensischen Gruppenzugehörigkeit ermöglichen aufgrund des retrospektiv angelegten Designs keine zuverlässigen Aussagen über die tatsächliche prädiktive Validität der gefundenen Risikomerkmale. Um zu überprüfen, ob mithilfe der gefundenen Risikomerkmale zukünftige Gewaltdelinquenz vorhergesagt werden kann, ist eine prospektiv angelegte Untersuchung erforderlich. Diese sollte nach Möglichkeit multizentrisch angelegt sein und eine repräsentative Stichprobe schizophrener Patienten Nordrhein-Westfalens einschließen.

Die Patienten beider Gruppen wiesen überwiegend die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0) auf. Diese Ergebnisse sind mit den Daten der Vollerhebung forensisch untergebrachter schizophrener Patienten in NRW (Kutscher et al., 2009) in Einklang zu bringen. Jedoch ist kritisch anzumerken, dass ähnlich der Untersuchung von Müller-Isberner & Hodgins (2004) auch Patienten mit anderen Subtypen der Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen ($n = 15$), schizotypen Störungen ($n = 1$) und akut polymorph psychotischen Stö-

rungen ($n = 4$) eingeschlossen (ICD-10: F20 – F25) wurden (siehe *Anhang 4*). Diese heterogenen Diagnosen unterscheiden sich möglicherweise hinsichtlich des Erkrankungsbeginns, Erkrankungsverlaufs und des Ansprechens auf eine medikamentöse Behandlung, sodass die hier vorgenommene Bildung einer Gesamtgruppe der *schizophrenen Patienten* sicherlich als zu ungenau zu bewerten ist. Die Abgrenzung akut polymorph psychotischer Störungen von schizophrenen Störungen ist jedoch häufig schwierig und kann erst im weiteren Erkrankungsverlauf eindeutig geklärt werden. Bei der diagnostischen Einordnung schizotyper Störungen wird gem. ICD-10 Klassifikation die Verwandtschaft zu den schizophrenen Psychosen betont. Die Symptome imponieren wie mild ausgeprägte Symptome einer Schizophrenie. Bei den schizoaffectiven Störungen beobachtet man neben den affektiven Symptomen typische Symptome einer Schizophrenie. Trotz der Schwierigkeiten bei der diagnostischen Einordnung erschien daher die Zusammenfassung der einzelnen Störungsbilder zu einer übergeordneten Gesamtgruppe schizophrener Störungen vertretbar. Patienten mit affektiven Störungen wurden hingegen, auch wenn sie psychotische Symptome aufwiesen, nicht eingeschlossen. Insofern stellt dieses Vorgehen eine deutliche Verbesserung gegenüber anderen Untersuchungen dar, die einen Zusammenschluss von Patienten mit einer „Severe Mental Illness“ bzw. mit „Major Mental Disorders“ vorgenommen haben, worunter auch uni- und bipolare affektive Störungen subsumiert wurden (u.a. Hodgins et al., 2007a; Hodgins et al., 2011; Lincoln et al., 2006). Zukünftige Studien sollten untersuchen, inwieweit Unterschiede zwischen Patienten mit unterschiedlichen Subtypen der Schizophrenie sowie anderen Diagnosen innerhalb des Diagnosebereichs F20 bis F25 (gemäß ICD-10-Klassifikation) bestehen.

Hinsichtlich der Erkrankungsdauer fanden sich in der allgemeinspsychiatrischen Gruppe Patienten, die kürzer als ein Jahr bzw. länger als ein Jahrzehnt an einer schizophrenen Erkrankung litten. Diese Häufigkeitsverteilung scheint für die Patienten der Allgemeinspsychiatrie durchaus repräsentativ zu sein. Aufgrund der zeitnahen Rekrutierung gelang es, allgemeinspsychiatrische Patienten mit einer sehr kurzen Behandlungsdauer (drei Tage) in die Studie einzuschließen. Patienten mit einer kürzeren Behandlungsdauer ließen sich jedoch aus organisatorischen Gründen nicht rekrutieren. Möglicherweise ist die Repräsentativität der allgemeinspsychiatrischen Patienten hierdurch eingeschränkt. Hinsichtlich der aktuellen Behandlungsdauer in der Allgemeinspsychiatrie lagen die AP mit 44 Tagen über der durchschnittlichen Verweildauer schizophrener Patienten in NRW (Statistisches Bundesamt, 2011). Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die AP infolge des Matchings eine hohe komorbide Substanzmittelproblematik aufwiesen und bereits allgemeinspsychiatrisch vorbehandelt waren. Insofern

sind die mittleren Verweildauern der AP nicht unmittelbar mit denen des statistischen Bundesamtes vergleichbar.

Eine weitere Stärke der Untersuchung liegt in der standardisierten Erfassung und Validierung der klinischen Diagnosen, einer eindeutigen Definition gewalttätigen Verhaltens sowie der Auswertung einer Vielzahl von Kollateralinformationen, um die Behandlungs- und Delinquenzvorgeschichte eines jeden Patienten möglichst vollständig abbilden zu können. Sämtliche Interviews und Auswertungen wurden jedoch nur von einer Untersucherin durchgeführt, sodass keine Inter-Rater-Reliabilitätskoeffizienten berechnet werden konnten und die Ergebnisse möglicherweise einem systematischen Bias unterliegen. In zukünftigen Untersuchungen sollten daher blinde Ratings von unterschiedlichen Fachleuten erfolgen.

Die allgemeinspsychiatrischen Patienten wiesen eine hohe Vorstrafenbelastung mit einem hohen Anteil an gewalttätiger Vordelinquenz auf, die am ehesten auf das Matching hinsichtlich des Substanzkonsums zurückzuführen ist. Darüber hinaus wurden die Patienten während einer stationär-psychiatrischen Behandlung rekrutiert. Es handelte sich somit nicht um eine unselektierte Gruppe, sondern um stationär vorbehandelte schizophrene Patienten mit einer hohen komorbiden Suchtbelastung. Daher ist die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt und kann nicht auf die Gesamtgruppe der schizophrenen Patienten übertragen werden.

Die forensischen und allgemeinspsychiatrischen Patienten wurden jeweils als homogene Gruppe behandelt. Das Forschungsdesign war nicht dazu angelegt, innerhalb der Gesamtgruppe der untersuchten schizophrenen Patienten weitere Subgruppen zu bilden. Im Hinblick auf die Ätiologie gewalttätigen Verhaltens unterscheiden Volavka & Citrome (2008) gewalttätige Verhaltensweisen, die auf eine akute psychotische Symptomatik zurückzuführen sind, solche, die als impulsive Gewalt beschrieben werden können und solche, die aus einer komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörung resultieren. Hodgins (2008) unterscheidet bei gewalttätigen Tätern mit der Diagnose einer Schizophrenie zwischen drei verschiedenen Typologien: Die erste Gruppe zeige schon in der Kindheit oder Jugendzeit ein Muster antisozialer Verhaltensweisen, welches bereits vor Beginn der schizophrenen Störung bestehe und im Laufe des Lebens recht stabil bleibe. Die zweite – und größte – Gruppe der schizophrenen Straftäter habe vor Erkrankungsbeginn keine aggressiven Verhaltensweisen gezeigt, verhalte sich mit Beginn der Erkrankung jedoch wiederholt gewalttätig gegenüber anderen Personen. Bei der dritten Gruppe verlaufe der Krankheitsverlauf chronisch, und die Patienten seien über

Jahrzehnte hinweg nicht gewalttätig, bis sie dann plötzlich ein schweres Gewaltdelikt beginnen, bei dem sie häufig eine Betreuungsperson töten würden.

Auch die spezifische Situation, in der das gewalttätige Verhalten auftritt, ist von Bedeutung. So zeigte sich in einer kürzlich veröffentlichten Untersuchung aus Finnland (Virtanen et al., 2011) ein 1.72-fach erhöhtes Risiko für gewalttätige Übergriffe gegen das Personal, wenn die psychiatrische Station mehr als 10% überbelegt war.

In der vorliegenden Untersuchung konnte nicht erfasst werden, ob rückblickend ein Zusammenhang zwischen einer Überbelegung und den Anlassdelikten, die während stationärer Behandlungen begangen wurden, bestand. Hierfür erscheint ein retrospektives Studiendesign ohnehin ungeeignet zu sein. Für eine Erstellung von Typologien und eine Erfassung situativer Risikofaktoren ist eine prospektiv angelegte Längsschnittuntersuchung an einer großen Zahl von schizophrenen Patienten erforderlich. Im Rahmen eines solchen Designs ließe sich auch berücksichtigen, in welcher Phase der Erkrankung das gewalttätige Verhalten auftritt (Hodgins & Riaz, 2011), und mit welchen spezifischen Symptomen dieses assoziiert ist. Das Vorliegen einer Schuldunfähigkeit gemäß § 20 StGB bei 85% der FP spricht für eine deutliche Schwere der Symptomatik zum Tatzeitpunkt. Auf eine retrospektive Erfassung der Symptomatik bei der Deliktbegehung wurde verzichtet, da diese unsystematisch von einer Reihe von Variablen beeinflusst wäre, so zum Beispiel der Güte der Gutachten und Arztbriefe.

5. Zusammenfassung

In Nordrhein-Westfalen ist die Zahl männlicher schizophrener Patienten, die infolge gewalttätiger Delikte gemäß § 63 des Strafgesetzbuchs untergebracht werden, in den letzten Jahren dramatisch gestiegen. Da etwa zwei Drittel der forensischen Patienten in der Allgemeinpsychiatrie vorbehandelt wurden, sind einige Forscher der Meinung, dass es sich bei den forensischen Patienten um eine besonders komplex gestörte Patientengruppe mit einer Reihe von Risikomerkmalen handelt, die in der Allgemeinpsychiatrie unzureichend vorbehandelt wurde. Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Arbeit darauf ab, allgemeinpsychiatrische und forensische schizophrene Patienten hinsichtlich ihrer Behandlungsvorgeschichte und bestimmter Risikomekmale zu vergleichen. Es wurden jeweils 72 männliche schizophrene Patienten der Allgemeinpsychiatrie und forensischen Psychiatrie anhand eines standardisierten Interviews zu ihrer psychiatrischen Vorbehandlung und zu ihrer Delinquenzvorgeschichte befragt. Die Behandlungsvorgeschichte wurde anhand von Arztbriefen und Angaben ambulanter Vorbehandler rekonstruiert. Die selbstberichtete Vorstrafenbelastung wurde mit Bundeszentralregister-Auszügen verglichen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass sich die forensischen Patienten von den allgemeinpsychiatrischen Patienten durch eine geringere Einbindung in das psychiatrische Versorgungsnetzwerk, eine geringe medikamentöse Compliance, mehr Zwangsbehandlungen wegen Fremdaggressivität, mehr Behandlungsschwierigkeiten und mehr gewalttätige Verhaltensweisen während stationärer Vorbehandlungen unterscheiden. Die forensischen Patienten wiesen mehr Vorstrafen auf und waren häufiger wegen eines Gewaltdelikt vorbestraft. Hinsichtlich weiterer wesentlicher Risikomekmale (komorbide Sucht, Alter, Bildung, Störungen des Sozialverhaltens, antisoziale Persönlichkeitsstörung, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen) waren die beiden Gruppen jedoch vergleichbar.

Für schizophrene Patienten mit einer komorbiden Suchtdiagnose, gewalttätigen Vordelikten und gewalttätigen Verhaltensweisen während stationärer Voraufenthalte sollte vor der Entlassung aus der Allgemeinpsychiatrie eine Anbindung an das ambulante Versorgungsnetzwerk vorbereitet werden und eine besonders intensive Nachbetreuung erfolgen.

6. Literatur

1. American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
2. Arango, C., Bombin, I., Gonzalez-Salvador, T., Garcia-Cabeza, I., Bobes, J. (2006): Randomised clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. *Eur Psychiatry* 21, 34-40.
3. Arseneault, L., Moffit, T. E., Caspi, A., Taylor, A. (2002): The targets of violence committed by young offenders with alcohol dependence, marijuana dependence and schizophrenia-spectrum disorders: findings from a birth cohort. *Crim Behav Ment Health* 12, 155-168.
4. Berg, S., Haselbeck, H., Handschuh, D., Timm, J. (2010): Bremen risk assessment scale for general psychiatry. Vorhersage fremdaggressiven Verhaltens psychisch Kranker bei Entlassung von allgemeinspsychiatrischen Stationen. *Nervenarzt*, doi: 10.1007/s00115-010-3067-8.
5. Bjørkly, S. (2002b): Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and violent behavior* 7(6), 617-631.
6. Bjørkly, S. (2002a): Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior* 7(6), 605-615.
7. Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U.H., Simonsen, E. (2011): Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review* 31, 711-726.
8. Böcker, F.M. (2009): Aussetzung des Vollzugs der Unterbringung (§ 70 k FGG) als Instrument des Risikomanagements: Ein Fallbeispiel. *R & P* 27, 75-85.
9. Böker, W., Häfner, H. (1973): Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer-Verlag.

10. Brennan, P.A., Mednick, S.A., Hodgins, S. (2000): Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 57, 494-500.
11. Cannon, M., Huttunen, M., Tanskanen, A. (2002): Perinatal and childhood risk factors for later criminality and violence in schizophrenia: longitudinal, population-based study. *Br J Psychiatry* 180, 496-501.
12. Cantor-Graae, E., Nordstrom, L.G., McNeil, T.F. (2001): Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Research* 48, 69-82.
13. Cantor-Graae, E., Selten, J. P. (2005): Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 162, 12-24.
14. Chan, B. W.-Y. (2008): Violence against caregivers by relatives with schizophrenia. *Int J For Ment Health* 7(1), 65-81.
15. Coccaro, E.F., Berman, M.E., Kavoussi, R.J. (1997): Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics. *Psychiatry Research* 73, 147-157.
16. Coid, J.W., Kirkbride, J.B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., Jones, P.B. (2008): Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups. *Arch Gen Psychiatry* 65, 1250-1259.
17. Dönisch-Seidel, U. (2011): 3. Merheimer Psychiatricsymposium, Forensik und Allgemeinpsychiatrie – Übergänge und Abgrenzungen am 28.05.2011.
18. Dönisch-Seidel, U., Treeck, B. van, Geelen, A., Siebert, M., Rahn, E., Scherbaum, N., Kutscher, S. (2007): Zur Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. *R & P* 25, 184-187.
19. Elbogen, E.B., Johnson, S.C. (2009): The intricate link between violence and mental disorder. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 66(2), 152-161.
20. Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., Jöckel, D. (2001): Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 11, 6-26.

21. Fazel, S., Grann, M., Carlström, E., Lichtenstein, P., Långström, N. (2009): Risk factors for violent crime in schizophrenia: A national cohort study of 13,806 patients. *J Clin Psychiatry* 70(3), 362-369.
22. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., Grann, M. (2009): Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 6(8), e1000120.
23. Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., Lichtenstein, P. (2009): Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *JAMA* 301, 2016-2023.
24. Fleischhacker, W.W., Allen, C., Erfurth, A., Hofer, A., Lehofer, M., Marksteiner, J., Musalek, M., Psota, G., Rothenhäusler, H., Schöny, W., Stuppäck, C., Wancata, J. (2011): Therapieadhärenz bei Schizophrenie-Patienten. *Psychiatr Psychother* 7(3), 98-109.
25. Gaebel, W., Wölwer, W. (2010): Schizophrenie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 50. Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.).
26. Garlipp, P., Ziegenbein, M., Haltenhof, H. (2003): Zwischen Forensifizierung und Neglect? Zum psychiatrischen und juristischen Umgang mit gewalttätigen schizophrenen Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenheilkunde* 10, 514-516.
27. Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004): Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. *Nervenarzt* 75, 642-650.
28. Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F., Noordsy, D.L. (2007): Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry* 164(3), 402-408.
29. Habermeyer, E., Wolff, R., Gillner, M., Strohm, R., Kutscher, S. (2010): Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug. Ergeben sich Konsequenzen für die Allgemeinpsychiatrie? *Nervenarzt* 81, 1117-1124.
30. Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., Dunn, G., Novaco, R.W., Tarrier, N. (2009): Cognitive behavioural therapy vs social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psych* 194, 152-157.
31. Häfner, H. (2001): Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 2. Ed. München: Beck.

32. Haller, R., Kemmler, G., Kocsis, E., Maetzler, W., Prunlechner, R., Hinterhuber, H. (2001): Schizophrenie und Gewalttätigkeit – Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Nervenarzt* 72, 859-866.
33. Heinz, W. (2010): „Weil er gefährlich ist“ — die Handhabung der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung im Spiegel der Strafrechtspflegestatistiken. *Neue Kriminalpolitik* 22, 131-143.
34. Heinze, M., Schwerdtfeger, F., Kruckenberg, P. (2006): Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. *Psychiat Prax* 33, 155-156.
35. Hodgins, S. (2001): The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry* 24, 427-446.
36. Hodgins, S. (2006): Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken. Neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. *Neuropsychiatrie* 20(1), 7-14.
37. Hodgins, S. (2008): Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Phil Trans R Soc* 363, 2505-2518.
38. Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., Mak, T. (2007a): Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *Br J Psychiatry* 191, 343-350.
39. Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C., Dazzan, P., Fearon, P., Morgan, K., Lappin, J., Zanelli, J., Reichenberg, A., Jones, P. (2011): Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 5, 15-23.
40. Hodgins, S., Cree, A., Khalid, F., Patel, K., Sainz-Fuentes, R., Shortt, M., Mak, T., Riaz, M. (2009): Do community mental health teams caring for severely mentally ill patients adjust treatments and services based on patients' antisocial or criminal behaviours? *Eur Psychiatry* 24, 373-379.
41. Hodgins, S., Hiscoke, U.L., Freese, R. (2003): The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 21, 523-546.

42. Hodgins, S., Müller-Isberner, R. (2004): Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry* 185, 245-250.
43. Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Allaire, J.-F. (2006): Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe: a multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services. *Int J For Ment Health* 5(2), 173-184.
44. Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Freese, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., Eaves, D., Hart, S., Webster, C., Levander, S., Tuninger, E., Ross, D., Vartiainen, H., Kronstrand, R. (2007b): A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *Int J For Ment Health* 6, 63-75.
45. Hodgins, S., Riaz, M. (2011): Violence and phases of illness: Differential risk and predictors. *European Psychiatry* doi:10.1016/j.eurpsy.2010.09.006.
46. Iancu, I., Bodner, E., Roitman, S., Sapier, A.P., Poreh, A., Kotler, M. (2010): Impulsivity, aggression and suicide risk, among male schizophrenia patients. *Psychopathology* 43, 223-229.
47. Joyal, C. J., Côté, G., Meloche, J., Hodgins, S. (2011): Severe mental illness and aggressive behaviour: On the importance of considering subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health* 10, 107-117.
48. Kaladjian, A., Jeanningros, R., Azorin, J.M., Anton, J.L., Mazzola-Pomietto, P. (2011): Impulsivity and neural correlates of response inhibition in schizophrenia. *Psychological Medicine* 41, 291-299.
49. Kirkbride, J. B., Croudace, T., Brewin, J., Donoghue, K., Mason, P., Glazebrook, C., Medley, I., Harrison, G., Cooper, J. E., Doody, G. A., Jones, P. B. (2009): Is the incidence of psychotic disorder in decline? Epidemiological evidence from two decades of research. *Int J Epidemiol* 38, 1255-1264.
50. Kleinemeier, E., Yagdiran, O., Censi, B., Haasen, C. (2004): Inanspruchnahme einer Spezialambulanz. *Psychoneuro* 30, 628-632.
51. König, A. (2010): Der Nutzen standardisierter Risikoprognoseinstrumente für Einzelfallentscheidungen in der forensischen Praxis. *R & P* 28, 67-73.

52. Krimmer, S. (2010): Psychiatrische Vorbehandlung und Delinquenzentwicklung des Anlassdeliktes von gemäß § 63 StGB untergebrachten schizophren erkrankten Patienten in Hessen. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Duisburg-Essen.
53. Kutscher, S., Schiffer, B., Seifert, D. (2009): Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77, 91-96.
54. Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S., Golks, D., Naber, D. (2004): Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry* 19, 415-422.
55. Large, M.M., Ryan, C.J., Singh, S.P., Paton, M.B., Nielssen, O.B. (2011): The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 19(1), 25-33.
56. Leygraf, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges. Berlin (usw.): Springer.
57. Lincoln, T. (2006): Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.
58. Lincoln, T., Hodgins, S., Jöckel, D., Freese, R., Born, P., Eucker, S., Schmidt, P., Gretenkord, L., Müller-Isberner, R. (2006): Forensische Patienten und Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Bilden Prognoseinstrumente unterschiedliche Gewalttäterrisiken ab? *Nervenarzt* 77, 576-586.
59. Marschner, R. (2011): Aktuelles zur Zwangsbehandlung – in welchen Grenzen ist sie noch möglich? *R & P* 29, 160-167.
60. Moran, P., Hodgins, S. (2004): The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull* 30(4), 791-802.
61. Müller-Isberner, R., Jöckel, D., Neumeyer-Bubel, W., Imbeck, J. (2007): Entwicklungen im psychiatrischen Maßregelvollzug Hessens. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 1, 43-49.

62. Müller-Kautz, B., Dorgeloh, E. (2009): Ambulante Behandlung unter PsychKG in der Allgemeinpsychiatrie zur Verhinderung forensischer oder allgemeinpsychiatrischer Zwangsunterbringungen. DGPPN-Kongress 2009.
63. Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Kee, K., Morrison, R.L., Yadam, K.G. (1990): Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull* 16, 31-56.
64. Mullen, P.E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., Ruschena, D. (2000): Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 355, 614-617.
65. Nielsen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labelle, A., Häkkänen-Nyholm, H., Koenraadt, F., Large, M.M. (2011): Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophr Bull* 37(3), 572-579.
66. Nielsen, O., Large, M. (2010): Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 36(4), 702-712.
67. Nordström, A., Kullgren, G. (2003): Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38, 326-330.
68. Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (1995): Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J of Clin Psychol* 51(6), 768-774.
69. Preuss, U.W., Rujecu, D., Giegling, I. (2008): Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Version der Barratt-Impulsivness-Skala. *Nervenarzt* 79, 305-319.
70. Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005): Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330, 123-126.
71. Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J., Moring, J. (1998): Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 24(3), 437-441.

72. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264, 2511-2518.
73. Robbins, P., Monahan, J., Silver, E. (2003): Mental disorder, violence, and gender. *Law & Human Behavior* 27, 561-571.
74. Roose, S.P. (2003): Compliance: the impact of adverse events and tolerability on the physician's treatment decisions. *Eur Neuropsychopharmacol* 13(3), 85-92.
75. Saha, S., Welham, J., Chant, D., McGrath, J. (2006): Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41, 338-340.
76. Sanders, J., Milne, S., Brown, P., Bell, A.J. (2000): Assessment of aggression in psychiatric admissions: semistructured interview and case note survey. *BMJ* 320, 1112.
77. Schanda, H. (2001): Die Versorgung psychisch Kranker zur Jahrtausendwende – ein Weg in die Zwei-Klassen-Psychiatrie? *Fortschr Neurol Psychiat* 69, 195-202.
78. Schanda, H. (2006): Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. Studiendesigns, methodische Probleme, Ergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiat* 74, 85-100.
79. Schiffer, B., Müller, B.W., Scherbaum, N., Forsting, M., Wiltfang, J., Leygraf, N., Gizewski, E.R. (2010): Impulsivity-related brain volume deficits in schizophrenia-addiction comorbidity. *Brain* 133, 3093-3103.
80. Seifert, D. (2007): Gefährlichkeitsprognosen: Eine empirische Untersuchung über Patienten des Psychiatrischen Maßregelvollzugs. Darmstadt: Steinkopff.
81. Seifert, D. (2010): Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 4, 60-69.
82. Seifert, D., Jahn, K., Bolten, S. (2001): Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. *Fortschr Neurol Psychiat* 69, 245-255.

83. Seifert, D., Schiffer, B., Bode, G., Schmidt-Quernheim, F. (2005): Forensische Nachsorge – unverzichtbar, wenn es um die Entlassung eines psychischen kranken Rechtsbrechers geht. *NStZ* 2005, 125-128.
84. Seliger, M., Kröber, H.L. (2008): Wurden schizophrene Maßregelpatienten zuvor in der Allgemeinpsychiatrie unzureichend behandelt? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 2, 120-127.
85. Soini, E.J.O., Rissanen, T., Tiihonen, J., Hodgins, S., Eronen, M., Ryyänen, O.-P. (2009): Predicting forensic admission among the mentally ill in a multinational setting: A Bayesian modelling approach. *Data & Knowledge Engineering* 68, 1427-1440.
86. Soyka, M., Albus, M., Immler, B., Kathmann, N., Hippus, H. (2002): Psychopathology in dual-diagnosis and nonaddicted schizophrenics: are there differences? *Eur J Health Econom* 3, 114-120.
87. Soyka, M., Morhart-Klute, V., Schoech, H. (2004): Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254, 289-294.
88. Sozialministerium Baden-Württemberg (2006): Statistik des Sozialministeriums Baden-Württemberg zum Maßregelvollzug. Stuttgart.
89. Stanford, M.S., Mathias, C.W., Dougherty, D.M., Lake, S.L., Anderson, N.E., Patton, J.H. (2009): Fifty years of Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Individ Dif* 47, 385-395.
90. Statistisches Bundesamt (2010 – 2011): Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Abgerufen am 06.12.2011 unter www.gbe-bund.de.
91. Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T., Roth, L.H., Silver, E. (1998): Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry* 55, 393-401.

92. Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Lieberman, J.A. (2006): A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 63, 490-499.
93. Swanson, J.W., Van Dorn, R.A., Swartz, M.S., Smith, A., Elbogen, E.B., Monahan, J. (2008): Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav* 32(3), 228-240.
94. Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R., Burns, B.J. (1998): Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and non-adherence to medication. *Am J Psych* 155(2), 226-231.
95. Szmukler, G. (2003): Risk assessment: 'numbers' and 'values'. *Psychiatric Bulletin* 27, 205-207.
96. Tandon, R., Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A. (2008): Schizophrenia, „Just the facts” 2: Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 102, 1-18.
97. Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., Långström, N., Kullgren, G. (2004): Schizophrenia and criminal offending. The role of psychopathy and substance use disorders. *Crim Justice Behav* 31(4), 367-391.
98. Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koironen, M., Moring, J. (1997): Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 154, 840-845.
99. Van Dorn, R.A., Volavka, J., Johnson, N. (2011): Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* doi: 10.1007/s00127-011-0356-x.
100. Vauth, R., Nyberg, E. (2007): Unbehandelte posttraumatische Belastungsstörung bei schizophrenen Störungen – eine Hypothek auf die Zukunft? *Fortschr Neurol Psychiat* 75, 463-472.
101. Vauth, R., Stieglitz, R.D. (2007): Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
102. Vauth, R., Stieglitz, R.D. (2010): Compliance-Aufbau im Fokus der Schizophreniebehandlung. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 58, 119-125.

103. Virtanen, M., Vahtera, J., Batty, G. D., Tuisku, K., Pentti, J., Oksanen, T., Salo, P., Ahola, K., Kivimäki, M. (2011): Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 198, 149-155.
104. Volavka, J. (2002): *Neurobiology of Violence*. 2. Ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
105. Volavka, J., Citrome, L. (2008): Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract* 62, 1237-1245.
106. Volavka, J., Citrome, L. (2011): Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull* doi: 10.1093/schbul/sbr041.
107. Volavka, J., Swanson, J. (2010): Violent behaviour in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA* 304(5), 563-564.
108. Wallace, C., Mullen, P. E., Burgess, P. (2004): Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 161, 716-727.
109. Walsh, E., Buchanan, A., Fahy, T. (2002): Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *Br J Psychiatry* 180, 490-495.
110. Webster, C.D., Eaves, E., Douglas, K., Wintrup, A. (1995): *The HCR-20 scheme*. British Columbia: Simon Fraser University.
111. Webster, C.D., Harris, G.L., Rice, M. E., Cormier, Quinsey, V.L. (1994): *The violence prediction scheme*. Toronto: University of Toronto.
112. Weiss, E.M., Marksteiner, J., Hinterhuber, H., Nolan, K.A. (2006): Geschlechtsunterschiede bezüglich aggressivem und gewalttätigem Verhalten bei schizophrenen und schizoaffektiven Patienten. *Neuropsychiatrie* 20(3), 186-191.
113. Weithmann, G., Traub, H.J. (2008): Die psychiatrische Vorgeschichte schizophrener Maßregelpatienten – Rahmenbedingungen der Deliktprävention in der Allgemeinpsychiatrie. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 2, 112-119.
114. Wessely, S., Taylor, P. (1991): Madness and crime: criminology or psychiatry? *Criminal Behaviour & Mental Health* 1, 193-228.

115. Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15, 357-388.
116. Wittchen, H.-U., Zudig, M., Fydrich, T. (1997): *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
117. Zinkler, M. (2009): Allgemeine und forensische Psychiatrie – Wer kümmert sich um junge Menschen mit psychotischen Störungen? *Psychiat Praxis* 36, 103-105.

7. Anhang

Anhang 1. Erhebungsbogen für forensische Patienten

A. Basisdaten	
Code-Nr.*:	
1. Geburtsjahr:	
2. Datum der Erhebung:	
Alter bei Erhebung:	
Alter bei Deliktbegehung:	
Alter bei Unterbringung:	
3. Klinik:	
1 = Forensik	2 = Allgemeinpsychiatrie
4. Geburtsland:	
1 = Deutschland	
2 = anderes Land:	_____
5. Staatsangehörigkeit:	
1 = deutsch	
2 = andere:	_____
6. Datum der Unterbringung gem. § 63 StGB	TT/MM/JJ
	__ / __ / __

B. Soziodemographische Daten	
7. a. Familienstand (bei Begehung des Unterbringungsdeliktes):	
1 = ledig	
2 = verheiratet	
3 = geschieden, getrennt lebend	
4 = verwitwet	
5 = sonstiger (bitte angeben: _____)	

b. Partnerschaft zum Zeitpunkt des Unterbringungsdeliktes ?

1 = ja

2 = nein

8. Wohnsituation (bei Begehung des Unterbringungsdeliktes):

1 = lebte allein

2 = lebte mit Partner / eigener Familie

3 = lebte mit Eltern bzw. mit einem Elternteil

4 = lebte mit anderen Verwandten

5 = lebte in einer Wohngemeinschaft mit Nichtverwandten

6 = beschützte Lebensform (Heim, Wohneinrichtung,..)

7 = ohne festen Wohnsitz

8 = befand sich in psychiatrischem Krankenhaus

9 = sonstige (bitte angeben: _____)

9. Höchster erreichter Schulabschluss: (bei Begehung des Unterbringungsdeliktes)

1 = kein Abschluss

2 = Sonderschule

3 = Hauptschule

4 = Realschule

5 = Fachabitur/Abitur

6 = Fachhochschul-/Universitätsabschluss

9 = unbekannt

10. Berufsausbildung:

1 = keine

2 = angelernt

3 = Lehre/Handelsschule

4 = Meister

5 = Fachhochschule/Berufsakademie

6 = Hochschule

7 = andere:

9 = unbekannt

11. Art der Beschäftigung zum Zeitpunkt des Unterbringungsdeliktes:

- 1 = Arbeitsverhältnis/selbstständig in Vollzeitbeschäftigung
- 2 = Arbeitsverhältnis/selbstständig in Teilzeitbeschäftigung
- 3 = Arbeitsverhältnis/selbstständig, jedoch krankgeschrieben
- 4 = beschützte Arbeitsstelle, Rehabilitation
- 5 = arbeitslos
- 6 = Rente
- 7 = noch nie gearbeitet
- 9 = unbekannt

12. Dauer der Beschäftigungslosigkeit vor dem Unterbringungsdelikt in Monaten

13. Einkommensverhältnisse und Unterstützungsquellen (bei Begehung des Unterbringungsdeliktes)

- 1 = Pat. verdient selbst
- 2 = andere eigene Einkünfte (Vermögensertrag, Stipendium)
- 3 = Ehepartner, Lebensgefährte
- 4 = Eltern
- 5 = andere Familienangehörige, Freunde
- 6 = Rente
- 7 = Krankengeld
- 8 = Arbeitslosengeld
- 9 = Sozialhilfe / Hartz IV

C. Ergänzende soziale/Familien-/Eigenanamnese

14. Eltern getrennt?

1 = ja

2 = nein

zwischen Geburt und 5. Lebensjahr

zwischen 6. und 10. Lebensjahr

zwischen 11. und 15. Lebensjahr

15. Leben Ihre Eltern noch?

1 = ja

2 = nein

Todesjahr des Vaters:

Todesjahr der Mutter:

16. Schulbildung des Vaters
- 1 = kein Schulbesuch
 - 2 = Sonderschule
 - 3 = Grundschule
 - 4 = Hauptschule
 - 5 = Gymnasium
 - 6 = Realschule
 - 9 = unbekannt
17. Schulbildung der Mutter
- 1 = kein Schulbesuch
 - 2 = Sonderschule
 - 3 = Grundschule
 - 4 = Hauptschule
 - 5 = Gymnasium
 - 6 = Realschule
 - 9 = unbekannt
18. Haben Sie Geschwister?
- 1 = ja (Anzahl: _____) 2 = nein
19. Psychiatrische Erkrankungen in der Familie
- 1 = ja
 - 2 = nein
20. Falls psychiatrische Erkrankungen: Welches Familienmitglied (Eltern, Geschwister)? Welche Problematik? (Psychiatrische Diagnosen, Suchtproblematik,..)
21. Ist jemand aus Ihrer Familie schon einmal straffällig geworden / mit dem Gesetz in Konflikt geraten?
- 1 = ja
 - 2 = nein
22. Falls ja: Was für Straftaten? (Was ist Ihnen bekannt?)
23. Liegen bei Ihnen ernste körperliche Erkrankungen vor (chronische Erkrankungen, cerebrale Erkrankungen, Epilepsie, Schlaganfall, Hirntumor...)?
- 1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

24. Falls ja: Was ist das für eine Erkrankung?

D. Psychiatrische Vorgeschichte

25. Gab es in Ihrer Kindheit oder Jugend Kontakte mit Institutionen wie Jugendamt, Erziehungsberatung, schulpsychologischer Dienst, Heim, sonstige _____? (bitte unterstreichen)

1 = ja

2 = nein

Falls ja:

Wie alt waren Sie da?

Wegen welchen Problems?

26. Haben Sie sich als Kind oder Jugendlicher schon einmal in einer stationären oder ambulanz-psychiatrischen oder psychologischen Behandlung befunden?

1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

Falls ja:

Wie alt waren Sie da?

Wegen welchen Problems?

27. Haben Sie in Ihrer Kindheit/Jugend Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen erlebt?

1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

Falls ja: Opfer von Gewalt/Missbrauch welcher Art?

1 = Missbrauch

2 = körperliche Gewalt

3 = Vernachlässigung

4 = Missbrauch und Gewalt

36. Wann und aus welcher Klinik erfolgte die letzte Entlassung aus stationär-psychiatrischer Behandlung? _____

37. Dauer der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung (in Tagen)

38. Welche neuroleptische Medikation haben Sie bei der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung erhalten?

1 = keine NL

2 = NL oral

3 = NL Depot

4 = NL oral und Depot

9 = unbekannt

Bezeichnung des Medikaments:

39. Mit welcher neuroleptischen Medikation sind Sie unmittelbar vor dem Unterbringungsdelikt (bis 8 Wochen vorher) behandelt worden? (Name des Medikaments, Verabreichungsform, Dosierung, Dosierungsintervall, Behandlungsbeginn)

1 = keine NL

2 = NL oral

3 = NL Depot

4 = NL oral und Depot

9 = unbekannt

Bezeichnung des Medikaments:

40. Haben Sie die Medikamente regelmäßig eingenommen (in den 8 Wochen vor Begehung des Unterbringungsdeliktes)?

1 = ja

2 = unregelmäßige NL-Einnahme

3 = keine NL-Einnahme

41. Wurde die Medikation am Tag des Unterbringungsdeliktes eingenommen?

1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

42. Wenn nicht zutreffend, wann wurde die neuroleptische Medikation letztmalig eingenommen?

1 = (____) Tage vor dem aktuellem Unterbringungsdelikt

2 = (____) Wochen vor dem aktuellem Unterbringungsdelikt

3 = (____) Monate vor dem aktuellem Unterbringungsdelikt

4 = genaues Datum, wenn bekannt (_____)

9 = unbekannt

43. Was waren die Gründe für eine unregelmäßige Einnahme?

1 = erhebliche Nebenwirkungen

2 = schlechte Vorerfahrungen

3 = nicht daran gedacht

4 = nicht krank gefühlt

5 = sonstige Gründe:

44. Welche Personen/Institutionen haben im Anschluss an die letzte stationär-psychiatrische Behandlung an Ihrer Behandlung mitgewirkt?

Hausarzt Institutsambulanz sozialpsychiatrischer Dienst

Pflegedienst gesetzlicher Betreuer Psychiater

Psychotherapeut andere _____

(bitte entsprechendes ankreuzen)

45. Welche Personen/Institutionen haben zuletzt (8 Wochen vor Begehung des Unterbringungsdelikt) an Ihrer Behandlung mitgewirkt?

Hausarzt Institutsambulanz sozialpsychiatrischer Dienst

Pflegedienst gesetzlicher Betreuer Psychiater

Psychotherapeut andere _____

(bitte entsprechendes ankreuzen)

46. Bestand **vor** dem aktuellen Unterbringungsdelikt eine gesetzliche Betreuung?

1 = ja

2 = nein

E. Unterbringungsdelikt

47. Wann erfolgte das aktuelle Unterbringungsdelikt? (Datum) TT/MM/JJ

___/___/___

48. Gab es vor dem aktuellen Unterbringungsdelikt Drohungen des Patienten gegenüber dem Opfer bzw. einer anderen Person?
- 1 = ja
 - 2 = nein
 - 9 = unbekannt
49. Wenn zutreffend, wem gegenüber? (Stichworte*)
50. Wenn zutreffend, in welcher Form?
- 1 = Schusswaffe
 - 2 = Messer
 - 3 = körperliche Gewalt
 - 4 = verbale Äußerungen
 - 5 = Sachbeschädigungen
 - 9 = unbekannt
51. Beziehung zwischen Täter und Opfer?
- 1 = Partnerschaft
 - 2 = vermeintliche/potentielle Sexualpartner
 - 3 = ehemalige Partner
 - 4 = Elternteil/Eltern
 - 5 = Geschwister
 - 6 = sonstige Verwandtschaft
 - 7 = Freunde/Bekannte
 - 8 = Mitpatient
 - 9 = Mitbewohner in Betreuungseinrichtung/WG
 - 10 = behandelnder Arzt/Psychologe/Pflegepersonal/Vollzugsbeamter
 - 11 = keine Beziehung
 - 12 = keine Person geschädigt
52. Psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Unterbringungsdeliktes?
- 1 = Schizophrenie
 - paranoid hebephren kataton
 - undifferenziert Residuum Schiz. simplex
 - 2 = schizotype Störung

3 = wahnhafte Störung

4 = schizoaffektive Störung

5 = sonstige psychotische Störung: _____

53. Bestand zum Zeitpunkt des Unterbringungsdeliktes eine Alkoholproblematik?

0 = nein

1 = Alkoholmissbrauch

2 = Alkoholabhängigkeit

54. Bestand zum Zeitpunkt des Unterbringungsdeliktes eine Drogenproblematik?

0 = nein

1 = ja: Substanz(en) _____

55. Besteht eine Persönlichkeitsstörung?

0 = nein

1 = paranoide PS

2 = schizoide PS

3 = dissoziale PS

4 = emotional-instabile PS

5 = zwanghafte PS

6 = ängstlich-vermeidende PS

7 = abhängige PS

8 = kombinierte PS

9 = sonstige / n.n. bekannte PS

F. Strafrechtliche Vorgeschichte

56. Ist der Patient vorbestraft? (ohne Unterbringungsdelikt)

1 = ja

2 = nein

57. Wenn zutreffend, Zahl der Vorstrafen gem. Bundeszentralregisterauszug bzw. Urteil? (ohne Unterbringungsdelikt)

58. Wenn zutreffend, Alter bei der ersten Eintragung in das Bundeszentralregister?

59. Wenn zutreffend, Alter bei der ersten Verurteilung zu einer Geld- oder Haftstrafe?

60. Schwerwiegendste Vordelikte?
- 1 = Tötungsdelikt, einschließlich Versuche
 - 2 = Körperverletzung
 - 3 = Sexueller Missbrauch
 - 4 = Vergewaltigung/sexuelle Nötigung
 - 5 = sonst. Straftat gegen die sex. Mitbestimmung
 - 6 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt
 - 7 = Eigentumsdelikt mit Gewalt
 - 8 = Brandstiftung
 - 9 = sonstige Delikte
61. Anzahl bisheriger Inhaftierungen (ohne evtl. § 126a StPO- bzw. aktuelle Unterbringung)?
62. Dauer evtl. bisheriger Inhaftierungen in Monaten (ohne evtl. § 126a StPO- bzw. aktuelle Unterbringung)?

G. Aufnahmedaten

63. Wann erfolgte die aktuelle Unterbringung gem. § 63 StGB (Monat/Jahr)?
64. Befand sich der Patient **vor** der aktuellen Unterbringung gem. § 63 StGB in einer Unterbringung nach § 126a StPO?
- 1 = ja
 - 2 = nein
65. Wenn zutreffend, wie lange dauerte diese Unterbringung gem. § 126a StPO **in Wochen**?
66. Aktueller Lockerungsstatus?
- 1 = keine Lockerungen
 - 2 = Ausgang mit Personal
 - 3 = Ausgang ohne Personal
 - 4 = Urlaub
 - 5 = Dauerurlaub

H. Strafverfahrensbezogene Daten

67. Aktuelles Unterbringungsdelikt laut Urteil?
- 1 = Tötungsdelikt, vollendet

2 = Tötungsdelikt, Versuch

3 = Körperverletzung

4 = Sexueller Missbrauch

5 = Vergewaltigung/sexuelle Nötigung

6 = sonst. Straftat gegen die sex. Mitbestimmung

7 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt

8 = Eigentumsdelikt mit Gewalt

9 = Brandstiftung

10 = sonstige Delikte: _____

kurze Beschreibung des Unterbringungsdeliktes:

68. Ausgang des zur aktuellen Unterbringung führenden Strafverfahrens laut Urteil:

1 = Schuldunfähigkeit gem. § 20 StGB und Unterbringung gem. § 63 StGB

2 = Verminderte Schuldfähigkeit gem. § 21 StGB und Unterbringung gem. § 63 StGB

69. Höhe einer eventuellen Freiheitsstrafe **in Monaten**

Anhang 2. Erhebungsbogen für allgemeinspsychiatrische Patienten

A. Basisdaten

Code-Nr.*:

1. Geburtsjahr (Alter bei Erhebung):
2. Datum der Erhebung:
3. Klinik:
1 = Forensik 2 = Allgemeinspsychiatrie
4. Geburtsland:
1 = Deutschland
2 = anderes Land: _____
5. Staatsangehörigkeit:
1 = deutsch
2 = andere: _____
6. Datum der stationären Aufnahme TT/MM/JJ

B. Soziodemographische Daten

7. a. Familienstand:
1 = ledig
2 = verheiratet
3 = geschieden, getrennt lebend
4 = verwitwet
5 = sonstiger (bitte angeben: _____)
- b. Partnerschaft?
1 = ja 2 = nein
8. Wohnsituation:
1 = lebt allein
2 = lebt mit Partner / eigener Familie
3 = lebt mit Eltern bzw. mit einem Elternteil

- 4 = lebt mit anderen Verwandten
- 5 = lebt in einer Wohngemeinschaft mit Nichtverwandten
- 6 = beschützte Lebensform (Heim, Wohneinrichtung,..)
- 7 = ohne festen Wohnsitz
- 8 = befand sich in psychiatrischem Krankenhaus
- 9 = sonstige (bitte angeben: _____)

9. Höchster erreichter Schulabschluss:

- 1 = kein Abschluss
- 2 = Sonderschule
- 3 = Hauptschule
- 4 = Realschule
- 5 = Fachabitur/Abitur
- 6 = Fachhochschul-/Universitätsabschluss
- 9 = unbekannt

10. Berufsausbildung:

- 1 = keine
- 2 = angelernt
- 3 = Lehre/Handelsschule
- 4 = Meister
- 5 = Fachhochschule/Berufsakademie
- 6 = Hochschule
- 7 = andere:
- 9 = unbekannt

11. Art der Beschäftigung:

- 1 = Arbeitsverhältnis/selbstständig in Vollzeitbeschäftigung
- 2 = Arbeitsverhältnis/selbstständig in Teilzeitbeschäftigung
- 3 = Arbeitsverhältnis/selbstständig, jedoch krankgeschrieben
- 4 = beschützte Arbeitsstelle, Rehabilitation
- 5 = arbeitslos
- 6 = Rente

7 = andere:

9 = unbekannt

12. Dauer der Beschäftigungslosigkeit in Monaten

13. Einkommensverhältnisse und Unterstützungsquellen

1 = Pat. verdient selbst

2 = andere eigene Einkünfte (Vermögensertrag, Stipendium)

3 = Ehepartner, Lebensgefährte

4 = Eltern

5 = andere Familienangehörige, Freunde

6 = Rente

7 = Krankengeld

8 = Arbeitslosengeld

9 = Sozialhilfe / Hartz IV

B. Ergänzende soziale/Familien-/Eigenanamnese

14. Eltern getrennt?

1 = ja

[] zwischen Geburt und 5. Lebensjahr [] zwischen 6. und 10. Lebensjahr

[] zwischen 11. und 15. Lebensjahr

2 = nein

15. Leben Ihre Eltern noch?

1 = ja

2 = nein

Todesjahr des Vaters:

Todesjahr der Mutter:

16. Schulbildung des Vaters

1 = kein Schulbesuch

2 = Sonderschule

3 = Grundschule

4 = Hauptschule

- 5 = Gymnasium
9 = unbekannt
17. Schulbildung der Mutter
- 1 = kein Schulbesuch
2 = Sonderschule
3 = Grundschule
4 = Hauptschule
5 = Gymnasium
9 = unbekannt
18. Haben Sie Geschwister?
- 1 = ja (Anzahl: _____)
2 = nein
19. Psychiatrische Erkrankungen in der Familie
- 1 = ja
2 = nein
20. Falls psychiatrische Erkrankungen: Welches Familienmitglied (Eltern, Geschwister)? Welche Problematik? (Psychiatrische Diagnosen, Suchtproblematik,..)
21. Ist jemand aus Ihrer Familie schon einmal straffällig geworden / mit dem Gesetz in Konflikt geraten?
- 1 = ja
2 = nein
22. Falls ja: Was für Straftaten? (Was ist Ihnen bekannt?)
23. Liegen bei Ihnen ernste körperliche Erkrankungen vor (chronische Erkrankungen, cerebrale Erkrankungen, Epilepsie, Schlaganfall, Hirntumor...)?
- 1 = ja
2 = nein
9 = unbekannt
24. Falls ja: Was ist das für eine Erkrankung?

C. Psychiatrische Vorgeschichte

25. Gab es in Ihrer Kindheit oder Jugend Kontakte mit Institutionen wie Jugendamt, Erzie-

hungsberatung, schulpsychologischer Dienst, Heim, sonstige _____? (bitte unterstreichen)

1 = ja

2 = nein

Falls ja: Wie alt waren Sie da?

Wegen welchen Problems?

26. Haben Sie sich als Kind oder Jugendlicher schon einmal in einer stationären oder ambulanz-psychiatrischen oder psychologischen Behandlung befunden?

1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

Falls ja: Wie alt waren Sie da?

Wegen welchen Problems?

- 26.a Haben Sie in ihrer Kindheit Missbrauch oder Gewalt erlebt?

1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

- 26.b Falls Opfer, welcher Art?

1 = Missbrauch

2 = körperliche Gewalt

3 = Vernachlässigung

4 = Missbrauch und Gewalt

9 = unbekannt

27. Gab es eine ambulante psychiatrische Behandlung vor der aktuellen stationären Behandlung?

1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

28. Alter bei erster ambulanz-psychiatrischer Behandlung

29. Gab es eine stationäre psychiatrische Behandlung vor der aktuellen stationären Behandlung?

- 1 = ja
2 = nein
9 = unbekannt
30. Alter bei erster stationär-psychiatrischer Behandlung
31. Anzahl bisheriger stationär-psychiatrischer Behandlungen vor dem aktuellen Unterbringungsdelikt
32. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?
1 = ja, wann 1. _____ 2. _____
Falls ja, nähere Beschreibung des Suizidversuchs (erfolgte stationäre Aufnahme in KH oder AP?):
2 = nein
9 = unbekannt
33. Gab es schon einmal „Zwangseinweisungen“ vor der aktuellen stationären Behandlung?
1 = ja
2 = nein
9 = unbekannt
34. Falls ja: Gründe für „Zwangseinweisungen“ (Fremd- oder Selbstgefährdung?)
35. Wann und aus welcher Klinik erfolgte die letzte Entlassung aus der stationär-psychiatrischen Behandlung? (Entlassungsdatum)
36. Dauer der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung (in Tagen)
37. Welche neuroleptische Medikation haben Sie bei der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung erhalten?
38. Mit welcher neuroleptischen Medikation sind Sie unmittelbar vor der aktuellen stationären Behandlung (bis 8 Wochen vorher) behandelt worden? (Name des Medikaments, Verabreichungsform, Dosierung, Dosierungsintervall, Behandlungsbeginn)
39. Haben Sie die Medikamente regelmäßig eingenommen (in den 8 Wochen vor stationärer Aufnahme)?
1 = ja
2 = unregelmäßige NL-Einnahme
3 = keine NL-Einnahme
43. Was waren die Gründe für eine unregelmäßige Einnahme?
44. Welche Personen/Institutionen haben im Anschluss an die letzte stationär-psychiatrische

Behandlung an Ihrer Behandlung mitgewirkt?

- Hausarzt Institutsambulanz sozialpsychiatrischer Dienst
 Pflegedienst gesetzlicher Betreuer Psychiater
 Psychotherapeut andere _____

(bitte entsprechendes ankreuzen)

45. Welche Personen/Institutionen haben zuletzt (8 Wochen vor der aktuellen Behandlung) an Ihrer Behandlung mitgewirkt?

- Hausarzt Institutsambulanz sozialpsychiatrischer Dienst
 Pflegedienst gesetzlicher Betreuer Psychiater
 Psychotherapeut andere _____

(bitte entsprechendes ankreuzen)

47. Bestand vor der aktuellen stationären Behandlung eine gesetzliche Betreuung?

1 = ja

2 = nein

D. Anlass der stationären Aufnahme

57. Gab es vor der aktuellen stationären Aufnahme Drohungen des Patienten gegenüber dem Opfer bzw. einer anderen Person?

1 = ja

2 = nein

9 = unbekannt

58. Wenn zutreffend, wem gegenüber? (Stichworte)

59. Wenn zutreffend, in welcher Form?

1 = Schusswaffe

2 = Messer

3 = körperliche Gewalt

4 = verbale Äußerungen

5 = Sachbeschädigungen

9 = unbekannt

60. Beziehung zwischen Täter und Opfer (falls fremdaggressives Verhalten)?

- 1 = Partnerschaft
- 2 = vermeintliche/potentielle Sexualpartner
- 3 = ehemalige Partner
- 4 = Elternteil/Eltern
- 5 = Geschwister
- 6 = sonstige Verwandtschaft
- 7 = Freunde/Bekannte
- 8 = Mitpatient
- 9 = Mitbewohner in Betreuungseinrichtung/WG
- 10 = behandelnder Arzt/Psychologe/Pflegepersonal
- 11 = keine Beziehung
- 12 = unbekannt

61. Psychiatrische Diagnose

1 = Schizophrenie

- paranoid hebephren kataton
- undifferenziert Residuum Schiz. simplex

2 = Schizotype Störung

3 = wahnhafte Störung

4 = schizoaffektive Störung

5 = sonstige psychotische Störung: (_____)

62. Besteht eine Alkoholproblematik?

0 = nein

1 = Alkoholmissbrauch

2 = Alkoholabhängigkeit

63. Besteht eine Drogenproblematik?

0 = nein

1 = ja: Substanz(en) _____

64. Besteht eine Persönlichkeitsstörung?

0 = nein

1 = paranoide PS

- 2 = schizoide PS
- 3 = dissoziale PS
- 4 = emotional-instabile PS
- 5 = zwanghafte PS
- 6 = ängstlich-vermeidende PS
- 7 = abhängige PS
- 8 = kombinierte PS
- 9 = sonstige / n.n. bekannte PS

E. Strafrechtliche Vorgeschichte

65. Ist der Patient vorbestraft?
- 1 = ja
 - 2 = nein
66. Wenn zutreffend, Zahl der Vorstrafen gem. Bundeszentralregisterauszug bzw. Urteil?
67. Wenn zutreffend, Alter bei der ersten Eintragung in das Bundeszentralregister?
68. Wenn zutreffend, Alter bei der ersten Verurteilung zu einer Geld- oder Haftstrafe?
69. Schwerwiegendste Vordelikte?
- 1 = Tötungsdelikt, einschließlich Versuche
 - 2 = Körperverletzung
 - 3 = Sexueller Missbrauch
 - 4 = Vergewaltigung/sexuelle Nötigung
 - 5 = sonst. Straftat gegen die sex. Mitbestimmung
 - 6 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt
 - 7 = Eigentumsdelikt mit Gewalt
 - 8 = Brandstiftung
 - 9 = sonstige Delikte
70. Anzahl bisheriger Inhaftierungen?
71. Dauer evtl. bisheriger Inhaftierungen in Monaten?

Telefoninterview

Kontaktierte Person:

Erfragter Zeitraum (bis Unterbringungsdelikt/ Aufnahme in aktuelle Behandlung):

1. Könnten Sie kurz beschreiben, wie sich die Behandlung/Betreuung des Patienten gestaltete?
 - a) *Behandlung/Betreuung seit*
 - b) *Aufgabenbereiche der Betreuung*
 - c) *Frequenz und Regelmäßigkeit der Kontakte*
 - d) *Regelmäßigkeit der NL-Einnahme*
 - e) *Besteht eine Krankheitseinsicht?*
 - f) *Besteht Behandlungseinsicht?*
 - g) *Besteht medikamentöse Compliance?*
2. Wer war außer Ihnen für ihn/sie zuständig? Gibt es einen Austausch mit anderen Betreuern, Behandlern, Einrichtungen?
3. Gab es irgendwelche Besonderheiten/Auffälligkeiten in der Zusammenarbeit (was war außergewöhnlich, was unterschied den Pat. von anderen Pat.....)?
4. Gab es Hinweise auf bedrohliches Verhalten/Straffälligkeit (Fremdaggressivität, Verurteilungen, KV, Drohungen, Gewalt gegenüber FMG....)?
 - a) *Gegenüber Behandler/Betreuer?*
 - b) *Gegenüber Familienmitgliedern?*
 - c) *Gegenüber anderen Personen?*
 - d) *Sachbeschädigungen?*
 - e) *Sind Vorverurteilungen bekannt?*
5. (Bei Behandlungsschwierigkeiten) Welche Möglichkeiten hätten Ihnen Ihrer Meinung nach zur Verfügung stehen müssen, um den Problemen/Bedürfnissen des Patienten noch besser begegnen zu können?

Bewertung

Hinweise auf Schwierigkeiten: ja nein

Hinweise auf Warnungen: ja nein

Anhang 4. Diagnosen der FP und AP (N = 144)

F2 Diagnose	FP		AP		
	(n = 72)		(n = 72)		
	n	%	n	%	
Schizophrenie	64	88.9	60	83.3	
Schizotype Störung	1	1.4	-	-	
schizoaffektive Störung	7	9.7	8	11.1	$\chi^2 = 5.19; df = 3; ns$
akute polymorph psychotische Störung	-	-	4	5.6	
Antisoziale Persönlichkeit	24	33.3	23	31.9	$\chi^2 = 0.32; df = 1; ns$

Anmerkungen: Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer genau zu 100%.

Anhang 5. Unterbringungsdelikte der gem. § 63 StGB untergebrachten und vorbehandelten schizophrenen Patienten.

	FP	
	n	%
Tötungsdelikt, Versuch	8	15.1
Sexualdelikt	3	5.7
Körperverletzung	23	43.4
Eigentumsdelikt mit Gewalt	9	17.0
Eigentumsdelikt ohne Gewalt	5	9.4
Brandstiftung	3	5.7
sonstige Delikte	2	3.8

Anmerkung: Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer genau zu 100%.

Anhang 6. Charakteristika der vorbehandelten schizophrenen Patienten ($n = 106$)

	FP ^a ($n = 53$)	AP ^b ($n = 53$)	
deutsche Staatsangehörigkeit (%)	62.3	81.1	$\chi^2 = 4.65; df = 1; ns$
Wohnsituation (%)			
allein	32.1	30.2	$\chi^2 = 1.91; df = 3; ns$
mit anderen	30.2	20.8	
Institution	22.6	26.4	
obdachlos	15.1	22.6	

Anmerkung: Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer genau zu 100%.

Anhang 7. Einzelne Items der Life History of Aggression (*M*; *SD*) im Gruppenvergleich (*n* = 106)

	FP (<i>n</i> = 53)	AP (<i>n</i> = 53)	<i>p</i>
Wutanfälle	2.49 (1.95)	3.25 (1.68)	.04*
Körperliche Auseinandersetzungen	2.60 (1.79)	2.33 (1.58)	.45
Verbale Auseinandersetzungen	2.45 (1.93)	3.12 (1.93)	.08
Gezielter Angriff auf Person	1.49 (1.58)	1.31 (1.64)	.47
Sachbeschädigung	1.60 (1.76)	2.31 (1.74)	.03*
Autoaggression	0.92 (1.46)	0.90 (1.55)	.89
Suizidversuche	0.87 (1.27)	0.63 (0.92)	.60
Disziplinäre Probleme Schule	1.49 (1.91)	2.06 (1.79)	.08
Probleme Arbeitsplatz	0.60 (1.52)	0.88 (1.39)	.09
Antisoziales Verhalten ohne Involvierung der Polizei	2.58 (2.04)	2.73 (2.22)	.61
Antisoziales Verhalten mit Involvierung der Polizei	2.43 (1.78)	2.12 (1.67)	.32

LHA = Life History of Aggression mit 5 Punkte-Skala; Gruppenvergleiche wurden mit dem Mann Whitney U-Test berechnet; * = $p < .05$.

8. Danksagung

Bei der Fertigstellung dieser Arbeit habe ich vielfache Unterstützung erhalten. Besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Norbert Leygraf, an dessen Institut ich mehrere Jahre lang tätig sein durfte und der mich und meine Arbeit auf jede erdenkliche Weise unterstützt hat. Prof. Dr. Jens Wiltfang ist für die zügige Erstellung des Zweitgutachtens zu danken. Ferner gilt mein Dank Dr. Sven-Uwe Kutscher, der die Anregung zu diesem Thema gab.

Ich danke den ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Düsseldorf, Essen, Köln und Langenfeld sowie der LWL-Klinik Münster, der Stiftung Tannenhof und dem LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn sowie allen Patienten, die an der Untersuchung teilgenommen haben. Ohne die enge Kooperation und Teilnahmebereitschaft der Klinikleitung, des therapeutischen und pflegerischen Personals sowie der Patienten hätte diese Arbeit nicht entstehen können.

Dank ist meinen Freunden Dr. Christina Uhlmann und Dr. Andrej König für kritische Anmerkungen sowie Anneliese Kratz für das gewissenhafte Korrekturlesen dieser Arbeit geschuldet.

Mein besonderer Dank gilt meinem Ehemann Dr. Constantin Kruse sowie meinen Eltern Petra und Karl-Heinz Piontek, die mich zu jeder Zeit und in jeder Hinsicht liebevoll unterstützten.

9. Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.