

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität
München

Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

Prädiktoren für straffälliges Verhalten bei Patienten mit affektiven Erkrankungen

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Magdalena Segers
aus München
2010

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Michael Soyka

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Randolph Penning

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Maximilian Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 25.11.2010

1.0	Einleitung mit Literatur	S.1
1.1	Allgemeines	S.2
1.1.1	Affekt und Störungen des Affekts	S.2
1.1.2	Manie	S.3
1.1.3	Depression	S.4
1.2	Die Frage nach der Gefährdung der Gesellschaft durch psychisch kranke Menschen	S.6
1.2.1	Die Bedeutung der Medien und Möglichkeiten der Ermittlungsverfahren	S.7
1.2.2	Öffentliche Meinungen über psychisch kranke Menschen	S.8
1.2.3	Bedeutung der wissenschaftlichen Arbeiten	S.9
1.3	Gewaltdynamik	S.10
1.3.1	Komplexität von Gewaltentstehung	S.10
1.3.2	Erkenntnisse über dynamische Faktoren und deren Bedeutung bei der Prävention von Gewaltverbrechen	S.10
1.3.3	Einfluss des Affekts auf Gewaltentstehung	S.12
1.3.4	Monoamindefizithypothese	S.13
1.3.5	Einfluss soziodemografischer Merkmale auf Gewaltverhalten	S.14
1.3.6	Einfluss der Qualität der psychiatrischen Versorgung auf aggressives Verhalten bei stationären Patienten	S.16
1.4	Zusammenfassung von Studien und deren Ergebnissen	S.17
1.4.1	Untersuchungen an psychisch Erkrankten	S.18
1.4.2	Untersuchungen auf das Vorliegen von aggressivem Verhalten bei psychiatrischen Patienten bereits während ihrer Aufnahme- Aggressionen als Grund für die Aufnahme	S.18
1.4.3	Untersuchungen an Gefängnisinsassen, verurteilten Mördern, Totschlägern und jugendlichen Straftätern	S.19

1.4.4	Untersuchungen an Geburtenkohorten	S.20
1.5	Entwicklungen in Deutschland	S.22
1.5.1	Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland	S.22
1.5.2	Juristische Definition von Kriminalität und Delinquenz	S.24
1.5.3	Statistische Erfassung von Kriminalität in Deutschland	S.24
1.5.4	Entwicklung von Kriminalität in Deutschland	S.25
1.5.5	Aktueller Stand der Kriminalität in Deutschland	S.26
1.6	Bedeutung und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit	S.30
2.0	Material und Methoden	S.32
2.1	Studienaufbau und Analyseverfahren	S.32
2.1.1	Aufnahmekriterien	S.32
2.1.2	Untersuchungsmerkmale, Bundeszentralregisterauszüge	S.32
2.1.3	Erfassung der psychopathologischen Befunde	S.33
2.1.4	Statistische Auswertung	S.34
2.2	Analyse der Straftaten	S.37
2.2.1	Straftatenanzahlen	S.37
2.2.2	Straftatenarten	S.39
2.2.3	Vergleiche der Straftaten mit der Polizeilichen Kriminalstatistik	S.43
2.3	Merkmale der Täter und die Verteilung der Diagnosen	S.45
2.4	Logistische Regressionsanalyse	S.49
2.4.1	Häufigkeitsanalyse bestimmter soziodemografischer Merkmale	S.49
2.4.2	Häufigkeitsanalyse ausgewählter Krankheitssymptome	S.53
2.4.3	Häufigkeitsanalyse bestimmter Symptomkonstellationen	S.59

2.5	Merkmale des Gesamtkollektivs	S.69
2.6	Deskriptive Signifikanztestung: Soziodemografische Merkmale und deren Häufigkeitsverteilungen beim Vergleich der unauffälligen mit der straffälligen Gruppe	S.73
2.6.1	Gesamtkollektiv	S.73
2.6.2	Manische Erkrankungen	S.75
2.6.3	Bipolare Erkrankungen	S.76
2.6.4	Depressive Erkrankungen	S.78
3.0	Diskussion	S.81
3.1	Allgemeines	S.81
3.2	Studienaufbau	S.82
3.2.1	Fallzahlen	S.82
3.2.2	Vergleichsgruppe	S.83
3.2.3	Dokumentation und Definition von Kriminalität	S.85
3.2.4	Diagnostische, soziodemografische und psychopathologische Merkmale	S.88
3.3	Dunkelziffern	S.89
3.4	Alkohol- und Drogenmissbrauch	S.91
3.5	Bedeutung der Therapie	S.92
4.0	Zusammenfassung	S.95

5.0	Literaturverzeichnis	S.101
6.0	Anhang	S.109
A	Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Patienten	S.109
B	Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Gefängnisinsassen	S.112
C	Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Geburtenkohorten	S.114
D	AMDP - psychopathologischer Anamnesebogen	S.117
7.0	Erklärung	S.120
8.0	Danksagung	S.121

1.0 Einleitung mit Literatur

Affektive Erkrankungen stellen mit der deutlichen und zunehmenden Prävalenz, den Konsequenzen für das alltägliche Leben aller Beteiligten, aber auch der Bedeutung für unsere medizinischen Versorgungssysteme, hohe Ansprüche an das psychiatrische Gesundheitswesen. Daher ist es nur verständlich, dass dieses Thema häufig im Alltag, in den Medien und in wissenschaftlichen Arbeiten Anlass zu Diskussionen bietet. Dabei geht es aber nicht nur um die Konsequenzen, die sich für die Betroffenen selbst ergeben, sondern es geht auch um die Frage, ob diese Erkrankungen Einfluss auf das gesellschaftliche Dasein besitzen. Diesbezüglich wird immer wieder die Frage gestellt, ob diese psychiatrischen Leiden unserer Gesellschaft gefährden können.

Diesem Thema wurde von den wissenschaftlichen Literaten in Deutschland lange Zeit nicht die Aufmerksamkeit geschenkt, die nun von der Forschung verlangt wird. Wenn die Diskussion laut wird, greift man häufig auf wissenschaftliche Arbeiten aus dem Ausland zurück. Dies stellt jedoch angesichts der Komplexität von Kriminalitätsentstehung nur eine unbefriedigende Lösung dar. Es stellt sich also die dringende Forderung nach wissenschaftlicher Forschung auf diesem Gebiet auch in der Bundesrepublik.

Die vorliegende Arbeit liefert einen Beitrag zu dieser wissenschaftlichen Entwicklung. Es wird ein Kollektiv, das an affektiven Störungen leidet, hinsichtlich straf- und gewalttätigen Verhaltens untersucht. Es werden zudem Merkmale untersucht, die mit einem höheren Risiko für kriminelles Verhalten einhergehen. Diese Ergebnisse können dann wiederum Anlass für weitere wissenschaftliche Arbeiten geben.

Im Einleitungsteil werden Symptome und Prävalenzen der affektiven Erkrankungen und Meinungen der Gesellschaft über diese Erkrankungen dargestellt. Es wird Einblick in die Vielfalt der dynamischen Aspekte für Gewaltenstehung gegeben und eine Zusammenfassung der bisherigen Studienlage dargelegt. Anschließend erfolgen Erläuterungen juristischer Begriffe und ein Resümee der Entwicklungen hinsichtlich Kriminalität und psychiatrischer Versorgungssysteme in Deutschland.

1.1 Allgemeines

1.1.1 Affekt und Störungen des Affekts

Emotionen beeinflussen in großem Ausmaß unsere Handlungen und tragen wesentlich zu unserer Entscheidungsfindung bei. Situative Veränderungen im Leben modulieren wiederum das Empfinden und es entstehen durch gegenseitige Einflussnahme dynamische Aspekte, die Handlungsabläufe modulieren, womit Emotionen unter anderem einen adaptiven Charakter, der unter anderem zur Arterhaltung beiträgt, besitzen. Eine krankhafte Veränderung der Gefühle beeinflusst also nicht nur das momentane Erleben und Befinden, sondern zieht ebenso Veränderungen im Handeln und Denken nach sich, die wiederum das persönliche und soziale Umfeld beeinflussen. Affektive Störungen sind durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung (Affektivität), meist zur gedrückten (Depression) oder zur gehobenen Stimmung (Manie) hin, charakterisiert (54). Die philosophischen Theorien zum Thema „Affekt“ gehen in der Geschichte weit zurück. So verstand Aristoteles unter Affekten alle Bewegungen der Seele, die von Lust oder Schmerz begleitet sind (Begierde, Zorn, Furcht, Freude u.a.) (54). Bereits vor 200 Jahren wurden von Pinel die grundlegenden Symptome schwerer depressiver Störungen beschrieben (57). Affektive Störungen im klinischen Sinne beinhalten neben Depressionen und Manien auch chronische, depressive Verstimmungen geringerer Ausprägung (Dysthymia) und anhaltende Instabilität der Stimmung mit Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung (Zyklothymia) (54).

Die Lebenszeitprävalenz unipolarer Depression beträgt 5–12% (54), Lebenszeitprävalenz von bipolaren Störungen liegt bei 1-1,6% (92/4) wobei eine statistische Erhebung aufgrund der anzunehmenden großen Dunkelziffer eine Herausforderung für die Forschung darstellt und daher unterschiedliche Häufigkeitszahlen in den verschiedenen Quellen vorliegen. Dabei zeichnet sich nach neuesten Erkenntnissen eine steigende Tendenz ab. Zum Beispiel gehen Wissenschaftler in den USA davon aus, dass die Hälfte der Amerikaner im Laufe ihres Lebens eine mentale Erkrankung entwickeln wird (18). Affektive Erkrankungen zählt die WHO zu den führenden Ursachen für eine durch Erkrankung verursachte Lebensbeeinträchtigung (45). Die sozioökonomischen Auswirkungen von affektiven

Störungen auf die Volkswirtschaft belaufen sich allein in den USA auf 45 Milliarden Dollar (92/4).

Die genaue Ätiopathogenese ist bis heute unklar. Am ehesten dürfte sie nach heutigem Stand der Forschung im Sinne des Vulnerabilitäts-Stresskonzeptes als multifaktoriell bedingt anzusehen sein (54), wobei genetische, biologische und psychosoziale Faktoren interagieren und die Wahrscheinlichkeit, durch bestimmte Lebensereignisse an einer Depression zu erkranken, von der individuellen Disposition der betroffenen Person abhängt. Einen Hinweis auf einen genetischen Faktor bei der Ätiopathogenese geben Studien, die zeigen konnten, dass 4 – 8% der Verwandten ersten Grades an der gleichen bipolaren Störung, bzw. 6 – 23 % an der gleichen unipolaren Störung litten (57).

Einen Hinweis auf einen biologischen Einfluss auf die Entstehung depressiver Erkrankungen legen Literaturen nahe, welche die saisonale Rhythmik der Erkrankungen beschreiben (21, 24, 54).

Der größte Teil der affektiven Störungen verläuft als unipolar depressive Erkrankung, wobei ausschließlich depressive Perioden auftreten. Die bipolare Verlaufsform der Erkrankung mit depressiven und manischen Phasen kommt seltener zum Vorschein, wohingegen die unipolare Verlaufsform mit rein manischen Verläufen einen noch geringeren Anteil der Erkrankungen darstellt (54).

1.1.2 Manie

Die Leitsymptome der Manie sind unter anderem inadäquat gehobene Stimmung, Antriebssteigerung, beschleunigtes Denken und Selbstüberschätzung (54). Der Betroffene überschätzt seine Fähigkeiten. Im Laufe der Erkrankung kann dies zu einem Distanzverlust zwischen Selbstwahrnehmung und Realität führen, welcher dann unter Umständen erhebliche soziale Probleme mit sich bringt. Erschwerend kommt hinzu, dass bei den Betroffenen meist keine Krankheitseinsicht vorliegt, es dadurch häufig zu einem späten Erkennen der Erkrankung kommt und meist eine Behandlung gegen den Willen des Patienten nötig wird, was wiederum seine Zwangseinweisung bedeutet.

Nicht ohne Grund kommen bei der Behandlung des Themas „Manie“ Fragen nach der

Gefährdung des Umfelds des Erkrankten auf.

Hierbei kommt die Frage auf, ob durch das erkrankte Empfinden und die unrealistische Einschätzung von situativen Gegebenheiten der Betroffene unfähig ist, nach gesellschaftlichen Regeln zu handeln, da sein krankhaftes Erleben der Gefühle eventuell „falsches Denken und Handeln“ nach sich zieht.

1.1.3 Depression

Am weitaus häufigsten sind Depressionen innerhalb der Gruppe affektiver Störungen vertreten. Man unterscheidet bei den Depressionen die endogenen, psychogenen und somatogenen Formen. Leitsymptome der Depression sind depressive Verstimmung, Hemmung von Antrieb und Denken sowie Schlafstörungen (54).

Die Lebenszeitprävalenz einer depressiven Episode beträgt zwischen 12% und 17% (57), andere Literaturen gehen von einer Lebenszeitprävalenz für eine unipolare Depression von 5–12% aus (54), andere wiederum von 10-18% (68). Frauen erkranken circa doppelt so häufig wie Männer. Bei Langzeituntersuchungen konnte eine dauerhafte Verstimmung meist in Form einer Dysthymia bei 10 – 20 % festgestellt werden (57).

Da diese Leiden in vielen Gesellschaften und Kulturen immer noch ein Tabuthema darstellen, kann man weltweit von einer großen Dunkelziffer ausgehen (18). Vor allem die Depression hat in letzter Zeit immer mehr an Prävalenz und Bedeutung gewonnen. Sie stellt eine häufige, oft unentdeckt bleibende, und sich hinter somatischen Beschwerden versteckende Erkrankung dar, die die betroffenen Menschen und das Gesundheitswesen in Zukunft weiterhin beschäftigen wird. Diese Erkrankung wird häufig infolge der Verwechslung mit einer harmlosen Befindlichkeitsstörung im Sinne einer depressiven Verstimmung unterschätzt. Vorübergehende Stimmungsschwankungen wie Trauer, Zweifel und Kraftlosigkeit entstehen als Reaktionen auf enttäuschende und traurige Erlebnisse, Misserfolge und Belastungen. Auf diese Stimmungen reagiert wiederum unser Umfeld mit tröstenden Gesten, die zur Bewältigung beitragen. So kann man eine vorübergehende Verstimmung als Anpassungsreaktion betrachten. Häufig wird diese natürliche Reaktion auf negative Erlebnisse ebenfalls als Depression

bezeichnet, und daher wird die „echte“ Depression oft nicht als solche erkannt, und ihre Ernsthaftigkeit unterschätzt. Die Depression im klinischen Sinne reicht dagegen bis zum schwermütigen, scheinbar auswegslosen, versteinerten Nichts-mehr-fühlen-Können (54). Die Patienten entziehen sich meist jeglichem sozialen Leben und sind durch ihre Gefühle in ihrem Handeln und Denken gehemmt. Oft sehen die Betroffenen nur noch im Suizid die Erlösung aus ihrem Zustand. So ist eines der sieben Leitsymptome für eine “depressive Episode” (WHO, ICD-10) in der Neigung zu Selbstverletzungen und Suizidhandlungen beschrieben. Nach Schätzungen sterben etwa 10 bis 15 % der Depressiven durch Suizid (54).

Wulsin und Kollegen (91) mussten, wenngleich diese Thematik nur unzulänglich dokumentiert ist, die Tendenz erkennen, dass Depressionen das Risiko erkennbar erhöhen, eines unnatürlichen Todes zu sterben.

Angst et al. (3) stellten fest, dass bei depressiven Patienten das Risiko, durch Suizid zu sterben, um ein 12- bis 20-faches erhöht ist.

Harris und Barraclough (34) analysierten unterschiedliche Studien, die versuchen, eine Korrelation von mentaler Erkrankung mit Selbstmord zu beschreiben. Hierbei spielt unter anderem auch die Art der psychischen Erkrankung eine differenzierte Rolle. Die Autoren stellten fest, dass Menschen mit affektiven Störungen ein 20-fach erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen besitzen.

Lässt sich nun von diesem gehäuft beobachteten Zusammenhang zwischen Depression und Suizid auf eine erhöhte Neigung zu zerstörerischem Verhalten bei diesen Patienten schließen? In wieweit ist diese erniedrigte Hemmschwelle für Gewalttaten gegen sich selbst auch mit einer erhöhten Gewaltbereitschaft gegen die Gesellschaft verbunden?

So beschreibt Nedopil (57) beispielsweise, dass aggressive Impulse im Rahmen suizidaler Krisen nach außen treten können. Ein so genannter Mitnahmesuizid oder erweiterter Suizid entsteht aus der nicht bewussten Verknüpfung von Aggression und Depression (57).

Wie bereits oben erwähnt beeinflusst unser Empfinden unser Handeln. Bei der Depression tragen sicherlich tiefe Trauer und Selbstzweifel zur Entwicklung eines Suizidgedankens bei. Selbstaggressives und -zerstörendes Verhalten entsteht einerseits durch eine aussichts- und hoffnungslose Situation des Betroffenen; ebenso kann es auf der anderen Seite zu einer Projektion von Hassgefühlen auf sich selbst kommen, welche

ursprünglich einem verlorenen Objekt galten. Die Wut auf sich Selbst und das Erleben des Versagens beeinflussen wiederum das Handeln. Aber auch die direkte Manipulation des Handelns durch momentan erlebte Emotionen spielt eine enorme Rolle und lässt bei der Beurteilung der Straffähigkeit häufig die schwerwiegende juristische Frage aufkommen, ob ein Mensch aus Affekt oder mit Absicht gehandelt hat.

Hier stellt sich nun die Frage, inwieweit sich ein Mensch, bei dem die Wahrnehmung seines Empfindens anhaltend gestört ist, durch „affektgestörte“ Handlungen den gesellschaftlichen Spielregeln entzieht und dadurch eine erhöhte Kriminalität und Gewaltdelinquenz aufweist. So befragten Kay et al. (39) eine Gruppe aggressiv auffällig gewordener, psychisch kranker Patienten nach Ihren Gedanken. Am wenigsten vertreten waren suizidale Gedanken und depressive Gefühle. Dennoch bleibt die Frage bestehen, inwieweit Erkrankungen des Gemüts und der Seele, die mit einer abnormalen Wahrnehmung einhergehen, das Verhalten in Bezug auf Kriminalität und Gewaltdelinquenz beeinflussen und somit der psychisch kranke Mensch „gefährlicher“ ist als ein „Gesunder“.

Aufgrund der vielfältigen Ursachen und Konsequenzen von depressiven Erkrankungen kann eine erfolgreiche Therapie nicht ausschließlich von einer medikamentösen Therapie abhängen. Hier sind hohe Ansprüche sowohl an die medizinischen Versorgungssysteme (86) als auch an die gesellschaftliche Akzeptanz zu stellen.

1.2 Die Frage nach der Gefährdung der Gesellschaft durch psychisch kranke Menschen

Mit der Frage, inwieweit die Sicherheit der Gesellschaft durch psychisch kranke Menschen bedroht ist, befassten sich bisher Kriminologen, Rechtsanwälte, Psychiater und natürlich die Bevölkerung. Sind Taten psychisch Kranker aus näherer Vergangenheit, wie zum Beispiel der Attentatversuch am 30. März 1981 auf den US-Präsidenten Ronald Reagan von John Warnock Hinckley, der an einer Depression litt und deswegen medikamentös behandelt wurde, ein gehäuft vorkommendes Phänomen, oder entspricht die Prävalenz der Täter, die an einer psychischen Erkrankung leiden, der von psychisch „gesunden“ Tätern? Die Klärung dieser Frage wäre für die Gesellschaft

von enormer Bedeutung. Vielleicht ließe sich die Sicherheit der Gesellschaft, je nach Wissensstand der Forschung, durch Vorsichtsmaßnahmen der Polizei und des Gesundheitswesens verbessern. Auf der anderen Seite ist es für die Erkrankten sehr wichtig, nicht durch falsche Vorurteile stigmatisiert zu werden und dadurch weiter in gesellschaftliche Isolation zu geraten, was wiederum einen weiteren Distanzverlust verursachen und dadurch Verstöße gegen Normen wahrscheinlicher machen könnte. Vorurteile der Gesellschaft könnten durch wissenschaftliche Forschung widerlegt werden und indirekt zur Kriminalitätsprävention und somit auch zum Einsparen von Kosten durch eine Verbesserung der Integration der Erkrankten beitragen. Die Widerlegung von Vorurteilen könnte dazu beitragen, dass bei den Mitmenschen eine größere Bereitschaft entsteht, den Erkrankten zu helfen. Dadurch wäre es sicherlich für den jeweiligen Erkrankten leichter, professionelle Hilfe zu suchen, bevor das Krankheitsbild fortschreitet und weitere gesellschaftliche Isolation nach sich zieht.

1.2.1 Die Bedeutung der Medien und Möglichkeiten der Ermittlungsverfahren

Welches Gewicht kommt bei der Beurteilung der Frage nach der Gefährdung der Gesellschaft durch affektiv Erkrankte den Informationsmedien und einer Vielzahl von Produkten der Unterhaltungsindustrie zu? Werden Taten, bei denen psychisch Kranke zum Täter werden, von der Berichterstattung besonders hervorgehoben und ausgiebiger recherchiert und in wie weit schenkt unsere Gesellschaft diesen Taten mehr Aufmerksamkeit. Bei der Beurteilung dieser Annahme ist der Anspruch an eine objektive und qualitativ hochwertige Berichterstattung groß; ebenso ist eine objektive und kritische Beurteilung der Ereignisse durch jeden Einzelnen vonnöten.

Ebenso stellt sich die Frage, ob es durch die gängigen Ermittlungsverfahren möglich ist, im nach hinein zu beurteilen, ob eine Straftat in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit der Erkrankung steht. Sicherlich besteht die Möglichkeit der statistischen Erhebung von Tätern, bei denen bereits vor oder nach einer Tat die Diagnose einer affektiven Erkrankung erhoben wurde. Die Analyse des unmittelbar direkten Zusammenhanges der Erkrankung auf eine kriminelle Handlung ist ein höchst interessanter und komplizierter Aspekt. Die Aufklärung eines möglichen

Zusammenhanges durch die Optimierung von Ermittlungsverfahren würde sicherlich, wie bereits oben erwähnt, einen Beitrag zur Kriminalitätsprävention und Verbesserung gesellschaftlichen Zusammenlebens leisten.

1.2.2 Öffentliche Meinungen über psychisch kranke Menschen

Das Leben eines Menschen, der an einer affektiven Erkrankung leidet, ist durch diese geprägt und gezeichnet. Kommen nun noch ablehnende Reaktionen des Umfeldes hinzu, kann dies zu einer weiteren Verschlechterung seines Gemütszustandes führen. Daher ist die Meinung der Allgemeinbevölkerung über psychiatrische Erkrankungen nicht nur für die statistische Erfassung wichtig, sondern hat auch besondere Bedeutung für den Betroffenen selbst und seine Krankengeschichte. Obwohl die Einstellung der Öffentlichkeit zu psychischen Erkrankungen einen besonders wichtigen Aspekt bei der Erörterung des Themas darstellt, gibt es hierzu leider nur wenige Studien. Es ist interessant und wichtig zu wissen, inwieweit die Allgemeinbevölkerung Angst vor Menschen mit psychiatrischen Störungen hat. Laut einer Umfrage lösen Depressive bei der Bevölkerung eher soziale Reaktionen, wie beispielsweise Mitleid und Bedauern aus (1). Man betrachtet Depressive als Opfer von ungünstigen Umweltbedingungen und schweren Schicksalsschlägen oder als Menschen, die durch persönliche Probleme gezeichnet sind (1). Befragte aus der Allgemeinbevölkerung sehen in einer Umfrage in Großbritannien in „Live-Events“ einen Auslöser für Depression (64). Schizophrene hingegen werden häufiger als gefährlich und unberechenbar eingeschätzt (1). Der Vergleich dieser öffentlichen Meinungen mit objektiven Ergebnissen aus wissenschaftlichen Studien führt zu Ansatzpunkten für vertretbare Anti-Stigmata-Programme, vorausgesetzt, dass hier eine Diskrepanz zwischen der öffentlichen Meinung und der tatsächlichen Datenlage vorliegt. Vorurteile müssen ausgeräumt werden, um es den Betroffenen nicht weiter zu erschweren, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Würde sich ein statistischer Zusammenhang zwischen Kriminalität und Erkrankungen des Affekts herausstellen, so müsste diese Erkenntnis dazu führen, durch eine adäquate Einschätzung des Krankheitszustandes, die Optimierung therapeutischer Ansätze sowie durch verbesserte Sicherheitskonzepte zur

Gewaltprävention, eine Gefährdung der Gesellschaft zu minimieren.

1.2.3 Bedeutung der wissenschaftlichen Arbeiten

Wissenschaftliche Arbeiten heben auch hier ihre besondere und wichtige Bedeutung hervor. Während einige Studien älteren Datums belegen, dass psychisch Kranke nicht häufiger (11; 28) bzw. sogar seltener kriminell werden als psychisch Gesunde (6; 13; 63), konnte man damals ebenso einen Einfluss der psychischen Erkrankung bei schweren und schwersten Formen von Gewalt dokumentieren (28; 67; 73). Andere Studien beschreiben den Einfluss psychischer Erkrankungen auf sämtliche Arten von straffälligem Verhalten. So zum Beispiel bezieht sich Hodgins (36) in einem Artikel auf große Studien, die nach dem zweiten Weltkrieg veröffentlicht wurden (Hodgins (1992), Hodgins et al (1996), Link et al (1998), Steve (1997), Ortmann (1981), Tiihonen et al (1997)), welche den Zusammenhang zwischen psychiatrischer Erkrankung und Kriminalität belegten. Der Autor betont jedoch, dass der Zweck solcher Erkenntnisse nicht der Stigmatisierung dieser Patienten dient oder die Angst der Bevölkerung vor psychiatrischen Patienten vergrößern soll. Es ist seiner Meinung nach von besonderer Wichtigkeit, dass man neben diesen Erkenntnissen auch die Hintergründe dieser Entwicklungen diskutiert. Er erwähnt, dass sich seit Mitte der sechziger Jahre in den meisten westlichen industrialisierten Staaten viele Entwicklungen in Bezug auf die psychiatrische Versorgung ergeben haben. Es kam zu Schließungen von großen psychiatrischen Kliniken, psychiatrische Versorgungen wurden in allgemeine Kliniken transferiert. Ebenso wurde es schwieriger, Patienten gegen ihren Willen einzuweisen und dennoch wurden manche Gesetze übernommen, die es dem Patienten teilweise erschwerten, eine adäquate Therapie zu erhalten. Seiner Meinung nach ist es besonders wichtig, beeinflussende Faktoren für kriminelles Verhalten zu erkennen, um diese im Sinne der Prävention von Kriminalität in den Griff zu bekommen (36).

1.3 Gewaltdynamik

1.3.1 Komplexität von Gewaltentstehung

Die Komplexität von Gewaltentstehung war schon immer ein Thema, das zu vielfältigen Diskussionen Anlass gab. Unser Verhalten hängt ebenso von sozioökonomischen Faktoren und juristischen Rahmenbedingungen, als auch von dynamisch beeinflussenden Geschehnissen ab. Die differenzierte Betrachtung dieser beeinflussenden Faktoren ist wesentlich und beschäftigt bis heute die internationale Wissenschaft. Zum Beispiel wurde in einer über drei Jahre andauernden Studie von Experten aus verschiedenen Ländern versucht, Gewalttaten zu analysieren und Zusammenhänge herauszuarbeiten (46). Mit dem Ergebnis, dass die Ursachen für eine Straftat von vielen Faktoren abhängen und Ihre Beurteilung eine immense Problematik beinhaltet. Diese Faktoren setzen sich aus den individuellen Gegebenheiten, Beziehungsebenen, Lebensumständen, dem gesellschaftlichem Umfeld und dem Standard des Gesundheitswesens zusammen (46). Es ist sicherlich nicht möglich, gewalttätiges Verhalten durch einzelne Gegebenheiten zu erklären. So konnten Kay et al (39) in einer Studie das kriminelle Verhalten ihres Kollektivs nicht ausschließlich von einzelnen Faktoren abhängig machen, sondern es konnten lediglich gewisse Kriterien, wie beispielsweise Überreizbarkeit, motorische Unruhe, niedrige Frustrationstoleranz, Unzufriedenheit, Ärger, chronische Klinikaufenthalte und Affektlabilität in Bezug auf Verhaltens- und Reaktionsmuster bei den Gewalttätigen festgestellt werden. Den dynamischen Aspekt bei der Entstehung von gewalttätigem Verhalten versuchten Steinert und Kollegen (75) durch Beobachtung der jeweiligen situativen Gegebenheiten zu dokumentieren. Dabei ging den aggressiven Handlungen häufig ein Konflikt mit dem Personal oder einem Mitpatienten voraus, was wiederum den Einfluss von zwischenmenschlicher Dynamik auf das Verhalten andeutet.

1.3.2 Erkenntnisse über dynamische Faktoren und deren Bedeutung bei der Prävention von Gewaltverbrechen

Eine differenzierte Erkenntnis über die Dynamik von Gewaltentstehung zu erhalten, ist

nicht nur ein äußerst interessantes Thema, sondern beinhaltet auch eine verbesserte Möglichkeit, Kriminalität vorzubeugen. Die politische Arbeit und die Verbesserung von Gesundheitskonzepten stellen bei der Prävention von Gewaltverbrechen bedeutende Eckpfeiler dar. Ebenso würde eine Verbesserung der regionalen, nationalen und internationalen Zusammenarbeit bei dem wichtigen Thema einen Fortschritt bedeuten (46). Wie Nelson Mandela in seinem Vorwort zum ersten "World Report on Violence and Health" der WHO ausdrückte, müssen wir „die Wurzeln des Gewaltverbrechens erkennen, um der Ohnmacht der Verbrechen der vergangenen Jahrhunderte durch Vorsichtsmaßnahmen entgegen zu steuern“ (45).

Das ausführliche Studium von aggressiven Verhaltens- und Reaktionsmustern ist auch für das Gesundheitswesen von besonderer Wichtigkeit. Die Dokumentation durch so genannte Risikoprofile, welche demografische, diagnostische, historische, und klinische Parameter beinhalten, könnte der ersten Einschätzung des Gewaltpotenzials eines Menschen dienen (39). Die Bedeutung der Dokumentation von psychopathologischen Befunden hinsichtlich gewalttätigen Verhaltens legten Steinert und Mitarbeiter in einer Studie nahe (77). Sie konnten dabei feststellen, dass die Summenscores der Untersuchungsinstrumente mit aggressivem Verhalten korrelierten, sich jedoch Unterschiede in Bezug auf Sensibilität und Reliabilität der Testverfahren ergaben.

Neben der Erforschung von Täterprofilen ist es ebenso von Bedeutung, ob gewisse gemeinsame Merkmale bei den ausgesuchten Opfern vorliegen. Steinert und Kollegen (75) konnten in einer Studie beobachten, dass sich die aggressiven Vorfälle hauptsächlich gegen junges, weibliches Personal richteten. Im medizinischen Versorgungsbereich könnte man hier durch professionelle Schulung des Personals gewalttätige Vorfälle eventuell reduzieren. Gottlieb et al (30) konnten bei verurteilten Mördern beobachten, dass männlich psychotisch Kranke ihre Opfer gehäuft in Familienmitgliedern oder Bekannten suchten, während bei Frauen unabhängig vom Vorliegen einer Psychose insgesamt der Anteil der Taten überwog, bei denen die Familienmitglieder, meistens die eigenen Kinder, betroffen waren. Andere Studien (42; 58; 59) konnten feststellen, dass die Opfer psychotischer Mörder und Totschläger häufiger Verwandte oder Familienmitglieder waren. Nicht psychiatrische Mörder suchten sich ihre Opfer verstärkt außerhalb des Familienkreises (42), ebenso spielte bei diesen Tätern der Substanzmissbrauch eine Rolle (42; 58).

Bei der Diskussion der Prävention ist selbstverständlich die Bedeutung des Standards des medizinischen Versorgungssystems zu erwähnen. Das Erkennen einer psychiatrischen Erkrankung, die korrekte diagnostische Einteilung und die adäquate Therapie der Erkrankungen sind von enormer Bedeutung, und stellen nicht nur für psychiatrische Einrichtungen, sondern auch für die hausärztliche Versorgung eine Herausforderung dar.

1.3.3 Einfluss des Affekts auf Gewaltentstehung

Bei der Beurteilung der Fragestellung, inwieweit affektive Störungen mit einem größeren Gewaltverhalten assoziiert sind, ist zu diskutieren, welche Rolle Affekt im Allgemeinen in Bezug auf Gewaltdynamik spielt.

Emotionen beeinflussen unsere Wahrnehmung und somit auch unser Verhalten. Eine gestörte Gefühlswahrnehmung, die über längere Zeit anhält, beeinflusst schließlich dauerhaft unser Verhalten. In welcher Form dieses Verhalten verändert wird und ob diese Veränderung eine Bedrohung unseres gesellschaftlichen Daseins beinhaltet, ist von wesentlicher Bedeutung. Eine Veränderung von Verhalten wird bereits durch eine gestörte Gefühlsregulierung hervorgerufen; mit Fortschreiten der Erkrankung kommt es zudem zu einer sozialen Isolierung, die wiederum das Empfinden des Erkrankten verändert. Der depressive Mensch beispielsweise gerät durch seine tiefe Niedergeschlagenheit in eine soziale Isolation; diese Ausgrenzung verstärkt seine Trauer oder wandelt diese sogar in Wut auf die Gesellschaft um. Ist damit die Hemmschwelle gesenkt, sich dem gesellschaftlichen Leben und damit auch den Regeln der Gesellschaft zu entziehen?

Es ist ebenso zu untersuchen, ob ein manisch Erkrankter durch den enthemmten Affekt überschießend in seinen Emotionen und somit auch in seinen Handlungen reagiert, und damit seine Bereitschaft zu kriminellen Handlungen größer ist als bei psychisch Gesunden. So sieht beispielsweise Nedopil (57) in der bestehenden Umtriebigkeit manischer Patienten den Grund dafür, mit Normen in Konflikt zu geraten. Dies führt häufig zu Betrugsfällen, da die wirtschaftlichen Verhältnisse der Betroffenen weit überschritten werden (57).

Dass unsere Emotionen unser Handeln modellieren, ist offensichtlich. Es stellt sich die Frage, ob Menschen mit affektiven Störungen durch Veränderungen ihres Empfindens und den damit verbundenen vielfältigen Konsequenzen stärker zu kriminellem Verhalten neigen als Menschen ohne diese Störungen.

So wird beispielsweise in einer Studie von Taylor (82) diskutiert, ob ein verflachter Affekt, durch das Fehlen von Gefühlen während der Tat und ein mangelndes Mitgefühl mit den Opfern, Gewalttaten begünstigt.

1.3.4 Monoamindefizithypothese

Bereits vor über 30 Jahren wurde die Monoamindefizithypothese aufgestellt, in der ein Mangel der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin bei depressiven Erkrankungen postuliert wird (20; 72).

Setzt man diese Hypothese, welche eine Hauptunterstützung durch die Wirksamkeit und die Aufklärung der Wirkmechanismen der medikamentösen Therapie mit Antidepressiva erfuhr, nun in Bezug zu Erkenntnissen der Forschung über eine gewaltpräventive Funktion des Serotonins, kann man die Frage stellen, ob Depressive durch diesen Neurotransmittermangel gewalttätiger als Gesunde sind.

Die Bedeutung und Funktion des Serotonins konnte man bisher vor allem tierexperimentell untersuchen. Hierbei wurde unter anderem der Zusammenhang von Serotonin und Aggressionsverhalten hinterfragt. So war es zum Beispiel gelungen, an Affen eine negative Korrelation von Aggressionsverhalten und 5-Hydroxyindolessigsäure-Konzentrationen im Liquor nachzuweisen (35). Auch nach Experimenten an Goldhamstern konnte man davon ausgehen, dass komplexe Zusammenhänge zwischen Neurotransmittern bestehen und dass Serotonin das Gewaltverhalten reduziert, indem es dem aggressionserzeugenden Potenzial des Arginin-Vasopressin-Systems entgegensteuert (25). Auch Mäuse, denen man den 5-HT_{1B} Rezeptor entfernte, zeigten einen Anstieg von Aggressions- und Impulsivverhalten, was sich mit einer reduzierten Serotoninfunktion erklären ließ (70). Coccaro et al (19) versuchten, diesen Zusammenhang bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu belegen. In der Studie wurden Parameter untersucht, darunter Arginin-Vasopressin- und

5-Hydroxyindolessigsäure-Spiegel im Liquor, die mit Ergebnissen aus Untersuchungen der jeweiligen Vergangenheit der Patienten verglichen wurden. Zusammenfassend konnten die Autoren feststellen, dass der zentrale Arginin-Vasopressin-Spiegel eine Rolle bei der Verstärkung, der Serotonin-Spiegel eine Rolle bei der Verminderung von aggressivem Verhalten spielte (19). Eine komplexere Betrachtung des Zusammenhanges von Serotonin und Gewaltverhalten liefert Menahem Krakowski (41). Der Autor ist der Meinung, dass der Zusammenhang zwischen Aggression und Serotoninspiegel am besten anhand eines Rahmen-Konzeptes zu erstellen ist, welches die Betrachtungen der Impulskontrolle, der Gefühlsregulierung und sozialer Funktionen beinhaltet; Faktoren, die eng mit aggressivem Verhalten assoziiert sind. Aggressive Menschen besitzen seiner Meinung nach oft Schwierigkeiten in Bezug auf ihre Impulskontrolle und das emotionale Verhalten, sie zeigen oft Defizite in Bezug auf ihr soziales Verhalten. Serotonerge Dysfunktionen beeinflussen Aggressionen in unterschiedlicher Art und Weise, jeweils abhängig von der individuellen Impulskontrolle, emotionaler Regulation und sozialer Fähigkeit. Deshalb muss man Gewaltverhalten in breitem Kontext betrachten. Serotonin hat nach Krakowskis Meinung Einfluss auf das individuelle Verhalten einerseits, aber auch auf die Gruppendynamik andererseits, und diese beeinflusst wiederum den Serotoninhaushalt. Liegen bei aggressiven Menschen Defizite in der Serotoninfunktion vor, so ist ihr aggressives Verhalten dennoch von sozialen als auch von individuellen Aspekten abhängig (41).

1.3.5 Einfluss soziodemografischer Merkmale auf Gewaltverhalten

Bei der Untersuchung von Gewaltverhalten ist es unabdingbar, auf das Vorliegen bestimmter Kriterien, wie beispielsweise soziales Umfeld, Geschlecht, Bildungsstand, Drogen- oder Alkoholmissbrauch zu achten. Eine Homogenität dieser Faktoren bei bestimmten Vergleichsgruppen zu erzielen, war beispielsweise Bedingung einer Studie von Modestin und Amman (49). In der Studie wird eine unselektierte Gruppe von hospitalisierten Patienten in der Uniklinik Bern untersucht. Dieser Gruppe wurde jeweils eine Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung zugeordnet. Bis dato zum ersten Mal versuchte man in Bezug auf Geschlecht, Alter, Familienstand, sozialen Status und

Gemeindegröße zwischen Untersuchten und Kontrollpersonen Gleichheit zu erzielen. Mit dieser verbesserten Methode wurden retrospektiv Gewaltdelikte in einer Gruppe von psychiatrisch Erkrankten (n=1265) untersucht. Bei allen Delikten konnte man, verglichen mit der Kontroll-Gruppe, ein vermehrtes Auftreten in der Patienten-Gruppe verzeichnen (51% versus 36% Männer, 21% versus 6% Frauen). Nach diagnostischer Differenzierung konnte man feststellen, dass Alkohol- und Drogenabusus unabhängig vom Geschlecht zu einer signifikant ($p < 0,001$) höheren Kriminalitätsrate führten (76% versus 39% Männer, 56% versus 8% Frauen). Eine nicht signifikante, geringe Tendenz ($p=0,034$) zu vermehrten Straftaten konnte man bei Patienten mit affektiven Störungen verzeichnen (52% versus 34% Männer, 9% versus 6% Frauen); eine ebenso marginale, nicht signifikante ($p=0,008$) Tendenz konnte bei weiblichen Schizophrenen festgestellt werden (14% versus 6%). Insgesamt wurde dokumentiert, dass bei psychischen Erkrankungen wie den Schizophrenien oder affektiven Störungen, abgesehen von wenigen Ausnahmen, keine vermehrten Gewaltvorkommnisse zu verzeichnen waren. Die Studie betont die Bedeutung der diagnostischen Differenzierung, sowie den Einfluss von Drogen- und Alkohol-Missbrauch auf die Entstehung von Kriminalität (49).

Der Einfluss von Alkohol- und Drogenkonsum auf gewalttätiges Verhalten konnte mittlerweile in mehreren Studien nachgewiesen werden (2; 5; 7; 22; 23; 29; 32; 33; 37; 39; 40; 44; 51; 53; 56; 58; 59; 65; 74; 79; 88). Dies bezieht sich auch auf psychisch gesunde Täter (30).

Einen Hinweis auf den Einfluss des sozioökonomischen Umfeldes auf straffälliges Verhalten erbrachte eine Studie von Gosden et al (29). Bei dieser konnte man bei verurteilten Jugendlichen gehäuft die Herkunft aus einem Elternhaus mit sozioökonomisch niedrigem Niveau dokumentieren; häufig wiesen die Jugendlichen keinen Schulabschluss auf. Den Einfluss eines niedrigen Ausbildungsniveaus konnte ebenso eine Studie von Koh et al (40) beschreiben.

Dass vermutlich frühkindliche Erfahrungen mit Gewalt einen modulierenden Effekt auf das spätere Verhalten haben, versuchten unter anderem Blomhoff et al (9) in ihrer Studie nachzuweisen. Bei dieser Studie konnten sie eine positive Korrelation zwischen frühkindlicher Gewalterfahrung und späterer Kriminalität dokumentieren. Ebenso konnte eine kriminelle Vergangenheit ein erhöhtes Gewaltaufkommen begünstigen (56).

Milton et al (47) konnten in ihrer Studie eine positive Korrelation von dokumentierten

Gewalttaten zu demografischen und klinischen Parametern wie Arbeitslosigkeit, Substanzmissbrauch und Überaktivität dokumentieren.

Aber auch ein chronobiologischer Einfluss auf kriminelles Verhalten ist beispielsweise durch eine Studie von Fux und Mitarbeitern (26) beschrieben, welche die saisonale Häufung von aggressiven Verhalten bei Patienten mit affektiven Erkrankungen aufzeigte. Dies lässt die Diskussion aufkommen, ob diese aggressiven Handlungen allein durch den saisonalen Aspekt hervorgerufen werden oder ob diese Erkrankungen an sich einer jahreszeitlich bedingten Veränderung unterliegen und somit zu mehr oder weniger starken Aggressionen führen.

1.3.6 Einfluss der Qualität der psychiatrischen Versorgung auf aggressives Verhalten bei stationären Patienten

Bei der Diskussion über den Einfluss von äußeren Umständen auf gewalttätiges Verhalten muss ebenso der Qualität der psychiatrischen Versorgung Beachtung geschenkt werden. Es ist offensichtlich, dass unser Lebensort unser Gemüt und daher auch unser Verhalten beeinflusst. Für einen Teil der psychiatrischen Patienten stellt das Krankenhaus für eine gewisse Zeit diesen modulierenden Lebensraum dar. Daher beeinflusst die Qualität der Unterbringung ebenso das Gemüt des Erkrankten wie auch sein Verhalten. In einer Studie von Raja et al (66) wurden relativ wenige Vorkommnisse von Gewalttaten bei einer Kohorte psychiatrischer Patienten verzeichnet. Dabei betonen die Autoren den Einfluss auf Gewaltentstehung durch sozioökonomische Faktoren und die jeweiligen Rahmenbedingungen der unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen. Raja et al vermuteten, dass die niedrigen Prävalenzzahlen von Gewalttaten in ihrer Studie unter anderem aus harmonischen Verhältnissen unter den Mitarbeitern und der Motivationslage von freiwilligen Helfern resultierten, und dass man in dieser Einrichtung versuchte, soweit wie möglich eine patientenorientierte Therapie anzuwenden. Sie gehen davon aus, dass ihre "Behandlungsphilosophie" einen präventiven Ansatzpunkt beinhaltet (66).

Gewalttätiges Verhalten ist bei Patienten im stationären Bereich nicht allein anhand der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung einzuschätzen, sondern auch die

Rahmenbedingungen der Unterbringung dieser Patienten besitzen einen modulierenden Effekt. Diese setzen sich neben den räumlichen Gegebenheiten, auch aus der Qualifikation der Mitarbeiter und der Qualität der Therapie zusammen. Die Optimierung dieser Bedingungen stellt sicherlich einen wichtigen Ansatzpunkt dar, gewalttätigem Verhalten vorzubeugen; zusätzlich für den Patienten provozierende Faktoren, wie beispielsweise „überarbeitetes Personal“ müssten hierbei ausgeschaltet werden.

1.4 Zusammenfassung von Studien und deren Ergebnissen

Wird die Frage nach der Gefährdung der Sicherheit der Allgemeinbevölkerung durch psychisch kranke Menschen laut, so sucht man häufig die Antwort in Ergebnissen psychiatrisch epidemiologischer Studien. Aber auch indirekte Hinweise darauf, dass bei bestimmten Patientengruppen die Bereitschaft zu Gewalttaten doch ausgeprägter sei als in der Allgemeinbevölkerung, fanden in der Medizin, in wissenschaftlichen Studien und in den Medien Beachtung.

Laut Schanda (71) besteht im deutschsprachigen Raum das Problem, dass bislang keine Arbeit existiert, die sich in systematischer Weise detailliert mit den methodischen Problemen der einzelnen Studien auseinandersetzt.

Will man sich der Ergebnisse methodisch anspruchsvoller Studien bedienen, so muss häufig auf ausländische Arbeiten zurückgegriffen werden. Diese ausländischen Studien unterscheiden sich unter anderem im Studien-Design und machen dadurch den Vergleich der einzelnen Arbeiten schwierig.

So variieren beispielsweise die gewählten Stichproben. Einige untersuchten psychiatrische Patienten (8; 39; 49; 66; 74; 75), andere Untersuchungshäftlinge bzw. verurteilte Straftäter (4; 23; 29; 30; 59) oder es wurden Geburtenkohorten (5; 12; 37; 38) analysiert. Durch Studien an spezialisierten Hochsicherheitskliniken (83) wiederum versuchte man Erkenntnisse über dynamische Aspekte von Kriminalitätsentstehung bei psychiatrischen, überwiegend gewalttätigen Patienten zu gewinnen, um so die Beziehung zwischen Gewalt und mentaler Erkrankung näher zu verstehen.

Im Folgenden wird ein Überblick wissenschaftlicher Studien gegeben; die wichtigsten Ergebnisse einiger Studien sind in Tabellen im Anhang zusammengefasst.

1.4.1 Untersuchungen an psychisch Erkrankten

Wie bereits oben erwähnt konnten Modestin et al (49) in ihrer Studie feststellen, dass insgesamt psychische Erkrankungen wie die Schizophrenie oder die affektiven Störungen nicht zum verstärkten Auftreten von Gewalttaten führten.

Auch Steadman et al (74) konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich aggressiver Vorfälle bei psychisch Erkrankten und Gesunden nachweisen.

In einer Beobachtung von psychiatrischen Patienten konnten Kay et al (39) verzeichnen, dass aggressive Vorfälle häufiger mit den Merkmalen „männliches Geschlecht“, „Drogen- und Alkoholabhängigkeit“, „organische Hirnschäden“, „Überreizbarkeit“, „motorische Unruhe“, „niedrige Frustrationstoleranz“, „Unzufriedenheit“, „Ärger“, „chronische Klinikaufenthalte“ und „Affektlabilität“ assoziiert waren.

Auch Steinert et al (75) dokumentierten aggressive Handlungen psychiatrischer Patienten gegenüber Mitarbeitern vermehrt bei Männern, welche gehäuft die Diagnose einer Schizophrenie einerseits und organische Hirnschädigung und Oligophrenie andererseits aufwiesen.

Belfrage (8) registrierten in einer Beobachtung eine dreifach erhöhte Kriminalitätsrate bei psychisch Erkrankten. Überdurchschnittlich häufig waren schizophrene Patienten vertreten; registrierte Körperverletzungen wurden fast ausschließlich von Schizophrenen begangen.

1.4.2 Untersuchungen auf das Vorliegen von aggressivem Verhalten bei psychiatrischen Patienten bereits während ihrer Aufnahme- Aggressionen als Grund für die Aufnahme

Bei der Beurteilung und Einschätzung von Gewaltverhalten bei psychiatrischen Patienten spielt ebenso die Fragestellung eine Rolle, ob Aggressivität bereits während der Einweisung in eine Klinik vorhanden ist und wie häufig aggressives Verhalten den Grund für die stationäre Aufnahme darstellt. Mit dieser Fragestellung beschäftigte sich unter anderem die Studie von Fux et al (26). Insgesamt konnte dabei verzeichnet werden, dass 56% der Klinikaufnahmen aufgrund von aggressivem Verhalten erfolgten.

Bemerkenswert stellt sich die Tatsache dar, dass Aggressivität bei psychiatrischen Aufnahmen häufig ist (31), aber oft nicht adäquat erfasst wird. Sanders et al (69) konnten zeigen, dass psychisch Kranke bei der Aufnahme zwar häufig zur Suizidalität befragt wurden, Fragen nach gewalttätigen Gedanken, Gewaltphantasien, oder früherer Gewalttätigkeit unterblieben jedoch oft.

1.4.3 Untersuchungen an Gefängnisinsassen, verurteilten Mördern, Totschlägern und jugendlichen Straftätern

Andere Studien legten ihr Augenmerk auf straffällig gewordene und verurteilte Täter und untersuchten diese auf das Vorliegen von psychiatrischen Auffälligkeiten und Merkmalen. So versucht Arboleda-Florez (4) eine Literaturübersicht in Bezug auf Prävalenz der geistigen Erkrankungen bei Gefängnisinsassen aus verschiedenen Ländern zusammenzustellen. Das Augenmerk galt den unterschiedlichen Formen dieser Erkrankungen, den ethischen Aspekten und dem wachsenden Interesse in der Literatur an Präventiv-Maßnahmen zur Lösung dieser Problematik.

Arboleda-Florez kam zu dem Schluss, dass sich insgesamt keine Tendenz abzeichnet, wie das Problem in näherer Zukunft gelöst werden kann (4).

Eronen et al (23) setzten den Schwerpunkt ihrer Beobachtungen auf Mörder und Totschläger. Dabei wurden psychiatrische Prüfungen durchgeführt, sobald Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit bestanden. Es konnte eine positive Korrelation bei männlichen Tätern mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung bzw. einer Schizophrenie, mit Dominanz der paranoiden Schizophrenie, festgestellt werden. Dagegen konnte man bei männlichen Tätern mit depressiver Störung lediglich eine schwache Erhöhung des Gewalttrisikos, bei intellektuell Retardierten jedoch keine Erhöhung desselben feststellen. Zusammenfassend stellten Eronen et al fest, dass homozidales Verhalten in einem Land mit geringer Kriminalitätsdelinquenz eine gewisse Assoziation krimineller Taten mit einigen spezifischen psychischen Erkrankungen aufweist (23).

Ebenso veranlassten Gottlieb et al (30) psychiatrische Begutachtungen bei verurteilten Mördern. 23% der Kriminellen wurden für den Zeitpunkt der Tat als psychotisch eingestuft. Dabei war der Anteil psychotischer Straftäter bei den Frauen größer als bei

den Männern. Es war auffallend, dass es sich bei den männlichen Tätern überwiegend um an Schizophrenie Erkrankte handelte (30). Mörder und Totschläger standen ebenfalls bei Petursson und Gudjonsson (59) im Visier ihrer Studie. In dieser wurden alle vorsätzlichen Morde und Gewalttaten mit Todesfolge untersucht. Sie konnten bei über der Hälfte der Psychotiker eine Schizophrenie, dabei überwiegend den paranoiden Typ, feststellen. Insgesamt stellten sich unter den Tätern 9% als depressiv heraus, wobei Petursson und Gudjonsson aufgrund einer vermuteten Dunkelziffer der Erkrankung eher eine Unterschätzung dieser Anzahl annehmen (59).

Verurteilte Jugendliche untersuchten Gosden et al (29) in ihrer Arbeit. Insgesamt konnte man bei 69% der Jugendlichen eine psychiatrische Erkrankung feststellen. Darunter waren häufig eine Substanzabhängigkeit, eine Persönlichkeits- oder Aufnahmestörung vertreten; relativ gering stellte sich der Anteil der Schizophrenie, der schizophrenen Störung und des hyperkinetischen Syndroms dar. Diese Ergebnisse zeigten insgesamt eine höhere Fallzahl von psychiatrisch jugendlichen Straftätern als erwartet und richteten das Augenmerk auf die Notwendigkeit der Früherkennung und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen, um Gewalt und Kriminalität zu vorbeugen (29).

1.4.4 Untersuchungen an Geburtenkohorten

Im Gegensatz zu Untersuchungen an bereits straffällig gewordenen Personen untersuchten zahlreiche Studien Geburtenkohorten.

So präsentierten Hodgins et al (38) eine aufwendige und exakte Studie, wobei eine dänische Geburtenkohorte (n=324.401) in Bezug auf ihren Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen und auf ihre gerichtlichen Verurteilungen retrospektiv untersucht wurde.

Man konnte bei der Auswertung der Studie erkennen, dass sich das relative Risiko, eine Straftat zu begehen, bei beiden Geschlechtern erhöht, sobald eine psychiatrische Erkrankung vorliegt (RR männliches Kollektiv: 8,3% versus 19,1% im Zeitraum 1959-1977 und 6,1% versus 23% im Zeitraum 1978-1990; RR weibliches Kollektiv: 1,3% versus 4,4% im Zeitraum 1959-1977 und 2,1% versus 9,5% im Zeitraum 1978-1990). Auch in dieser Studie war die Korrelation zwischen kriminellen Vorfällen und psychiatrischer Erkrankung bei den Frauen deutlicher als beim männlichen Geschlecht.

Es gab keine Hinweise darauf, dass eine bestimmte Erkrankung mit einer bestimmten Form von Kriminalität einhergeht. Die Autoren konnten zudem feststellen, dass Straftäter mit psychischer Erkrankung eine höhere Anzahl an Delikten aufwiesen.

Bei dieser Studie konnten Hodgins et al einen Zusammenhang zwischen Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen und krimineller Verurteilung aufzeigen (38).

In einer weiteren Studie von Hodgins (37) untersuchte man eine schwedische Geburtenkohorte (n=14.401) in Bezug auf Kriminalität und bestehender psychiatrischer Anamnese und in Bezug auf Kriminalität und intellektueller Minderbemittlung. Zusammenfassend zeigten die Ergebnisse unter anderem ein erhöhtes Aufkommen von Straftätern beim Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung und einer intellektuellen Beminderung. Dabei konnte man bei den männlichen Straftätern mit psychiatrischer Erkrankung mehr als doppelt so häufig kriminelle Taten und vier mal häufiger Gewaltverbrechen beobachten; bei den Frauen waren die kriminellen Handlungen fünf mal öfters registriert, bei den gewalttätigen Verbrechen sogar 27 mal häufiger vorkommend als bei den Untersuchten, die weder eine psychiatrische Erkrankung noch eine intellektuelle Beminderung aufzeigten (37).

Arseneault et al (5) untersuchten eine Geburten-Kohorte (n=961) in Neuseeland. Die Ergebnisse dieser Studie konnten eine schwache Assoziation von Depressionen und Angststörungen zu Gewalttaten aufzeigen; manische Episoden und Essstörungen wiesen hingegen eine stärkere Assoziation auf. Eine signifikante Erhöhung von Gewaltdelinquenz konnte bei Menschen mit einer Schizophrenie nachgewiesen, wobei man bei den Schizophrenen häufiger frühe Erfahrungen mit Gewalt durch die Eltern feststellen musste. Zusammenfassend wurde also ein Zusammenhang von Geisteskrankheiten und Gewaltverhalten beschrieben (5).

Brennan und Kollegen (12) rekrutierten eine dänische Geburtenkohorte (n=358.180). Als Ergebnis zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen psychiatrischen Erkrankungen und kriminellen Gewalttaten. Männer mit einer organischen Psychose sowie beide Geschlechter mit Schizophrenie wurden signifikant häufiger wegen krimineller Taten in Gewahrsam genommen als gesunde Personen; dies auch unter Berücksichtigung von sozioökonomischen, demografischen Faktoren und dem Merkmal „Substanzmissbrauch“. Bei Personen, die an einer affektiven Störung litten, konnte keine erhöhte Gewaltdelinquenz beobachtet werden (12).

1.5 Entwicklungen in Deutschland

Aufgrund unterschiedlicher psychiatrischer Versorgungsbedingungen, juristischer Rahmenbedingungen und der Gewalttendenz in der jeweiligen Gesellschaft, sind Ergebnisse ausländischer Studien selbstverständlich nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar.

1.5.1 Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland

In Deutschland kristallisiert sich das Problem heraus, dass der Stand der wissenschaftlichen Studien auf diesem Gebiet im Vergleich zum Ausland im Rückstand ist. Einen Meilenstein in der deutschen psychiatrisch wissenschaftlichen Entwicklung setzten sicherlich Böker und Häfner (10), die 1973 in einer Studie mit dem Titel „Gewalttaten Geistesgestörter“ anhand von Akten des Bundeskriminalamtes und der Landeskriminalämter, aller Staatsanwaltschaften und der Krankenakten von Landeskrankenhäusern, in denen Straftäter untergebracht waren, alle „geistesgestörten“ Gewalttäter in der ehemaligen BRD ermittelten. Bei der Auswertung ihrer Ergebnisse mussten sie aufgrund mangelnder Daten aus der BRD auf durchschnittliche Prävalenzzahlen der in ihrer Erhebung berücksichtigten psychischen Erkrankungen aus Feldstudien im Ausland zurückgreifen. Sie ermittelten damals, dass nur 2,97% aller Gewalttaten in der BRD von „Geistesgestörten“ begangen wurden, unter diesen aber die Schizophrenen den weitaus größeren Anteil von 53% darstellten. Trotz aller Einschränkungen, die von den methodischen Voraussetzungen her geboten waren, trafen Böker und Häfner die Aussage, dass „Geistesranke und Geistesschwache insgesamt nicht häufiger, aber auch nicht wesentlich seltener zu Gewalttätern werden als so genannte Geistesgesunde“. Allerdings lässt diese Studie durch detaillierte Betrachtung zu, dass eindeutig ein erhöhtes Risiko für schwere Gewalttätigkeit bei einer Subgruppe psychotischer Patienten vorliegt. Dieses Statement wurde bei weiteren Diskussionen gerne zitiert. Sicherlich ist eine Übertragung dieser Erkenntnisse nicht auf die aktuelle Situation zu übertragen, da sich der Beobachtungszeitraum dieser Untersuchung auf die Jahre 1955 bis 1964 belief. Hierbei ist zu beachten, dass sich

seither in Deutschland die Versorgungssituation psychisch Erkrankter signifikant verändert hat. So haben der Bettenabbau in psychiatrischen Kliniken und die bessere ambulante Versorgungsmöglichkeit dazu geführt, dass die Patienten mehr Zeit außerhalb einer Klinik verbringen, und sich daher mehr Möglichkeiten ergeben, Straftaten zu begehen. So diskutieren beispielsweise Gottlieb et al (30) als Grund für den Anstieg schizophrener Mörder im Laufe ihrer Studie den Bettenabbau in der psychiatrischen Versorgung.

Ebenso sind seit der Einführung des Maßregelvollzugs Veränderungen mit einer enormen Spannweite aufgetreten. Das deutsche Strafrecht bedient sich des Schuldprinzips. Ein Täter darf nur nach Beweis seiner Schuld bestraft werden, und die Strafe wird nach dem Maß der Schuld vollzogen. Dies bedeutet, dass ein Täter, dem eine Beeinträchtigung oder Ausschaltung seiner Entscheidungsfreiheit bescheinigt wird, nicht in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht wird. „Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“ (§20 StGB). Solche Täter werden in den Maßregelvollzug eingewiesen. Dieser dient dem Schutz der Allgemeinheit und bietet dem Täter die Möglichkeit einer Therapie. Hier wird häufig diskutiert, inwieweit diese Einschränkungen aufgelockert werden dürfen, beispielsweise durch Erweiterung der Besuchsrechte. Vor allem in den Medien und öffentlichen Meinungen ist diese Lockerung der Regelungen heftig umstritten und wird häufig als Erklärung für Wiederholungstaten psychisch Kranker herangezogen.

Auch in der Allgemeinpsychiatrie ergeben sich Probleme im therapeutischen Umgang mit Patienten, die gewalttätige Delikte begehen. Hier tut sich ein Spannungsfeld auf zwischen Forensifizierung, d.h. die jeweilige Tat als Delikt zu deuten, und Neglect, d.h. die Tat als Symptom zu sehen. Diese Grenzziehung stellt für den Behandelnden eine enorme Herausforderung und Schwierigkeit dar (27).

1.5.2 Juristische Definition von Kriminalität und Delinquenz

Der Begriff der Kriminalität stammt aus dem Lateinischen - crimen „Beschuldigung, Anklage, Schuld, Verbrechen“ - und orientiert sich im Wesentlichen an der juristischen Definition der Straftat. Dabei misst sich die "Straftat" eher an dem individuellen Verhalten. Der Begriff "Kriminalität" hingegen bezeichnet die Straftaten als Gesamtphänomen (92/1).

Delinquenz stammt ebenso aus dem Lateinischen- delinquere "sich vergehen"- und beschreibt die Tendenz, vor allem rechtliche, aber auch soziale Grenzen zu überschreiten. In der deutschsprachigen soziologischen Literatur über Delinquenz und Kriminalität findet man häufig die Definition "abweichendes Verhalten" (92/2).

Im weitesten Sinne beinhaltet Delinquenz strafrechtlich verfolgbare Delikte. Diese reichen von einer Ordnungswidrigkeit wie Schwarzfahren, welche in Deutschland keine Straftat im eigentlichen Sinne darstellt, bis hin zum Schwerverbrechen. Man beruft sich hierbei in der Regel eher auf soziologische als auf juristische Aspekte der Kriminalität. Vor allem in der Jugendkriminalität hat sich der Begriff der Delinquenz bewährt, da man insbesondere straftunmündige Kinder, die eine strafrechtliche Tat begehen, nicht als „Straftäter“ bezeichnen will, und man dadurch der Stigmatisierung durch Verwendung negativ besetzter Begriffe wie „Krimineller“ vorbeugt. Im allgemeinen Sprachgebrauch steht eine delinquente Person für einen Übeltäter, Gesetzesbrecher, Normenverletzer oder Regelübertreter (92/2).

1.5.3 Statistische Erfassung von Kriminalität in Deutschland

Die statistische Erfassung von Kriminalität ist anhand verschiedenster Möglichkeiten der Datenerhebung möglich. Beispielsweise werden kriminelle Handlungen in Deutschland von den Ermittlungsbeamten der Polizei dokumentiert. Diese Handlungen werden dann in tabellarischer Form an die Landeskriminalämter weitergeleitet, und von diesen wiederum an das Bundeskriminalamt weitergegeben (92/3). Eine Polizeiliche Kriminalstatistik wurde erstmals 1953 veröffentlicht, seitdem unterlagen ihre Richtlinien mehreren Veränderungen und Überarbeitungen. Die seit dem 01.01.71 geltenden

Richtlinien wurden zuletzt zum 01.01.03 überarbeitet und neu gegliedert (92/3).

Die Polizeiliche Kriminalstatistik ist „eine Zusammenstellung aller der Polizei bekannt gewordenen strafrechtlichen Sachverhalte unter Beschränkung auf ihre erfassbaren wesentlichen Inhalte. Sie soll damit im Interesse einer wirksamen Kriminalitätsbekämpfung zu einem überschaubaren und möglichst verzerrungsfreien Bild der angezeigten Kriminalität führen“ (15).

Die Statistik dient der Dokumentation von Kriminalität und den einzelnen Arten von Delikten (15). Entwicklungen können über die Jahre hinweg dokumentiert werden. Es können Erkenntnisse für die vorbeugende und verfolgende Verbrechensbekämpfung erlangt werden. Man muss betonen, dass die Aussagekraft dieser Statistik dadurch eingeschränkt ist, dass der Polizei ein Teil der begangenen Straftaten nicht bekannt wird. Diese Dunkelziffer der Delikte hängt von mehreren Faktoren ab, wie beispielsweise der Deliktart, Anzeigebereitschaft der Bevölkerung oder Intensität der Verbrechenskontrolle (15). Ebenso wird die Aktualität der statistischen Erfassung durch lang anhaltende Vermittlungsverfahren abgeschwächt (14).

Die Polizeiliche Kriminalstatistik stellt dennoch eine mehr oder weniger starke Annäherung an die Realität dar (15). Gleichwohl hilft sie der Legislativen, Exekutiven und der Wissenschaft, Erkenntnisse über Häufigkeiten der erfassten Fälle sowie über Entwicklungstendenzen der Kriminalität zu erlangen.

Die PKS beruft sich auf Erfassungen nach Abschluss der Ermittlungsverfahren durch die Polizei (14). Da häufig eine Diskrepanz zwischen diesen Beurteilungen und den Beurteilungen durch Staatsanwaltschaft bzw. Gericht vorliegt, ist ein direkter Vergleich der PKS mit den Verurteilungsstatistiken der Justiz nicht möglich (14).

1.5.4 Entwicklung von Kriminalität in Deutschland

Fasst man Tötungsdelikte, Kindestötung und Körperverletzung mit tödlichem Ausgang zusammen, so unterschied sich deren Häufigkeitszahl 1938 nicht wesentlich von derjenigen in der heutigen Bundesrepublik Deutschland. Weitaus häufiger werden heute aber Diebstahl, Betrug und Raub erfasst.

So haben sich vor allem durch den sozioökonomischen Wandel in der BRD neue Facetten der Kriminalität entwickelt. Heute dreht sich ein großer Teil der Kriminalität um das Kraftfahrzeug. Auch Ladendiebstahl und Straftaten im Zusammenhang mit Computer-/Internetkriminalität nahmen in Deutschland zu. Außerdem dürfte sich das Anzeigeverhalten der Geschädigten und damit die Zahl der statistischen Erfassungen von Straftaten ebenso verändert haben.

In Deutschland wurden im Jahre 2003 laut Polizeilicher Kriminalstatistik insgesamt 6.572.135 Straftaten registriert (15). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutete dies einen Anstieg der erfassten Taten um 1,0% (2002: insgesamt 6.507.395 Straftaten) (15). Im Rahmen der erfassten Gewaltkriminalität war, Mord und Totschlag ausgenommen, bei den Delikten Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, Raub und Körperverletzung jeweils ein Anstieg der Taten zu verzeichnen (15). Unter andere wurde eine erhöhte Anzahl von Betrugs-, Veruntreuungs- und Rauschgiftdelikte dokumentiert (15).

1.5.5 Aktueller Stand der Kriminalität in Deutschland

Jeweils im Mai des nachfolgenden Jahres wird auf einer Innenministerkonferenz die Polizeiliche Kriminalstatistik durch eine Arbeitsgruppe vorgestellt. Dabei wird die vorliegende Statistik geprüft; anschließend nach Zustimmung der Minister werden die Daten veröffentlicht. Daher ist zum jetzigen Zeitpunkt eine Vorstellung der Daten 2008 möglich.

Im Jahre 2008 wurden insgesamt 6.114.128 Straftaten polizeilich erfasst, wobei dies einen bundesweiten Rückgang der Taten im Vergleich zum Vorjahr um 2,7 Prozent beinhaltet (17). Im Vergleich der Polizeilichen Kriminalstatistiken ist das früheste Erfassungsjahr mit 1993 gewählt worden. Dies ist der Tatsache zu verschulden, dass man durch Anlaufschwierigkeiten bei der statistischen Erfassung in den neuen Bundesländern eine ungenaue Dokumentation in den Jahren 1991 und 1992 vermutet (14; 16). Vergleicht man nun die Gesamtzahlen der Delikte im Jahre 2008 mit denen von 1993 (damals 6.750.613 Taten gesamt), so ist insgesamt ein Rückgang der Taten um 9,6% zuerkennen (17). Auch in der Aufklärungsquote ist eine positive Entwicklungstendenz zu verzeichnen. Sie stellte 2008 mit 54,8 % die vierthöchste

Gesamtaufklärungsquote seit 1964 dar (17). Dabei sind innerhalb der unterschiedlichen Deliktgruppen erhebliche Unterschiede zu verzeichnen. Das Gesamtbild der Kriminalität wurde auch im Jahre 2008, wie bereits in den Jahren zuvor, maßgeblich von Diebstahldelikten beeinflusst (17) (siehe dazu auch Abb. 1.5.1), diese sind jedoch im Vergleich zum Vorjahr um 4,6 % auf 2.443.280 Fälle gesunken. Seit Beginn der Erhebung einer gesamtdeutschen Statistik stellt dies die niedrigste Fallzahl dar.

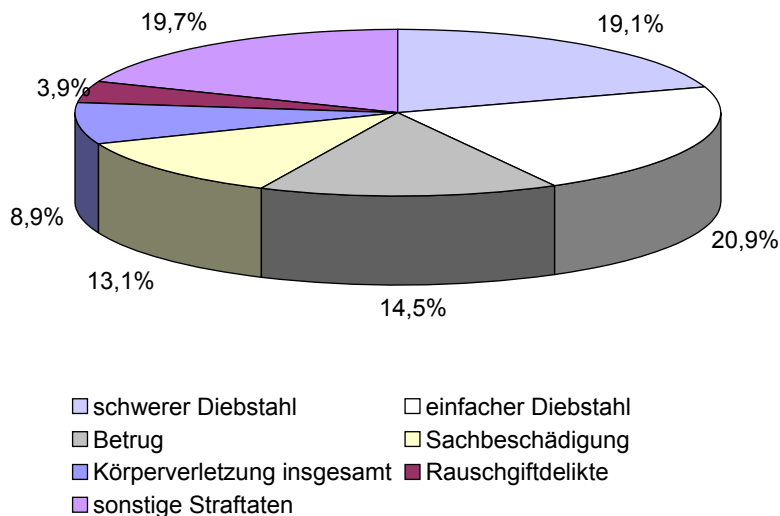


Abb. 1.5.1 Gesamtbild der Kriminalität in der BRD 2008

Insgesamt war jedoch im Vergleich zu 2007 ein Rückgang des Anteils der Diebstahldelikte um insgesamt 4,6 % zu dokumentieren (17). Die erfasste Gewaltkriminalität hat mit insgesamt 210.885 Fällen erstmals wieder seit 1999 abgenommen (im Vergleich zu 2007 Abnahme um 3,2%) (17). Hierbei hatte vor allem der Rückgang der Raubdelikte einen erheblichen Einfluss auf den Gesamtabfall der Gewaltkriminalität (17). Der jahrelang, bis 2007 beobachtete Anstieg der Gewaltkriminalität wurde jedoch nicht zwangsläufig als Resultat einer Steigerung der Gewaltkriminalität angenommen; man diskutiert hier eine bessere Ausschöpfung der Dunkelziffer durch eine verbesserte Aufklärungsquote, eine stärkere Sensibilisierung der Öffentlichkeit gegenüber Gewalt und eine erhöhte Anzeigenbereitschaft der Bevölkerung (17). Bei den Delikten Mord und Totschlag, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung war ein Rückgang der Zahlen zu verzeichnen; Ebenso bei gefährlicher und

schwerer, sowie bei vorsätzlicher, leichter Körperverletzung (17). Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Rauschgiftkriminalität war erstmals im Jahre 2005 ein Rückgang zu dokumentieren (14). Im Jahre 2008 war eine weitere Abnahme der Rauschgiftdelikte zu verzeichnen (von 276.740 Fällen im Jahre 2005 auf 239.951 Fälle im Jahre 2008) (17). Zu dieser Tatsache trägt sicherlich eine verbesserte Bekämpfung des Drogenhandels durch Polizei und Zoll bei; das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Polizei hier nur ein kleiner Teil der begangenen Straftaten bekannt geworden ist (17).

In Tabelle 1.5.1 (17) sind Art und Anzahl von Straftaten in den Jahren 2007 und 2008 aufgeführt.

Strft. Schl.	Straftaten(gruppen)	Erfasste Fälle		Steigerungsrate		AQ 2008 %
		2008	2007	absolut	in %	
0100	Mord	694	734	-40	-5,4	97,6
0300	Fahrlässige Tötung	882	905	-23	-2,5	79,8
1110	Vergewaltigung und sexuelle Nötigung	7.292	7.511	-219	-2,9	82,2
1310	Sexueller Missbrauch von Kindern	12.052	12.772	-720	-5,6	82,1
1320	Exhibitionistische Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses	7.785	8.126	-341	-4,2	53,1
1412	Ausbeutung von Prostituierten	58	58	0	0	93,1
1420	Zuhältereie	282	360	-78	-21,7	87,2
2100	Raub, räuberische Erpressung und räuberischer Angriff auf Kraftfahrer	49.913	52.949	-3036	-5,7	52,8
2200	Körperverletzung	543.514	547.076	-3.562	-0,7	87,7
2210	Körperverletzung mit Todesfolge	105	124	-19	-15,3	82,9
2220	Gefährliche und schwere Körperverletzung	151.208	154.849	-3.641	-2,4	82,3
2250	Fahrlässige Körperverletzung	20.343	19.091	1252	6,6	86,0
2300	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	197.987	182.219	15.768	8,7	88,7
2321	Freiheitsberaubung	5.037	5.079	-42	-0,8	89,9
2322	Nötigung	62.287	59.660	2.627	4,4	86,2
2323	Bedrohung	98.661	102.941	-4.280	-4,2	90,2
2330	Erpresserischer Menschenraub	71	73	-2	x	85,9
3***	Diebstahl ohne erschwerende Umstände	1.277.295	1.314.277	-36.982	-2,8	43,3
4***	Diebstahl unter erschwerenden Umständen	1.165.985	1.247.414	-81.429	-6,5	15,0
****	Diebstahl insgesamt	2.443.280	2.561.691	-118.411	-4,6	29,8
5100	Betrug	887.906	912.899	-24.993	-2,7	81,7
5150	Erschleichen von Leistungen	200.211	207.194	-6.983	-3,4	98,3
5300	Unterschlagung	104.202	104.351	-149	-0,1	58,8

5400	Urkundenfälschung	66.461	62.993	3.468	5,5	86,6
6210	Widerstand gegen die Staatsgewalt	28.272	26.782	1490	5,6	98,6
6220	Hausfriedensbruch	65.781	65.845	-64	-0,1	91,7
6300	Begünstigung, Strafvereitelung, Hehlerei und Geldwäsche	25.520	27.109	-1.589	-5,9	97,0
6310	Hehlerei von Kfz	1.409	1.710	-301	-17,6	94,4
6320	Sonstige Hehlerei	17.293	16.809	484	2,9	97,3
6400	Brandstiftung und Herbeiführen einer Brandgefahr	23.182	24.302	-1.120	-4,6	48,3
6730	Beleidigung	193.617	193.092	525	0,3	89,9
6740	Sachbeschädigung	799.179	795.799	3.380	0,4	25,3
7262	Straftaten gegen das Waffengesetz	38.077	38.510	-433	-1,1	94,5
7300	Rauschgiftdelikte -Betäubungsmittelgesetz-	239.951	248.355	-8.404	-3,4	94,5
Summenschlüssel						
8900	Straftaten insgesamt, ¹⁾	6.037.424	6.196.040	-158.616	-2,6	54,3
8910	Rauschgiftkriminalität	242.649	250.895	-8.246	-3,3	94,2
8920	Gewaltkriminalität	210.885	217.923	-7.038	-3,2	75,5
8930	Wirtschaftskriminalität	84.550	87.934	-3.384	-3,8	92,5
8960	Straftaten gegen Bestimmungen zum Schutze der Jugend	3.500	2.118	1.382	65,3	92,9
8970	Computerkriminalität	63.642	62.944	698	1,1	40,3
8990	Straßenkriminalität	1.490.158	1.568.124	-77.966	-5,0	18,5

¹⁾ jedoch ohne Verstöße gegen das Aufenthalts-, das Asylverfahrens- und das Freizügigkeitsgesetz/EU

^{x)} Bei einer Basiszahl unter 100 wird keine Steigerungsrate ermittelt

Tab. 1.5.1 Art und Anzahl der unterschiedlichen Straftaten der Jahre 2008 und 2007, der Steigerungsrate und der Aufklärungsquote 2008; Bereich: Bundesgebiet gesamt

Nicht enthalten in der polizeilichen Kriminalstatistik sind Staatsschutzdelikte, Verkehrsdelikte (Ausnahme §§ 315, 315 b StGB, § 22a StVG), Straftaten, die außerhalb der BRD begonnen wurden und Verstöße gegen strafrechtliche Landesgesetze.

Untersuchungen am Kriminalitätsbestand in verschiedenen Gemeindegrößen zeigten ein deutlich höheres Aufkommen von Delikten in Großstädten ab einer Einwohneranzahl von 500.000 (16; 17). Vergleiche wurden ausschließlich an der jeweiligen Gemeindegröße vorgenommen, sozioökonomische oder auch die geografische Lage des Tatorts, konnten bei der differenziellen Betrachtung nicht beachtet werden.

Betrachtet man nun die Häufigkeitsverteilung der Kriminalität in den unterschiedlichen Bundesländern, so kann man auch hier regionale Unterschiede verzeichnen (siehe Abb. 1.5.2).

Erkennbar werden hierbei ein Nord-Süd- und ein Ost-West-Gefälle, welche sich jedoch in den letzten Jahren verringert haben (16; 17). Man vermutet hinter dieser Beobachtung

unterschiedliche sozioökonomische Rahmenbedingungen, empirische Beweise hierfür gibt es nicht (16; 17).

Räumliche Verteilung nach Häufigkeitszahlen

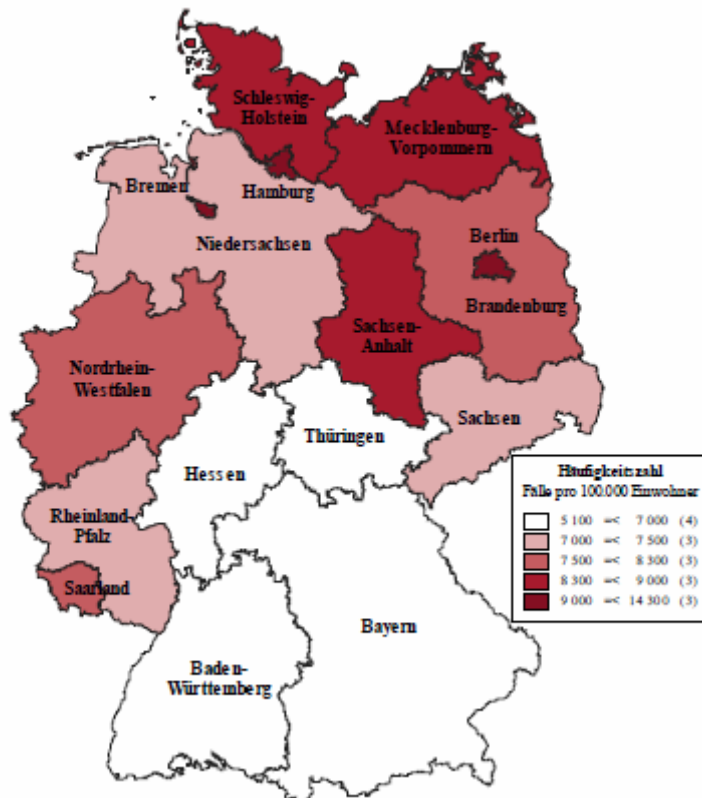


Abb. 1.5.2 Räumliche Verteilung der Straftaten nach Häufigkeitszahlen im Jahre 2008

In Bayern wurden im Jahre 2008 insgesamt 651.436 Fälle erfasst, das stellt im Vergleich zum Vorjahr einen prozentualen Abfall um 2,3% dar. Im Zuständigkeitsbereich des Polizeipräsidiums Münchens war ebenso ein Abfall der registrierten Taten zu verzeichnen. Diese nahmen im Vergleich zum Vorjahr von 110.677 auf 107.052 ab (17). Dies ergibt insgesamt 8.162 Taten auf 100000 gezählte Einwohner.

1.6 Bedeutung und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Bei bisher veröffentlichten Studien aus unterschiedlichen Ländern wurden häufig alle psychiatrischen Erkrankungen, darunter unter anderem Schizophrenie und manisch-depressive Psychose, zusammengefasst (37; 38). Dabei wurde auch oft der

Schwerpunkt der Beobachtungen auf das Krankheitsbild der Schizophrenie und der Psychosen gesetzt (8; 48; 49; 50; 55; 65; 73; 76). Allein die Tatsache, dass die Aggressivität und Gewaltdelinquenz bei Menschen mit affektiven Störungen in Deutschland bisher nicht gesondert untersucht wurde, sich eine Veralterung der wissenschaftlichen Arbeiten hierzulande abzeichnet und man bisher bei der Interpretation dieses Sachverhalts auf ausländische Studien zurückgreifen musste, erklärt die Bedeutung dieser Arbeit.

Die Arbeit strukturiert sich in der Auswertung an folgenden Inhaltspunkten:

- Studienaufbau und Analyseverfahren
 - Aufnahmekriterien
 - Untersuchungsmerkmale, Bundeszentralregisterauszüge
 - Erfassungen der Psychopathologie
 - Statistische Auswertungen
- Analyse der Straftaten
 - Straftatenanzahlen
 - Straftatenarten
 - Vergleiche der Straftaten mit der Polizeilichen Kriminalstatistik
- Merkmale der Täterschaft und die Verteilung der Diagnosen
- Logistische Regressionsanalyse
 - Häufigkeitsanalyse bestimmter soziodemografischer Merkmale
 - Häufigkeitsanalyse bestimmter Krankheitssymptome
 - Häufigkeitsanalyse bestimmter Symptomkonstellationen
- Merkmale des Gesamtkollektivs
- Deskriptive Signifikanztestung: Soziodemografische Merkmale und deren Häufigkeitsverteilungen beim Vergleich der „unauffälligen“ mit der straffälligen Gruppe
 - des Gesamtkollektivs
 - der manischen Erkrankungen
 - der bipolaren Erkrankungen
 - der depressiven Erkrankungen

2.0 Material und Methoden

2.1 Studienaufbau und Analyseverfahren

2.1.1 Aufnahmekriterien

In der vorliegenden retrospektiven Studie wurden Patienten aufgenommen, welche die ICD 9 Kriterien einer affektiven Störung erfüllten und die im Zeitintervall von 1990-1995 in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München stationär in Behandlung waren. Es wurden dabei insgesamt 1561 Patienten erfasst, für die ein vollständig ausgefülltes AMDP-Protokoll der Aufnahme, der Entlassung und der entsprechende Bundeszentralregisterauszug vorlagen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass vorliegende Arbeit von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (AZ SO 257/9-1 und AZ SO 257/9-2) unterstützt wurde.

2.1.2 Untersuchungsmerkmale, Bundeszentralregisterauszüge

Anhand Strafregisterauszüge untersuchte man die eingeschlossenen Patienten hinsichtlich straffälligen bzw. nicht gewalttätigen und gewalttätigen Verhaltens. Zudem erfolgte die Dokumentation der psychopathologischen Befunde bei Aufnahme und bei Entlassung, um eine Analyse des Zusammenhanges dieser Befunde mit späteren straffälligen Verhalten zu erstellen.

Mit ausdrücklicher Genehmigung des Generalbundesanwaltes wurde Einsicht in die Strafregisterdaten der selektierten Personen genommen. Unter Berücksichtigung der Anweisungen für die Anonymisierung und Aufbewahrung der Daten, wurden die Anfragen systematisiert anhand spezieller Formblätter an das Bundeszentralregister gestellt. Die erhaltenen Strafregisterauszüge waren anonymisiert und mit der Vergabe einer internen Nummer (GAV-Nummer) kodiert. Die Möglichkeit einer Zuordnung der Einträge zum jeweiligen Patienten war gegeben. Der Auszug beinhaltet neben persönlichen Daten, das Datum der Straftat, den Tag der Urteilsvergabe, das Datum der

Rechtskraft, die genaue Bezeichnung der Tat, sowie neben der Angabe des entscheidenden Amtes die jeweiligen verhängten Strafen.

Das Bundeszentralregister beinhaltet strafgerichtliche Verurteilungen (§§ 4 bis 8 Bundeszentralregistergesetz), Entscheidungen von Verwaltungsbehörden und Gerichten (§ 10 Bundeszentralregistergesetz), Vermerke über Schuldunfähigkeit (§ 11 Bundeszentralregistergesetz) und gerichtliche Feststellungen nach § 17 Abs. 2, § 18 Bundeszentralregistergesetz sowie ausländische strafrechtliche Verurteilungen gegen Deutsche oder gegen in Deutschland wohnende Ausländer. Zu erwähnen ist, dass aus Gründen der Resozialisierung der Gesetzgeber ein System der Verjährung geschaffen hat und daher Eintragungen über Verurteilungen nicht dauerhaft gespeichert werden. Diese Fristen sind gestaffelt und orientieren sich am Schweregrad der Tat. Die Taten werden zunächst nicht mehr in ein Führungszeugnis aufgenommen und schließlich vollständig aus dem Register entfernt. Ebenso werden Taten aus dem Zentralregister entfernt, wenn das Alter des Täters über 90 Jahre ist oder der Registerbehörde die amtliche Mitteilung des Todes der Person mitgeteilt wurde.

Die erhaltenen Strafregisterauszüge reichen maximal in das Jahr 2002 hinein. Der Beobachtungszeitraum vorliegender Studie belief sich daher auf 7-12 Jahre (1990-2002) in Bezug auf Straftaten, welche nach der Entlassung begannen wurden. Das Beobachtungsintervall hinsichtlich Straftaten, die vor der stationären Aufnahme erfolgten, geht maximal in das Jahr 1974 zurück. Die kriminellen Taten wurden in straffällige bzw. nicht gewalttätige Straftaten und Gewaltverbrechen unterteilt.

2.1.3 Erfassung der psychopathologischen Befunde

Die Anamnese, einige soziodemografische Faktoren, die körperlichen Untersuchungs- und psychopathologischen Befunde der Patienten wurden jeweils bei Aufnahme als auch bei Entlassung durch das AMDP Manual (Association for Methodology and Documentation in Psychiatry) System dokumentiert (siehe dazu auch Anhang, D). Dieses System wurde von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie in Europa entwickelt, um eine einheitliche Erfassung und Dokumentation der Befunde zu gewährleisten. Durch den Umfang von nahezu 200 Anamnese Punkten

hat es sich als diagnostisches Instrument mehrfach etabliert. Je nach Ausprägung der einzelnen Symptome erfolgt die Quantifizierung anhand einer Punktevergabe von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (schwer ausgeprägt). In vorliegender Arbeit wurden ausgewählte AMDP Punkte ausgewertet, um den Einfluss der Symptome auf späteres kriminelles Verhalten zu testen. Zudem wurden mehrere AMDP Punkte zu Syndromen zusammengefasst; diese Symptomkonstellationen wurden anschließend analysiert, um Aussagen über dessen Einfluss auf späteres straffälliges Verhalten zu treffen.

2.1.4 Statistische Auswertung

Unter zu Hilfenahme des Programms SAS und des Programmpakets SPSS 14.0, 16.0 und 17.0 erfolgte die Datenverarbeitung und die statistische Auswertung.

Zur Auswertung des Datensatzes wurde unter anderem die logistische Regressionsanalyse gewählt. Das logistische Regressionsmodell beschreibt den Zusammenhang einer kategoriellen Zielgröße und eine Menge von erklärenden Variablen (96). In seiner einfachsten Form wird das Modell durch folgende Formel beschrieben:

$$\text{Logit}(p_i) = \log \frac{p_i}{1 - p_i} = \alpha + \beta'x_i$$

p_i	Wahrscheinlichkeit für das Eintreten des Zielereignisses
α	konstanter Term (Intersept)
β	Vektor von Steigungsparametern und
x_i	Vektor von Kovariablen

Abb. 2.1.1 Logistische Regressionsmodell

Dabei beinhaltet das Modell eine Zielgröße Y und eine Menge von Kovariablen. Die Zielvariable entspricht in vorliegender Arbeit dem „Eintreten/bzw. nicht Eintreten einer Straftat“. In dem Programm SAS wurde hierfür die Prozedur „GENMOD“ verwendet.

Anhand der Analyseverfahren erfolgten Testungen einzelner soziodemografischer Merkmale, einzelner Symptome der Patienten bei Aufnahme und ausgewählter Symptomkonstellationen bei Aufnahme und bei Entlassung.

Erstere Auswertungen ergaben bei einzelnen Merkmalen signifikante Ergebnisse. Als Hinweise auf einen möglichen Einfluss dieser Variablen auf späteres straffälliges Verhalten wurden diese als gewisse „Risiko-Grundkonstellation“ zusammengefasst und in weiteren Signifikanztestungen anderer Merkmale miteinbezogen. Im Folgenden wird hierbei von Kovarianten gesprochen.

Die Merkmals- und Symptomausprägungen wurden den AMDP Bögen entnommen. Weitere Berechnungen beziehen sich auf so genannte „Syndrome“, welche eine Konstellation von Symptomen widerspiegelt. Die Analysen beziehen sich dabei auf ausgewählte Syndrome und ausgewählte Syndrom-Konstellationen.

Bei allen Rechnungen wurde zunächst der alleinige Einfluss der Testvariablen auf das Zielereignis geprüft und anschließend, wie bereits oben erwähnt, mit der zusätzlichen Konstellation der Kovarianten.

Des Weiteren erfolgte eine Gegenüberstellung der jeweiligen Schwere- bzw. Ausprägungsgrade ausgewählter soziodemografischer Merkmale einerseits und ausgewählter psychopathologischer Symptome und Syndrome andererseits.

Zuletzt erfolgten die Berechnungen der relativen Wahrscheinlichkeiten (Odds ratio = OR), dass zukünftig eine Straftat begangen wird (siehe Abbildung 2.1.2 und Tabelle 2.1.1). Dabei beschreibt die Odds ratio das Verhältnis des relativen Risikos, das ein Ereignis eintritt, zum relativen Risiko, dass das Ereignis nicht eintritt und kann anhand folgender Gleichung berechnet werden:

$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$	alternative	$OR = \exp^{(\text{coefficient})}$
--------------------------------------	-------------	------------------------------------

Abb. 2.1.2 Odds ratio

	Straf-/gewalttätiges Verhalten	unauffälliges Verhalten
Syndrom bzw. Merkmal 1	A	B
Syndrom bzw. Merkmal 2	C	D

Tab. 2.1.1 Kreuztabelle der Variablen a-d zur OR-Gleichung

In den deskriptiven Analysen wurden Signifikanzen anhand Chi Quadrat Testung für die Merkmale „Diagnose“, „Geschlecht“, „fehlende Krankheitseinsicht“ und „Substanzmissbrauch“ berechnet.

Die Chi Quadrat Testung dient der Testung auf Überzufälligkeit von Zusammenhängen in Kreuztabellen mit i Zeilen und j Spalten und stellt den Vergleich der tatsächlich beobachteten Häufigkeit n_{ij} mit der unter der Nullhypothese zu erwartenden Häufigkeiten e_{ij} dar (95). Dazu betrachtet man die quadratischen Differenzen aus der beobachteten und erwarteten Häufigkeit und teilt diesen Wert wiederum durch die erwartete Häufigkeit; die Werte der einzelnen Zellen werden anschließend über alle Zeilen und Spalten aufsummiert (95). Diese Summe wird mit folgender Gleichung dargestellt:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

n_{ij} beobachtete Häufigkeit
 e_{ij} erwartete Häufigkeit

Abb. 2.1.3 Chi Quadrat Testung

Signifikanzen von unabhängigen Variablen (z. Bsp. Alter) wurden anhand T-Testung für unabhängige Variablen ermittelt. Diese Testung dient der statistischen Hypothesenprüfung, ob eine Teststatistik im Ablehnungsbereich liegt und wird mit folgender Formel dargestellt (95):

$$T = \frac{\bar{x} - \bar{y} - \mu}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1) \times \sigma_1 + (n_2 - 1) \times \sigma_2}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

\bar{x} arithmetische Mittel der ersten Gruppe
 \bar{y} arithmetische Mittel der zweiten Gruppe
 n_1 Stichprobenumfang der ersten Gruppe
 n_2 Stichprobenumfang der zweiten Gruppe
 σ_1 Varianz (Schätzwert der Grundgesamtheit) der ersten Gruppe
 σ_2 Varianz der zweiten Gruppe
 μ Betrag der zu prüfenden Nullhypothese

Abb. 2.1.4 T-Testung für unabhängige Variablen; Varianzen gleich

Sind die Varianzen der beiden Untergruppen nicht gleich, wird folgende Formel angewendet:

$$T = \frac{\bar{x} - \bar{y} - \mu}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

Legende:

siehe Abb. 2.1.4

Abb. 2.1.5 T-Testung für unabhängige Variablen; Varianzen ungleich

Die Signifikanztestung der „Aufenthaltsdauer“ erfolgte anhand Mann-Whitney-U-Test, die Testung der Merkmale „Familienstand“ und „Ausbildung“ anhand Kruskal-Wallis-H-Test.

Beide Testverfahren gehören zu den nicht parametrischen Analyseverfahren und werden zum Vergleich der Mittelwerte mehrerer Stichproben herangezogen, wenn die Voraussetzungen für die T-Testung unabhängiger Variablen nicht gegeben sind, d.h. wenn die Messwerte nicht normal verteilt oder die Varianzen der Gruppen stark unterschiedlich sind (95). Der Kruskal-Wallis-H-Test stellt dabei eine Verallgemeinerung des Wilcoxon's Rangsummentest (oder auch Wilcoxon-Mann-Whitney Test oder Mann-Whitney-U-Test) auf mehr als zwei Stichproben dar (95).

Die grafische Darstellung der Daten erfolgte anhand von Microsoft Excel, Microsoft Word, SPSS Version 14.0, 16.0 und 17.0.

2.2 Analyse der Straftaten

2.2.1 Straftatenanzahlen

Insgesamt wurden in der Beobachtungsperiode 307 eingetragene Straftaten verzeichnet, darunter waren 258 nicht gewalttätige Straftaten und 49 Gewaltverbrechen vertreten. Von den dokumentierten Straftaten fanden 143 Taten vor der stationären Aufnahme und 164 Taten nach der Entlassung statt. 86 Taten sind vor dem Jahre 1990

begangen worden.

Dabei zählte die Gruppe der manisch Erkrankten insgesamt 74 Delikte (65 nicht gewalttätige Straftaten, 9 Gewaltverbrechen), die Gruppe der Bipolaren 79 (64 nicht gewalttätige Straftaten, 15 Gewaltverbrechen) und die Depressiven 154 Straftaten (129 nicht gewalttätige Straftaten, 25 Gewaltverbrechen). Die nicht gewalttätigen und gewalttätigen Taten wurden von insgesamt 65 Patienten (14 Maniker, 18 bipolar Erkrankte, 33 Depressive) begangen. Von diesen konnten bei 21 Personen zusätzlich Gewaltverbrechen vermerkt werden. In Bezug auf alle 307 Delikte kamen im Durchschnitt auf jeden Täter 4,72 Taten. Auf jeden straffälligen Maniker kamen im Schnitt 5,29, auf jeden straffälligen Bipolar Erkrankten 4,39 und auf jeden straffälligen Depressiven 4,67 Taten.

Jeder Straftäter begann durchschnittlich 3,97 nicht gewalttätige Straftaten; die Maniker begannen im Schnitt 4,64, die Bipolaren 3,56 und die Depressiven 3,91 Taten. Auf jeden Gewalttäter wurden im Schnitt 2,33 Gewalttaten gezählt; jedem gewalttätigen Maniker konnten 1,8, jedem Patienten mit bipolarer Störung 2,5 und jedem Depressivem 2,5 Gewalttaten zugeordnet werden.

Auf das Gesamtkollektiv bezogen kamen auf jeden Patienten 0,20 Taten; innerhalb der Gruppe der Manien wurden sogar 0,83 Taten pro manisch Erkranktem gezählt. Gleiche Berechnungen lieferten für die bipolar Erkrankten den Wert 0,10, für die Depressiven den Wert 0,22 (siehe dazu auch Tabelle 2.2.1).

70 Vergehen wurden wegen mangelnder Aufklärung eingestellt. Sie wurden den nicht gewalttätigen Taten zugeordnet, konnten aber leider nicht weiter differenziert werden.

Die Anzahl der straffälligen Personen innerhalb des Gesamtkollektivs und innerhalb der jeweiligen Patientengruppe und die Anzahl der Straftaten sind in Tabelle 2.2.1 zusammengefasst.

Straftaten der 1561 Patienten während einer 7-12 jährigen Beobachtungszeit nach Entlassung bzw. Straftaten vor der stationären Aufnahme (max. bis 1974 zurückreichend)	Gesamt		Manisch		Bipolar		Depressiv	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Gesamtzahl der rekrutierten Patienten	1561	100	89	100	770	100	702	100
Anzahl aller Delikte	307	100	74	100	79	100	154	100
Durchschnitt der Taten pro Täter	4,72		5,29		4,39		4,67	
Durchschnitt der Taten pro Kollektiv der einzelnen Gruppen	0,20		0,83		0,10		0,22	
1. nicht gewalttätiges Verhalten								
Straffällige Personen	65	4,16	14	15,73	18	2,34	33	4,70
Anzahl der Straftaten	258	84,04	65	87,84	64	81,01	129	83,77
Durchschnitt der Straftaten pro Straftäter	3,97		4,64		3,56		3,91	
Durchschnitt der Straftaten pro Kollektiv der einzelnen Gruppen	0,17		0,73		0,08		0,18	
2. gewalttätiges Verhalten								
Gewalttätige Personen	21	1,35	5	5,62	6	0,78	10	1,42
Anzahl der Gewaltverbrechen	49	15,96	9	12,16	15	18,99	25	16,23
Durchschnitt der Gewalttaten pro gewalttätiger Person	2,33		1,8		2,5		2,5	
Durchschnitt der Gewalttaten pro Kollektiv der einzelnen Gruppen	0,03		0,10		0,02		0,04	
Verfahren								
Gerichtsverhandlungen	210							
darunter eingestellte Verfahren	70	22,80	27	36,49	14	17,72	29	18,83
Delikte vor der stationären Aufnahme	143	46,58						
Delikte nach der Entlassung	164	53,42						
Delikte vor 1990	86	28,01						
Delikte von 1990-2002	221	71,99						

Tab 2.2.1 Anzahl der straffälligen Personen mit einer affektiven Störung (Gesamtkollektiv, bipolar Erkrankte, Maniker, Depressive), Anzahl der Straftaten

2.2.2 Straftatenarten

Die Delikte in vorliegender Arbeit wurden in nicht gewalttätige Taten bzw. Straftaten und in Gewaltverbrechen eingeteilt. Dabei wurden die Gewaltverbrechen als ein Verhalten definiert, welches zur Verletzung der körperlichen Integrität anderer führt.

Die Einteilung der unterschiedlichen Delikte und deren Anzahl sind in Tabelle 2.2.2

dargestellt. Die Taten sind nach absteigender Anzahl aufgelistet.

Art der Straftat	Anzahl der Fälle und die Angabe des Prozentwertes							
1. nicht gewalttätige Straftaten	Gesamt	%	Manie	%	Bipolar	%	Depres.	%
Untreue	31	10,1	0	0,00	0	0,00	31	20,13
Diebstahl (geringwertiger Sachen)	24	7,82	3	4,05	11	13,92	10	6,49
(versuchter) Betrug	20	6,51	8	10,81	6	7,59	6	3,90
Beleidigung	16	5,21	1	1,35	9	11,39	6	3,90
Erschleichen v. Leistungen	14	4,56	2	2,70	4	5,06	8	5,19
Trunkenheit am Steuer	13	4,23	4	5,41	2	2,53	7	4,55
Beförderungerschleichung	8	2,61	0	0,00	4	5,06	4	2,30
Widerstand gegen die Staatsgewalt	7	2,28	1	1,35	2	2,53	4	2,30
Sachbeschädigung	6	1,94	1	1,35	1	1,27	4	2,30
Hausfriedensbruch	5	1,63	3	4,05	0	0,00	2	1,30
Fahren ohne Fahrerlaubnis	5	1,63	0	0,00	2	2,53	3	1,95
Gefährl. Eingriff in den Str.verkehr	5	1,63	3	4,05	0	0,00	2	1,30
Urkundenfälschung	5	1,63	4	5,41	1	1,27	0	0,00
Unterschlagung	5	1,63	1	1,35	3	3,80	1	0,65
Unerlaubt. Entf. V. Unfallort	4	1,30	1	1,35	0	0,00	3	1,95
Falsche Verdächtigung	4	1,30	2	2,70	0	0,00	2	1,30
Fahren o. Pflichtversichers.	2	0,65	1	1,35	1	1,27	0	0,00
Kfz-/Steuerhinterziehung	2	0,65	2	2,70	0	0,00	0	0,00
Missbrauch von Notrufen	2	0,65	0	0,00	0	0,00	2	1,30
Unerlaubt. Erw. von BTM's	1	0,33	0	0,00	0	0,00	1	0,65
Exhibitionistische Handlung	1	0,33	0	0,00	1	1,27	0	0,00
(vers.)(schw.) Brandstiftung	1	0,33	1	1,35	0	0,00	0	0,00
Kennzeichenmissbrauch	1	0,33	0	0,00	0	0,00	1	0,65
Verst. gegen d. Asylverfahren	1	0,33	0	0,00	1	1,27	0	0,00
Vortäuschen einer Straftat	1	0,33	0	0,00	0	0,00	1	0,65
Verunreinig. Gewässer	1	0,33	0	0,00	0	0,00	1	0,65
Üble Nachrede	1	0,33	0	0,00	0	0,00	1	0,65
Fortgesetzter Widerstand	1	0,33	0	0,00	1	1,27	0	0,00
Steuerhinterziehung	1	0,33	0	0,00	1	1,27	0	0,00
Eingestellte Verfahren	70	22,8	27	36,49	14	17,72	29	18,83
Nicht gewalttätige Straftaten insgesamt	258	84,04	65	87,84	64	81,01	129	83,77
2. Gewaltverbrechen	Gesamt	%	Manien	%	Bipolar	%	Depres.	%
Körperverletzung	15	4,89	2	2,70	7	8,86	6	3,90
Gefährl. Körperverletzung	9	2,93	1	1,35	4	5,06	4	2,30
Bedroh. D. Pers.schutzes	6	1,95	0	0,00	0	0,00	6	3,90
(versuchte) Nötigung	6	1,95	2	2,70	1	1,27	3	1,95
Fahrl. Körperverletzung	4	1,30	0	0,00	0	0,00	4	2,30

Vorsätzl. Körperverletzung	3	0,98	0	0,00	1	1,27	2	1,30
Raub	2	0,65	2	2,70	0	0,00	0	0,00
Mord	1	0,33	1	1,35	0	0,00	0	0,00
Ausübung tätlicher Gew. mit Waffe	1	0,33	1	1,35	0	0,00	0	0,00
Schw. räuber. Erpressung	1	0,33	0	0,00	1	1,27	0	0,00
Fortgeschr. Körperverl.	1	0,33	0	0,00	1	1,27	0	0,00
Gewalttaten insgesamt	49	15,96	9	12,16	15	18,99	25	16,23
Nicht gewalttätige Straftaten insgesamt	258	84,04	65	87,84	64	81,01	129	83,77
Gewalttaten insgesamt	49	15,96	9	12,16	15	18,99	25	16,23
<u>Delikte insgesamt</u>	<u>307</u>	<u>100</u>	<u>74</u>	<u>100</u>	<u>79</u>	<u>100</u>	<u>154</u>	<u>100</u>

Tab. 2.2.2 Anzahl der unterschiedlichen Straftaten, unterteilt in zwei Gruppen:
1. nicht gewalttätige Straftaten, 2. Gewaltverbrechen

Innerhalb der nicht gewalttätigen Straftaten waren der Tatbestand der Untreue, des Diebstahls und des Betruges dominierend, gefolgt von Beleidigung, Erschleichung von Leistungen und Trunkenheit am Steuer (siehe Abb. 2.2.1).

Durch die genaue Differenzierung der Taten sind in der Auflistung der Delikte viele unterschiedliche Taten aufgezählt, welche aber in ihrer Häufigkeit nicht öfter als fünfmal zu zählen sind. Zur bildlichen Darstellung wurden alle Delikte, die seltener als sechsmal begangen wurden, in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst.

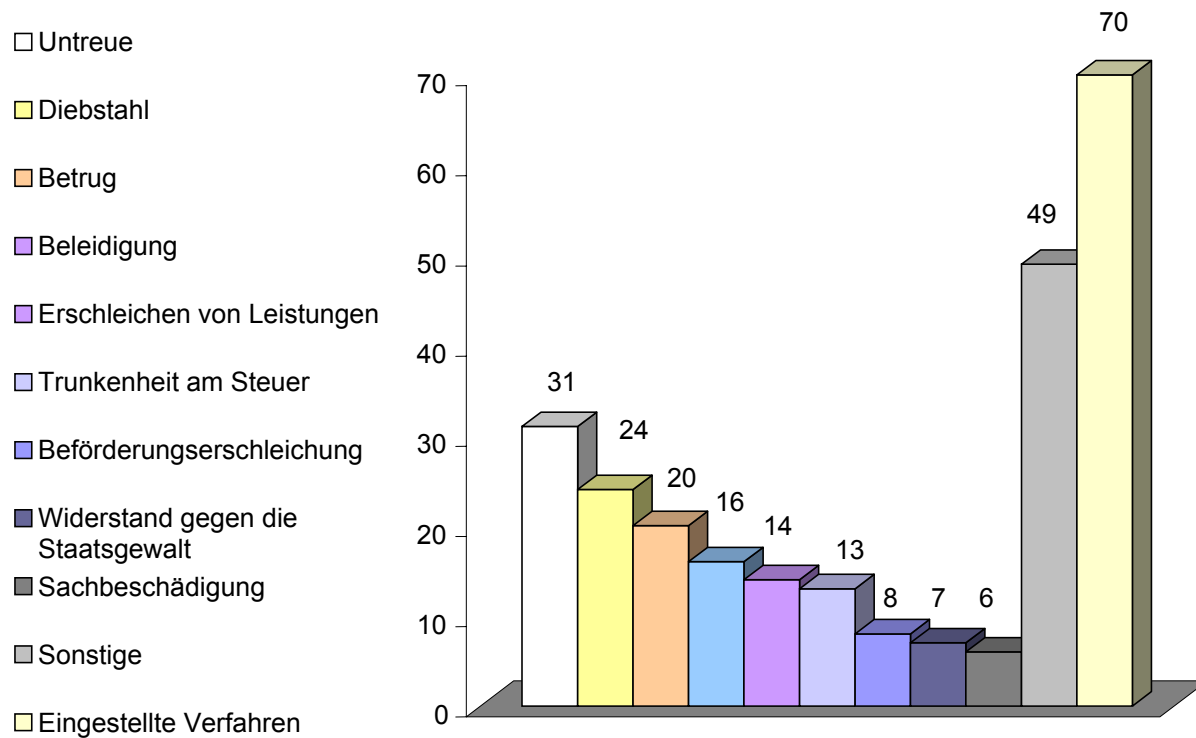


Abb. 2.2.1 Verteilung der nicht gewalttätigen Taten innerhalb des Gesamtkollektivs

Auffallend häufig innerhalb der angeführten Gewaltverbrechen waren Körperverletzungen zu beobachten (siehe Abb. 2.2.2). Zudem waren neben dem Tatbestand der Bedrohung des Personenschutzes und der Nötigung auch zwei Fälle von Raub, eine Gewaltausübung mit einer Waffe, eine schwere räuberische Erpressung und ein Mord zu verzeichnen. Der Mord, die Gewaltausübung mit einer Waffe und die Raubüberfälle wurden in der Gruppe der manisch Erkrankten begangen.

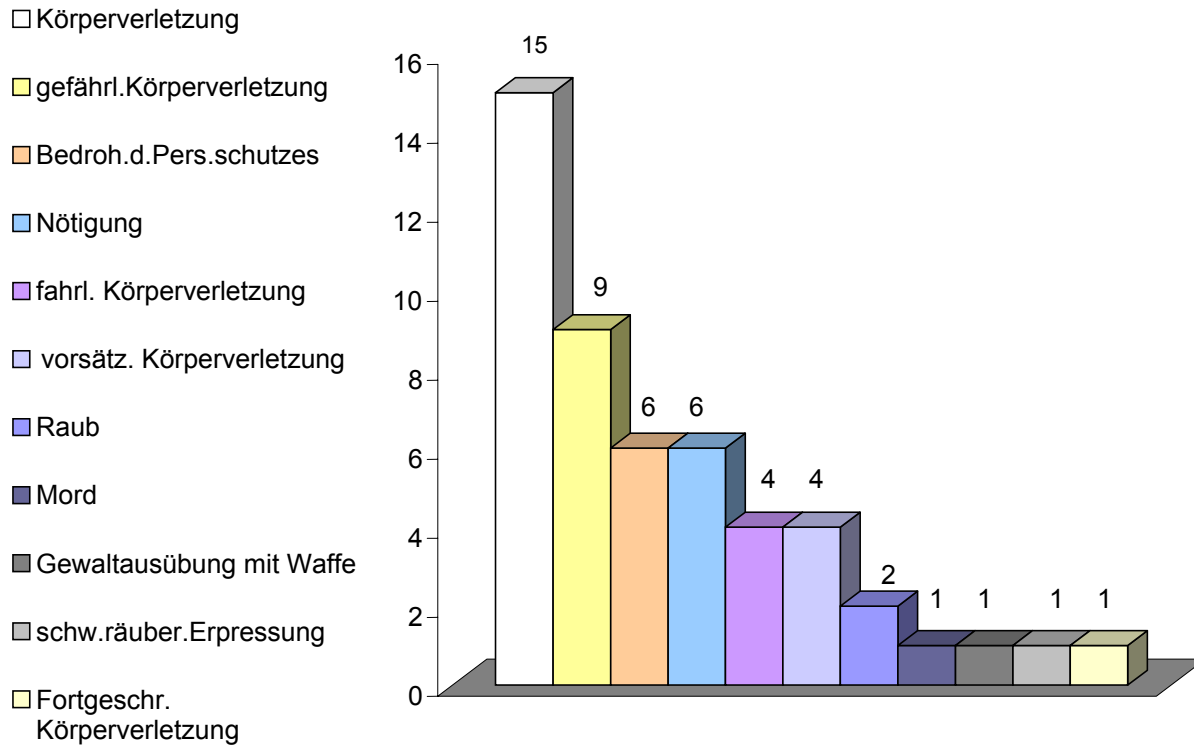


Abb. 2.2.2 Verteilung der Gewalttaten innerhalb der Gesamtkollektivs

2.2.3 Vergleiche der Straftaten mit der Polizeilichen Kriminalstatistik

Um einen Vergleich vorliegender Daten mit einem Kontrollkollektiv zu erzielen, werden im Folgenden Statistiken der Polizei Bayern aus den Jahren 1990 bis 2002 herangezogen (60; 61; 62). Diese Daten beziehen sich auf die Landeshauptstadt München und sind in Tabelle 2.2.3 zusammengefasst. Der Tätervergleich konnte lediglich an Zahlen von Tatverdächtigen erstellt werden. Die Tatverdächtigen wurden aus den deutschen und nichtdeutschen Verdächtigen summiert.

Berichtsjahre	Straftaten insgesamt	aufgeklärte Fälle	Anzahl der Delikte pro 100.000 Einwohner	Tatverdächtigenbelastungszahl ¹⁾	Prozentualer Anteil Straftäter in München in %
1990	103.439	50.647	8.481	8176	8,176
1991	105.313	53.719	8.569	7921	7,921
1992	112.632	56.846	9.164	8799	8,799
1993	113.936	61.140	9.067	8885	8,885
1994	115.135	64.793	9.170	8493	8,493
1995	113.573	66.103	9.125	8832	8,832
1996	114.497	67.544	9.261	9083	9,083
1997	116.270	68.148	9.485	9380	9,380
1998	111.133	65.659	9.216	9512	9,512
1999	109.525	64.543	9.212	9568	9,568
2000	110.650	64.244	9.263	9472	9,472
2001	116.902	67.484	9.660	9253	9,253
2002	112.059	64.633	9.126	8981	8,981
Mittelwerte	111.928	62.731	9.138,38	8950,38	8,95 %

¹⁾ Tatverdächtigenbelastungszahl (TVBZ) errechnet sich aus der Zahl der ermittelten Tatverdächtigen pro 100.000 gemeldete Einwohner der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Die angegebenen Werte beinhalten deutsche und nichtdeutsche Tatverdächtige.

Tab 2.2.3 Übersicht über Straftaten in München von 1990 bis 2002 (60; 61; 62)

Für den Vergleich der Straftaten mit Zahlen der Bundeskriminalstatistik wurde ein Beobachtungsintervall von 1990 bis 2002 gewählt. Dazu erfolgte die Mittelung der Straftatenanzahlen und der Tatverdächtigen. Es konnten im angegebenen Zeitintervall 111.928 Straftaten beobachtet werden. Im Durchschnitt wurden aufgerundet 9.138 Straftaten pro 100.000 Einwohner begangen, es wurden dabei wiederum aufgerundet 8950 Tatverdächtige dokumentiert.

Dies stellt einen prozentualen Anteil der Tatverdächtigen an den Einwohnern Münchens von 8,95 % dar. Dieser Anteil der Tatverdächtigen ist beim direkten Vergleich höher als der tatsächliche Täteranteil der untersuchten Patientengruppe (8,95% versus 4,16%). Im Schnitt wurden in der Vergleichsgruppe 1,02 Taten pro Tatverdächtigem begangen, in der Patientengruppe lag diese Zahl mit 3,4 deutlich höher. Beim Umrechnen der Delikte auf die Einwohner Münchens konnten 0,09 Taten pro Bürger berechnet werden, bei der untersuchten Gruppe waren dies 0,14 Taten auf jeden Patienten (siehe Tabelle

2.2.4).

	Gesamtkollektiv	München
Taten insgesamt (Jahre 1990-2002)	221	¹⁾ 111.928
Taten pro 100.000	²⁾ 14.157,59	¹⁾ 9.138,38
Täter bzw. Tatverdächtige	65/1561	³⁾ 8950,38/100.000
Prozentualer Anteil der Täter bzw. Tatverdächtigen	4,16 %	¹⁾ 8,95 %
Anzahl der Taten pro Täter	3,4	1,02
Anzahl der Taten	0,14 pro Untersuchten	0,09 pro Einwohner

¹⁾ Mittelwerte der Taten der Jahre 1990 bis 2002

²⁾ hochgerechnet auf 100.000

³⁾ Mittelwert der Tatverdächtigen der Jahre 1990 bis 2002 (beinhaltet deutsche und nichtdeutsche Tatverdächtige)

Tab 2.2.4 Zusammenstellung der prozentualen Verteilung der Taten auf die Täter bzw. der Taten auf die Tatverdächtigen innerhalb des Patientenkollektivs bzw. der Einwohner Münchens

2.3 Merkmale der Täter und die Verteilung der Diagnosen

Insgesamt konnten in der Statistik 65 Menschen, die durch Straftaten auffielen, erfasst werden. Das Durchschnittsalter dieser Personen belief sich dabei auf 54,20 Jahre (SD 15,77). Die Aufteilung nach Geschlechtern ergab folgendes Bild: in der Gruppe befanden sich 23 Frauen (35,4 %) und 42 Männer (64,6%). 14 Patienten waren an einer manischen, 18 an einer bipolaren und 33 an einer depressiven Störung erkrankt (siehe auch Abbildung 2.3.1).

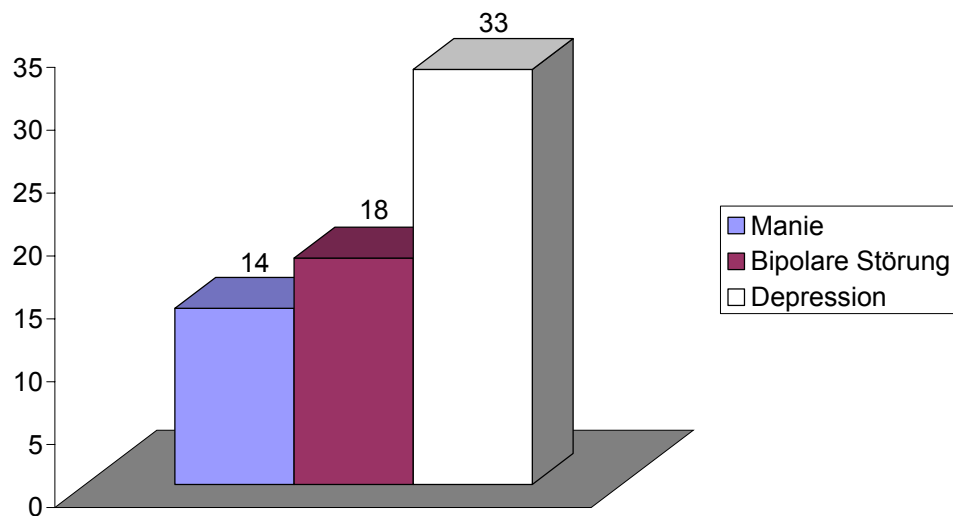


Abb. 2.3.1 Verteilung der Diagnosen innerhalb der Gruppe der Straftäter

Die mittlere Dauer des Krankenhausaufenthaltes belief sich auf 66,87 Tage (SD 40,49). Fehlende Krankheitseinsicht konnte bei einer Person dokumentiert werden, Substanzmissbrauch spielte bei neun Personen eine Rolle. Acht Personen waren ledig, 21 verheiratet bzw. in einer Partnerschaft lebend, 10 Personen getrennt oder geschieden und insgesamt 26 Personen waren verwitwet. Bei jeweils 20 Straffälligen zeigte sich ein niedriges und mittleres Ausbildungsniveau, 25 konnten ein hohes Ausbildungsniveau aufweisen. Sämtliche soziodemografische Merkmale der Täter sind in Tabelle 2.3.1 dargestellt.

	Nicht gewalttätige Straftäter	Gewalttätige Straftäter
Anzahl insgesamt	65 (100%)	21 (100%)
Geschlecht		
Männlich	42 (64,6%)	18 (85,7%)
Weiblich	23 (35,4%)	3 (14,3%)
Diagnose		
Bipolare Störungen	18 (27,7%)	6 (28,6%)
Manie	14 (21,5%)	5 (23,8%)
Depression	33 (50,8%)	10 (47,6%)
Durchschnittsalter	54,20 Jahre (SD 15,77)	52,14 Jahre (SD 11,77)
Familienstand		
ledig	8 (12,3%)	3 (14,3%)
Verheiratet/Partnerschaft	21 (32,3%)	8 (38,1%)
Getrennt/geschieden	10 (15,4%)	1 (4,8%)
Verwitwet	26 (40,0%)	9 (42,8%)
Ausbildung¹⁾		
Niedrig	20 (30,8%)	8 (38,1%)
Mittel	20 (30,8%)	8 (38,1%)
Hoch	25 (38,5%)	5 (23,8%)
Durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer	66,87 Tage (SD 40,49)	58,47 Tage (SD 32,60)
Krankheitseinsicht		
Fehlend	1 (1,5%)	0 (0%)
Vorhanden	64 (98,5%)	21 (100%)
Substanzmissbrauch		
Kein Missbrauch	56 (86,2%)	19 (90,5%)
Substanzmissbrauch	9 (13,8%)	2 (9,5%)

¹⁾ Niedrig: Keine Ausbildung, Sonderschule, schlechter Hauptschulabschluss
Mittel: guter Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschule
Hoch: Abitur, Hochschulabschluss

Tab 2.3.1 Soziodemografische Merkmale der nicht Gewalttätigen und Gewalttätigen

Des Weiteren konnten in der Studie 21 gewalttätige Personen eruiert werden; 18 Männer und drei Frauen. Fünf Personen litten an einer manischen Erkrankung, sechs an einer bipolaren und zehn an einer Depression (siehe Abbildung 2.3.2).

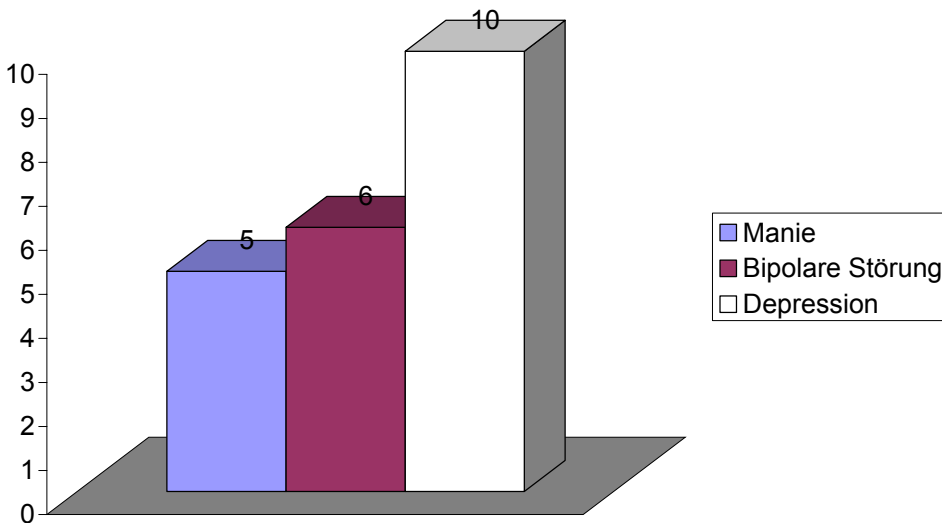


Abb. 2.3.2 Verteilung der Diagnosen innerhalb der Gruppe der Gewalttätigen

Drei Personen waren ledig, acht Personen liiert, eine Person getrennt bzw. geschieden und neun Personen waren verwitwet. Jeweils acht Patienten wiesen niedrigen und mittleren, fünf Personen einen hohen Ausbildungsstand auf. Krankheitseinsicht war bei allen vorhanden, bei zwei Personen lag ein Substanzmissbrauch vor. Das Durchschnittsalter lag bei 52,14 Jahren (SD 11,77), die mittlere Verweildauer belief sich auf 58,47 Tagen (SD 32,60). Die soziodemografischen Merkmale der Gewalttätigen sind ebenso in Tabelle 2.3.1 dargestellt.

Die Aufteilung der Diagnosen innerhalb der Gruppen ist in Tabelle 2.3.2 zusammengefasst. Mit Hilfenahme des Chi Quadrat Test konnte festgestellt werden, dass signifikante Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen innerhalb der unauffälligen Gruppe und der straffälligen bzw. gewalttätigen Gruppe vorliegen. Dabei ist der prozentuale Anteil der manischen Erkrankungen in der straffälligen und gewalttätigen Fraktion signifikant gestiegen, der Anteil der bipolaren Erkrankungen zeigte ein prozentuales Absinken und die depressiven Erkrankungen zeigten keinerlei prozentuale Veränderungen.

Diagnosen	Gesamt Kollektiv	Keinen Eintrag nach Entlassung I	Straftat nach Entlassung II	Gewalttat nach Entlassung III	P	
					II vs I	III vs I
Manien	89 (5,7%)	75 (5,0%)	14 (21,5%)	5 (23,8%)	¹⁾ <u>0,000</u>	¹⁾ <u>0,001</u>
Bipolare	770 (49,3%)	752 (50,3%)	18 (27,7%)	6 (28,6%)		
Depression	702 (45,0%)	669 (44,7%)	33 (50,8%)	10 (47,6%)		
Gesamt	1.561(100%)	1.496 (100%)	65 (100%)	21 (100%)		

¹⁾ Chi-Quadrat Test

Tab 2.3.2 Verteilung der Diagnosen innerhalb der verschiedenen Gruppen (Gesamtkollektiv, unauffällige-, straffällige-, gewalttätige Gruppe)

Eine bildliche Darstellung dieser Erkenntnisse erhält man zudem durch Abbildung 2.3.3.

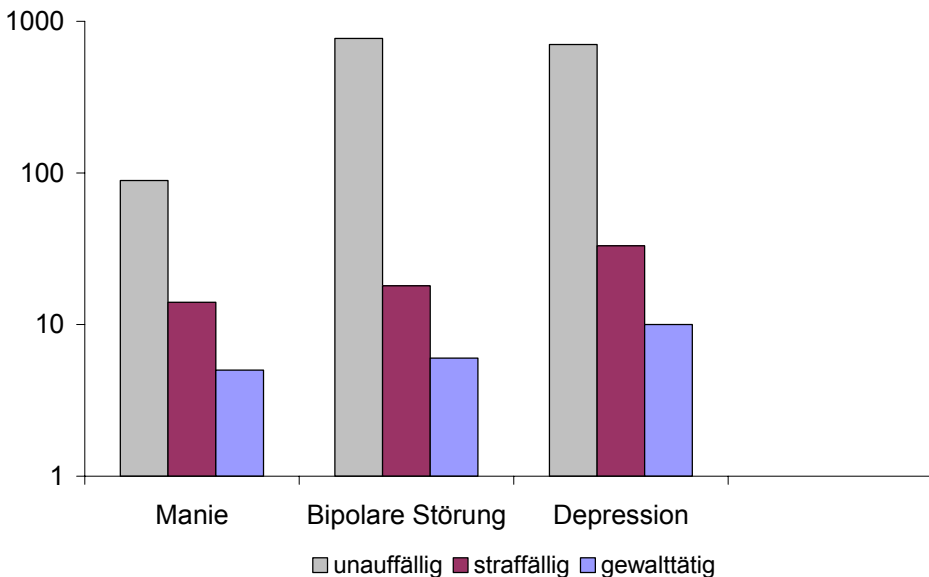


Abb. 2.3.3 Verteilung der unauffälligen, straffälligen und gewalttätigen Patienten in den jeweiligen Diagnosegruppen

2.4 Logistische Regressionsanalyse

2.4.1 Häufigkeitsanalyse bestimmter soziodemografischer Merkmale

Wie bereits im Einleitungsteil erwähnt, erfolgen weitere Berechnungen mittels logistischer Regressionsanalyse.

Erstere Analysen testen die Merkmale „Geschlecht“, „Diagnose“, „Familien- und Ausbildungsstand“. Dabei sind die Parameter „Geschlecht“ ($P < 0.0001$), „Diagnose“

($P < 0.0001$) und „Familienstand“ ($p < 0.0001$) signifikant; der Parameter „Ausbildung“ ($P = 0.9128$) ist nicht signifikant (siehe Tabelle 2.4.1). Die Zielvariable ist hierbei durch das „nicht Eintreten einer Straftat“ definiert. Anhand der geringen Zielereignisse wurde keine Differenzierung in nicht gewalttätige Straftat und Gewalttat vorgenommen. Zuvor erfolgte eine Umwandlung aller polytomen Merkmale in dichotomen Variablen; bei diesen dichotomisierten Variablen wurden die nicht signifikanten Merkmalsausprägungen zusammengefasst.

Gesamtkollektiv	Personen mit einer affektiven Erkrankung	Keinen Eintrag nach Entlassung I	Straftaten nach Entlassung II	P ¹⁾ II versus I
Gesamtanzahl	1.561 (100%)	1.496 (95,84%)	65 (4,16%)	
Geschlecht				
männlich	512 (32,8%)	470 (31,4%)	42 (64,6%)	< 0,0001
weiblich	1.049 (67,2%)	1.026 (68,6%)	23 (35,4%)	
Diagnosen				
Manien	89 (5,7%)	75 (5,0%)	14 (21,5%)	< 0,0001
Bipolare, Depression	1472 (94,3%)	1421 (95%)	51 (78,5%)	
Familienstand				
verwitwet	175 (11,2%)	149 (10,0%)	26 (40,0%)	< 0,0001
andere ²⁾	1386 (88,8%)	1347 (90%)	39 (60%)	
Ausbildung ³⁾				
Hoch	455 (29,1%)	430 (28,7%)	25 (38,5%)	0,9128
Niedrig, Mittel	1106 (70,9%)	1066 (71,3%)	40 (61,5%)	

¹⁾ logistische Regressionsanalyse, SAS GENMOD Procedure

²⁾ Andere: Ledig, Verheiratet/Partnerschaft, Getrennt/geschieden

³⁾ Niedrig: Keine Ausbildung, Sonderschule, schlechter Hauptschulabschluss
Mittel: guter Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschule
Hoch: Abitur, Hochschulabschluss

Tab 2.4.1 Soziodemografische Merkmale und Häufigkeitsvergleich zwischen der unauffälligen Gruppe und der straffälligen Gruppe innerhalb des Gesamtkollektivs; Grundmodell

Aufgrund der hier vorliegenden Hinweise auf signifikante Einflüsse dieser Merkmale, wird an dieser Stelle ein Grundmodell, bestehend aus den Merkmalen „Geschlecht“, „Diagnose“, „Familien- und Ausbildungsstand“ erstellt, da für diese Merkmale eine scheinbare Risikokonstellation für späteres straffälliges Verhalten vorliegt. Es werden in den folgenden statistischen Auswertungen weitere Merkmale alleine getestet und anschließend mit gleichzeitigem Vorliegen des Grundmodells; diese Ergebnisse sind in den Tabellen mit dem Zusatz „Kovarianten“ erkenntlich gemacht.

Folgende Berechnungen beziehen sich auf die Merkmale „Alter“, „Dauer“ und „Substanzmissbrauch“. Dabei ist zu beachten, dass sich die Berechnungen, wie bereits oben erwähnt, auf das Zielereignis „nicht Eintreten einer Straftat“ fokussieren; es wurden also Merkmalsausprägungen untersucht, welche, hypothetisch angenommen, keinerlei Einfluss auf Gewaltentstehung besitzen.

Tabelle 2.4.2 fasst statistische Parameter dieser Merkmalsausprägungen zusammen.

Merkmale	Wahrscheinlichkeit	Standard Fehler	Konfidenzintervall		Chi Quadrat ¹⁾	OR
			Von	bis		
Alter ²⁾	-0,0072	0,0078	-0,0225	0,0082	0,3616	0,45
Dauer ³⁾	-0,1036	0,0222	-0,1471	-0,0601	<0,0001	1,71
Substanzmissbrauch ⁴⁾	-0,0224	0,0217	-0,0651	0,0202	0,3018	0,59

¹⁾ logistische Regressionsanalyse der Merkmalsausprägung, SAS GENMOD Procedure

Analysis Of GEE Parameter Estimates; Empirical Standard Error Estimates

²⁾ Unterteilung in 3 Levels: 1 = 0-30 Jahre, 2 = 31-60 Jahre, 3 = > 61 Jahre; Testung der Merkmalsausprägung 3

³⁾ Unterteilung in 3 Levels: 1 = 0-30 Tage, 2 = 31-60 Tage, 3 = > 61 Tage; Testung der Merkmalsausprägung 1

⁴⁾ Testung der Merkmalsausprägung: kein Substanzmissbrauch

Tab 2.4.2 Zusammenfassung statistischer Parameter ausgewählter Merkmalsausprägungen

Dabei scheint die Aufenthaltsdauer der Patienten einen Einfluss auf späteres straffälliges Verhalten zu besitzen ($p < 0,0001$; OR = 1,71).

Die Tabelle 2.4.3 und 2.4.4 veranschaulichen die Häufigkeiten dieser soziodemografischen Merkmale und fassen unter anderem die p Werte der statistischen Modelle zusammen. Anhand logistischer Regressionsanalyse wurden Einflüsse des Haupteffektes der Merkmale ermittelt; des Weiteren erfolgten selbige Signifikanztestungen mit Einbezug des Grundmodells (siehe „Kovarianten“).

Kreuztabelle				
Soziodemografisches Merkmal		Straftat		Total
		nein	Ja	
Dauer	0-30 Tage	381	13	394
	31 – 60 Tage	508	17	525
	> 61 Tage	607	35	642
Alter	1 – 30 Jahre	146	3	149
	31 – 60 Jahre	840	42	882
	älter 61 Jahre	510	20	530
Substanz- Missbrauch	nein	1176	56	1232
	Ja	320	9	329
Total		1496	65	1561

Tab 2.4.3 Kreuztabelle ausgewählter soziodemografischer Merkmale

Gesamtkollektiv	Personen mit einer affektiven Erkrankung	Keinen Eintrag nach Entlassung I	Straftaten nach Entlassung II	P ¹⁾ I versus II	
				Haupteffekt ²⁾	Kovarianten ³⁾
Gesamtanzahl	1.561 (100%)	1.496 (95,84%)	65 (4,16%)		
Alter ⁴⁾ (Mittelwert in Jahren)	53,26 (SD 16,30)	53,22 (SD 16,32)	54,20 (SD 15,77)	0,3679	1,0000
Aufenthaltsdauer ⁵⁾ (Mittelwert in Tagen)	64,39 (SD 51,52)	64,28 (SD 51,96)	66,87 (SD 40,49)	0,3679	0,9945
Substanzmissbrauch					
Kein Missbrauch	1.232 (78,9%)	1.176 (78,6%)	56 (86,2%)	0,3477	1,0000
Substanzmissbrauch	329 (21,1%)	320 (21,4%)	9 (13,8%)		

¹⁾ logistische Regressionsanalyse des Haupteffektes und mit Einbezug der Kovarianten, SAS GENMOD Procedure

²⁾ Score Statistics For Type 3 GEE Analysis

³⁾ LR Statistics For Type 3 GEE Analysis

⁴⁾ Unterteilung in 3 Levels: 1 = 0-30 Jahre, 2 = 31-60 Jahre, 3 = > 61 Jahre;

⁵⁾ Unterteilung in 3 Levels: 1 = 0-30 Tage, 2 = 31-60 Tage, 3 = > 61 Tage;

Tab 2.4.4 Soziodemografische Merkmale und Häufigkeitsvergleich zwischen der unauffälligen Gruppe und der straffälligen Gruppe innerhalb des Gesamtkollektivs, Haupteffekt und mit Einbezug der Kovarianten

Bezogen auf die jeweiligen statistischen Modelle konnten hierbei keinerlei signifikante Unterschiede innerhalb des Alters der Patienten, der Aufenthaltsdauern und des Substanzmissbrauches festgestellt werden. Auch bei gleichzeitigem Vorliegen der

Kovarianten konnten keinerlei signifikante Einflüsse der jeweiligen Merkmale auf späteres straffälliges Verhalten festgestellt werden.

2.4.2 Häufigkeitsanalyse ausgewählter Krankheitssymptome

Im folgenden Abschnitt der Arbeit werden die Häufigkeiten einzelner Symptome bei Aufnahme dargestellt und gesondert für jede einzelne Gruppe betrachtet. Anschließend erfolgt der Vergleich dieser Häufigkeiten zwischen der unauffälligen und der straffälligen Gruppe, um einen voraussagenden Charakter einzelner Symptome für späteres kriminelles Verhalten bestimmen zu können. Diese Merkmale wurden dem AMDP Aufnahmebogen nach subjektiver Einschätzung einer möglichen Relevanz für den Zusammenhang von straffälligem Verhalten und vorliegenden Erkrankungssymptomen entnommen. Dazu wurden beispielsweise Merkmale wie „Misstrauen“; „Gereizt“, „Aggressivität“ untersucht. Aufgrund der geringen Fallzahl der Gewalttätigen wurden diese auch hier nicht gesondert behandelt; sie wurden den Straftaten zugeordnet. Wie oben, beziehen sich Berechnungen der Merkmale auf den alleinigen Haupteffekt und auf das gleichzeitige Vorliegen der Kovarianten.

Die Häufigkeiten der Ausprägungsqualität wichtiger AMDP Punkte und die jeweiligen p Werte der statistischen Modelle sind in Tabelle 2.4.5 zusammengefasst. Bei einigen Berechnungen existiert keine statistische Lösung, da die Daten für die statistische Modellierung „nicht gut genug“ sind.

Symptome bei Aufnahme	Häufigkeiten			P II vs I	
	Nicht Straffällige I	Straffällige II	Gesamt	Haupteffekt	Kovarianten
a20 grübeln					
¹⁾ 0	689(46,1%)	41(63,1%)	730(46,8%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	91(6,1%)	2(3,1%)	93(6,0%)		
2	425(28,4%)	15(23,1%)	440(28,2%)		
3	291(19,5%)	7(10,8%)	298(19,1%)		
a27 Misstrauen					
¹⁾ 0	1.176(78,6%)	48(73,8%)	1.224(78,4%)	0.3679 ⁴⁾	6)
1	128(8,6%)	8(12,3%)	136(8,7%)		
2	137(9,2%)	9(13,8%)	146(9,4%)		
3	55(3,7%)	0(0,0%)	55(3,5%)		
a38 Wahn-Dynamik					
¹⁾ 0	1.344(89,8%)	59(90,8%)	1.403(89,9%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	31(2,1%)	2(3,1%)	33(2,1%)		
2	84(5,6%)	3(4,6%)	87(5,6%)		
3	37(2,5%)	1(1,5%)	38(2,4%)		
a45 Größenwahn					
¹⁾ 0	1.425(95,3%)	58(89,2%)	1.483(95,0%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	21(1,4%)	1(1,5%)	22(1,4%)		
2	31(2,1%)	3(4,6%)	34(2,2%)		
3	19(1,3%)	3(4,6%)	22(1,4%)		
a47 Illusionen					
¹⁾ 0	1.487(99,4%)	65(100%)	1.552(99,4%)	0.3679 ⁴⁾	6)
1	5(0,3%)	0(0,0%)	5(0,3%)		
2	4(0,3%)	0(0,0%)	4(0,3%)		
a48 Stimmenhören					
¹⁾ 0	1.451(97,0%)	64(98,5%)	1.515(97,1%)	0.3679 ⁴⁾	6)
1	21(1,4%)	0(0,0%)	21(1,3%)		
2	14(0,9%)	1(1,5%)	15(1,0%)		
3	10(0,7%)	0(0,0%)	10(0,6%)		
a53 Derealisation					
¹⁾ 0	1.439(96,2%)	64(98,5%)	1.503(96,3%)	0.3679 ⁴⁾	6)
1	29(1,9%)	1(1,5%)	30(1,9%)		
2	21(1,4%)	0(0,0%)	21(1,3%)		
3	7(0,5%)	0(0,0%)	7(0,4%)		
a64 hoffnungslos					
¹⁾ 0	663(44,3%)	43(66,2%)	706(45,2%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	142(9,5%)	1(1,5%)	143(9,2%)		
2	390(26,1%)	16(24,6%)	406(26,0%)		
3	301(20,1%)	5(7,7%)	306(19,6%)		
a66 euphorisch					
¹⁾ 0	1.325(88,6%)	44(67,7%)	1.369(87,7%)	0.3679 ⁴⁾	0.0345 ⁵⁾
1	24(1,6%)	4(6,2%)	28(1,8%)		

2	94(6,3%)	8(12,3%)	102(6,5%)		
3	53(3,5%)	9(13,8%)	62(4,0%)		
a68 gereizt					
¹⁾ 0	1.212(81,0%)	42(64,6%)	1.254(80,3%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	105(7,0%)	3(4,6%)	108(6,9%)		
2	126(8,4%)	14(21,5%)	140(9,0%)		
3	53(3,5%)	6(9,2%)	59(3,8%)		
a82 antriebsgesteigert					
¹⁾ 0	1.236(82,6%)	35(53,8%)	1.271(81,4%)	0.3679 ⁴⁾	0.0131 ⁵⁾
1	31(2,1%)	4(6,2%)	35(2,2%)		
2	145(9,7%)	14(21,5%)	159(10,2%)		
3	84(5,6%)	12(18,5%)	96(6,1%)		
a83 motorisch unruhig					
¹⁾ 0	988(66,0%)	36(55,4%)	1.024(65,6%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	124(8,3%)	7(10,8%)	131(8,4%)		
2	276(18,4%)	12(18,5%)	288(18,4%)		
3	108(7,2%)	10(15,4%)	118(7,6%)		
a92 sozialer Rückzug					
¹⁾ 0	763(51,0%)	44(67,7%)	807(51,7%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	172(11,5%)	5(7,7%)	177(11,3%)		
2	380(25,4%)	10(15,4%)	390(25,0%)		
3	181(12,1%)	6(9,2%)	187(12,0%)		
a94 Aggressivität					
¹⁾ 0	1.396(93,3%)	46(70,8%)	1.442(92,4%)	0.3679 ⁴⁾	0.0503 ⁵⁾
1	42(2,8%)	9(13,8%)	51(3,3%)		
2	43(2,9%)	8(12,3%)	51(3,3%)		
3	15(1,0%)	2(3,1%)	17(1,1%)		
a95 Suizidalität					
¹⁾ 0	1.164(77,8%)	51(78,5%)	1.215(77,8%)	0.3679 ⁴⁾	0.3339 ⁵⁾
1	183(12,2%)	5(7,7%)	188(12,0%)		
2	110(7,4%)	5(7,7%)	115(7,4%)		
3	39(2,6%)	4(6,2%)	43(2,8%)		
a96 Selbstbeschädigung					
¹⁾ 0	1.463(97,8%)	63(96,9%)	1.526(97,8%)	0.3679 ⁴⁾	⁶⁾
1	10(0,7%)	0(0,0%)	10(0,6%)		
2	10(0,7%)	0(0,0%)	10(0,6%)		
3	13(0,9%)	2(3,1%)	15(1,0%)		
a97 Mangel an Krankheitsgefühl					
¹⁾ 0	1.292(86,4%)	49(75,4%)	1.341(85,9%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	48(3,2%)	2(3,1%)	50(3,2%)		
2	69(4,6%)	5(7,7%)	74(4,7%)		
3	87(5,8%)	9(13,8%)	96(6,1%)		
a98 Mangel an Krankheitseinsicht					
¹⁾ 0	1.131(75,6%)	40(61,5%)	1.171(75,0%)	0.3679 ⁴⁾	0.6144 ⁵⁾
1	82(5,5%)	4(6,2%)	86(5,5%)		
2	157(10,5%)	9(13,8%)	166(10,6%)		

3	126(8,4%)	12(18,5%)	138(8,8%)		
a99 Ablehnung der Behandlung					
¹⁾ 0	1.343(89,8%)	55(84,6%)	1.398(89,6%)	0.3679 ⁴⁾	1.0000 ⁵⁾
1	78(5,2%)	1(1,5%)	79(5,1%)		
2	44(2,9%)	6(9,2%)	50(3,2%)		
3	31(2,1%)	3(4,6%)	34(2,2%)		
a171 anhaltender Verlust sozialer Kompetenzen					
¹⁾ 0	1.444(96,5%)	64(98,5%)	1.508(96,6%)	⁶⁾	⁶⁾
1	25(1,7%)	0(0,0%)	25(1,6%)		
2	20(1,3%)	1(1,5%)	21(1,3%)		
3	7(0,5%)	0(0,0%)	7(0,4%)		
a200 süchtiges Verhalten					
¹⁾ 0	1.453(97,1%)	61(93,8%)	1.514(97,0%)	0.3679 ⁴⁾	⁶⁾
1	12(0,8%)	0(0,0%)	12(0,8%)		
2	22(1,5%)	2(3,1%)	24(1,5%)		
3	9(0,6%)	2(3,1%)	11(0,7%)		
a201 Drogen/ Alkoholintoxikation					
¹⁾ 0	1.488(99,5%)	64(98,5%)	1.552(99,4%)	0.3679 ⁴⁾	⁶⁾
1	6(0,4%)	1(1,5%)	7(0,4%)		
2	2(0,1%)	0(0,0%)	2(0,1%)		

- ¹⁾ 0 nicht vorhanden
1 leicht ausgeprägt
2 mittel ausgeprägt
3 schwer ausgeprägt

²⁾ logistische Regressionsanalyse des Haupteffektes und mit Einbezug der Kovarianten, SAS GENMOD Procedure

⁴⁾ Score Statistics For Type 3 GEE Analysis

⁵⁾ LR Statistics For Type 3 GEE Analysis

⁶⁾ Negative of Hessian not positive definite: Eine statistische Lösung existiert nicht

Tab 2.4.5 Qualität und Quantität einzelner Symptome bei Aufnahme und Vergleich der Häufigkeiten dieser Symptome zwischen der unauffälligen und straffälligen Gruppe, Haupteffekt und mit Einbezug der Kovarianten

In Tabelle 2.4.6 sind weitere statistische Parameter und p-Werte der AMDP Punkte bei Aufnahme zusammengestellt. Da hierbei wiederum das Zielereignis „nicht Vorliegen einer Straftat“ betrachtet wird, erfolgte die Testung der Merkmalsausprägung „nicht Vorliegen eines Krankheitssymptoms“.

Symptome bei Aufnahme	Wahrscheinlichkeit ¹⁾	Standard Fehler ¹⁾	Konfidenzintervall ¹⁾		Chi Quadrat ¹⁾	OR ⁴⁾
			Von	bis		
a20 „Grübeln“ ²⁾	-0,0398	0,0128	-0,0650	-0,0147	0,0019	0,50
a27 „Misstrauen“ ²⁾	-0,0501	0,0200	-0,0893	-0,0110	0,0120	1,30
a38 „Wahn-Dynamik“ ²⁾	-0,0190	0,0329	-0,0835	0,0454	0,5623	0,90
a45 „Größenwahn“ ²⁾	0,0925	0,0822	-0,0686	0,2536	0,2605	2,42
a47 „Illusionen“ ²⁾	-0,0368	0,0107	-0,0579	-0,0158	0,0006	0
a48 „Stimmenhören“ ²⁾	-0,0527	0,0223	-0,0963	-0,0090	0,0181	0,50
a53 „Derealisation“ ²⁾	-0,0504	0,0211	-0,0917	-0,0091	0,0168	0,39
a64 „hoffnungslos“ ²⁾	-0,0513	0,0239	-0,0981	-0,0045	0,0315	0,41
a66 „euphorisch“ ²⁾	0,1077	0,0031	0,1016	0,1139	<0,0001	3,70
a68 „gereizt“ ²⁾	0,0730	0,0286	0,0170	0,1291	0,0106	2,34
a82 „antriebsgesteigert“ ²⁾	0,1024	0,0134	0,0762	0,1287	<0,0001	4,07
a83 „motorisch unruhig“ ²⁾	0,0511	0,0524	-0,0517	0,1538	0,3300	1,57
a92 „sozialer Rückzug“ ²⁾	-0,0269	0,0112	-0,0488	-0,0050	0,0163	0,50
a94 „Aggressivität“ ²⁾	0,0970	0,1114	-0,1214	0,3153	0,3841	5,77
a95 „Suizidalität“ ²⁾	0,0457	0,0220	0,0027	0,0888	0,0372	0,96
a96 „Selbstbeschädigung“ ²⁾	0,1083	0,1305	-0,1475	0,3640	0,4067	1,41
a97 „Mangel an Krankheitsgefühl“ ²⁾	0,0593	0,0027	0,0541	0,0646	<0,0001	2,07
a98 „Mangel an Krankheitseinsicht“ ²⁾	0,0524	0,0036	0,0453	0,0594	<0,0001	1,94
a99 „Ablehnung der Behandlung“ ²⁾	0,0522	0,0205	0,0120	0,0923	0,0190	1,60
a171 „Verlust sozialer Kompetenzen“ ²⁾	-0,0558	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	0,43
a200 „ süchtiges Verhalten“ ²⁾	0,1662	0,1864	-0,1991	0,5316	0,3725	2,22
a201 „Drogen-/Alkoholintoxikation“ ²⁾	-0,0364	0,0104	-0,0568	-0,0160	0,0005	2,91

¹⁾ logistische Regressionsanalyse des Haupteffektes und mit Einbezug der Kovarianten, SAS GENMOD Procedure; Analysis Of GEE Parameter Estimates; Empirical Standard Error Estimates

²⁾ Testung der Merkmalsausprägung: nicht Vorliegen eines Symptoms

³⁾ Error in estimation routine

⁴⁾ nicht vorhanden versus leicht/mittel/schwer ausgeprägt

Tab 2.4.6 Zusammenfassung statistischer Parameter ausgewählter Symptome

Dabei können folgende Aussagen getroffen werden:

Es besteht ein signifikanter Unterschied bei dem Symptom „grübeln“ zwischen der unauffälligen und der straffälligen Gruppe ($p=0,0019$, $OR=0,50$). Dieses konnte in der straffälligen Gruppe weniger häufig verzeichnet werden. Diese Feststellung galt ebenso für den AMDP Punkt der „Hoffnungslosigkeit“ ($p=0,0315$, $OR=0,41$), der „Derealisation“ ($p=0,0168$, $OR=0,39$), des „Stimmenhörens“ ($p=0,0181$, $OR=0,50$), der „Illusionen“ ($p=0,0006$, $OR=0$) und des „sozialen Rückzugs“ ($p=0,0163$, $OR=0,50$).

Die Symptome „euphorisch“ ($p<0,0001$, $OR=3,70$), „gereizt“ ($p=0,0106$, $OR=2,34$) und „antriebsgesteigert“ ($p<0,0001$, $OR=4,07$) wurden häufiger in der straffälligen Gruppe als in der unauffälligen Fraktion gezählt. Ebenso war das Merkmal der

„Drogen/Alkoholintoxikation“ öfters in der auffälligen Gruppe zu verzeichnen ($p=0,0005$, $OR=2,91$). „Mangel an Krankheitseinsicht“ konnte signifikant häufiger innerhalb der Straffälligen gezählt werden ($p<0,0001$, $OR=1,94$); dies galt auch für das Merkmal „Mangel an Krankheitsgefühl“ ($p<0,0001$, $OR=2,07$), „Ablehnung der Behandlung“ ($p=0,0190$, $OR=1,60$) und des „Misstrauens“ ($p=0,0120$, $OR=1,30$).

Es erfolgt anschließend eine Gegenüberstellung der Schweregrade eines jeden Symptoms. Diese Darstellung wird hier durch die zusätzliche Analyse des Effektes der Kovarianten auf das Zielereignis vervollständigt. Tabelle 2.4.7 veranschaulicht die Daten:

Symptom-Konstellation	Testung bezüglich	Wahrscheinlichkeit ¹⁾	Standard Fehler ¹⁾	Konfidenzintervall ¹⁾		Chi Quadrat ¹⁾
				von	Bis	
a20 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	-0,0398	0,0128	-0,0650	-0,0147	0,0019
	Kovarianten	-0,0238	0,0183	-0,0597	0,0122	0,1952
a27 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	-0,0501	0,0200	-0,0893	-0,0110	0,0120
	Kovarianten	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾
a38 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	-0,0190	0,0329	-0,0835	0,0454	0,5623
	Kovarianten	-0,0017	0,0314	-0,0632	0,0599	0,9576
a45 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	0,0925	0,0822	-0,0686	0,2536	0,2605
	Kovarianten	0,0066	0,1266	-0,2415	0,2547	0,9583
a47 0 versus 2 ²⁾	Haupteffekt	-0,0368	0,0107	-0,0579	-0,0158	0,0006
	Kovarianten	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾
a48 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	-0,0527	0,0223	-0,0963	-0,0090	0,0181
	Kovarianten	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾
a53 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	-0,0504	0,0211	-0,0917	-0,0091	0,0168
	Kovarianten	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾
a64 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	-0,0513	0,0239	-0,0981	-0,0045	0,0315
	Kovarianten	-0,0233	0,0177	-0,0580	0,0113	0,1865
a66 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	0,1077	0,0031	0,1016	0,1139	<0,0001
	Kovarianten	0,0895	0,0503	-0,0092	0,1881	0,0755
a68 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	0,0730	0,0286	0,0170	0,1291	0,0106
	Kovarianten	0,0205	0,0451	-0,0680	0,1090	0,6503
a82 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	0,1024	0,0134	0,0762	0,1287	<0,0001
	Kovarianten	0,0568	0,0388	-0,0192	0,1329	0,1430
a83 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	0,0511	0,0524	-0,0517	0,1538	0,3300
	Kovarianten	0,0073	0,0286	-0,0487	0,0634	0,7973
a92 0 versus 3 ²⁾	Haupteffekt	-0,0269	0,0112	-0,0488	-0,0050	0,0163
	Kovarianten	-0,0097	0,0211	-0,0510	0,0315	0,6440
a94	Haupteffekt	0,0970	0,1114	-0,1214	0,3153	0,3841

0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	-0,0042	0,1218	-0,2429	0,2344	0,9722
a95	Haupteffekt	0,0457	0,0220	0,0027	0,0888	0,0372
0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	0,0531	0,0471	-0,0392	0,1455	0,2597
a96	Haupteffekt	0,1083	0,1305	-0,1475	0,3640	0,4067
0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾
a97	Haupteffekt	0,0593	0,0027	0,0541	0,0646	<0,0001
0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	0,0307	0,0319	-0,0319	0,0934	0,3357
a98	Haupteffekt	0,0524	0,0036	0,0453	0,0594	<0,0001
0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	0,0345	0,0222	-0,0090	0,0780	0,1198
a99	Haupteffekt	0,0522	0,0205	0,0120	0,0923	0,0109
0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	0,0158	0,0478	-0,0780	0,1095	0,7413
a171	Haupteffekt	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾
0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾
a200	Haupteffekt	0,1662	0,1864	-0,1991	0,5316	0,3725
0 versus 3 ²⁾	Kovarianten	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾
a201	Haupteffekt	-0,0364	0,0104	-0,0568	-0,0160	0,0005
0 versus 2 ²⁾	Kovarianten	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾

¹⁾ logistische Regressionsanalyse, SAS GENMOD Procedure, Contrast Estimate Results

²⁾ 0 nicht vorhanden

2 mittel ausgeprägt

3 schwer ausgeprägt

³⁾ Negative of Hessian not positive definite: Eine statistische Lösung existiert nicht

⁴⁾ Error in estimation routine

Tab 2.4.7 Zusammenfassung statistischer Parameter ausgewählter Symptome; Gegenüberstellung der Schweregrade

2.4.3 Häufigkeitsanalyse bestimmter Symptomkonstellationen

Im folgenden Abschnitt der Arbeit werden bestimmte themenverwandte AMDP Symptome zu Syndromen zusammengefasst und überprüft, ob das Vorliegen einer dieser Symptomkonstellationen eine prädiktive Komponente für späteres straffälliges Verhalten bei den Untersuchten besitzt. Es erfolgte eine logistische Regressionsanalyse der Syndrome der unauffälligen Gruppe im Vergleich zu den Syndromen der auffälligen Patientengruppe. Insgesamt wurden neun Syndrome geformt. So wurden das paranoid-halluzinatorische, depressive, psychoorganische, zwanghafte, manische, apathische, kataton-stuporöse, vegetative Syndrom und das Hostilitätssyndrom zusammengefasst. Als Beispiel beinhaltet das Hostilitätssyndrom die Kriterien „Misstrauen“, „Dysphorie“, „Reizbarkeit“, „Aggressivität“, „fehlendes Krankheitsgefühl“, „fehlende Krankheitseinsicht“ und „mangelnde Kooperation in der Behandlung“. Je nach

Ausprägung der Symptomqualität erfolgte die Punktevergabe jedes einzelnen Symptoms mit den Werten 0-3, wobei die Ziffer 0 für eine nicht vorhandene, die Ziffer 1 für eine milde, die Ziffer 2 für eine mäßige und die Ziffer 3 für eine starke Ausprägung bezeichnend war. Dadurch ergibt sich maximal pro Syndrom der 3 fache Wert der Anzahl der Symptome. In Tabelle 2.4.8 sind die Syndrome zusammengefasst.

Syndrome	AMDP Symptome
1. paranoid- halluzinatorisches Syndrom (0-39 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 48, 51, 54, 56, 58	Wahn-Stimmung, Wahn-Wahrnehmung, Wahn-Einfall, Wahn-Gedanken, systemischer Wahn, Wahn-Dynamik, Beziehungswahn, Beeinträchtigungs-Verfolgungswahn, Stimmenhören, Körperhalluzinationen, Depersonalisation, Gedankenentzug, andere fremdbeeinfluss. Erlebnisse
2. depressives Syndrom (0-39 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 20, 60, 62, 63, 64, 71, 73, 81, 89, 102, 103, 104, 106	Grübeln, Gefühl der Gefühllosigkeit, Störung der Vitalgefühle, deprimiert, hoffnungslos, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, antriebsgehemmt, morgens schlechter, Durchschlafstörung, Verkürzung der Schlafdauer, Früherwachen, Appetit vermindert
3. psycho-organisches Syndrom (0-30 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 100	Bewusstseins-Trübung, Orientierungsstörung zeitlich, Orientierungsstörung örtlich, Orientierungsstörung situativ, Orientierungsstörung zur Person, Auffassungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, Konfabulationen, pflegebedürftig
4. zwanghaftes Syndrom (0-9 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 30, 31, 32	Zwangsdanken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen
5. manisches Syndrom (0-21 Punkte) ¹⁾ 22, 66, 72, 82, 83, 88, 93	ideenflüchtig, euphorisch, gesteigerte Selbstwertgefühle, antriebsgesteigert, motorische Unruhe, logorrhöisch, soziale Umtriebigkeit
6. apathisches Syndrom (0-24 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 15, 16, 17, 18, 61, 79, 80, 92	Gehemmted Denken, verlangsamtes Denken, umständliches Denken, eingeengtes Denken, affektarm, affektstarr, antriebsarm, sozialer Rückzug
7. Hostilitätssyndrom (0-21 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 27, 67, 68, 94, 97, 98, 99	Misstrauen, dysphorisch, gereizt, Aggressivität, Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht, Ablehnung der Behandlung
8. kataton/ stuporöses Syndrom (0-42 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 10, 15, 16, 18, 24, 25, 60, 61, 76, 79, 80, 87, 92, 109	Konzentrationsstörungen, gehemmted Denken, verlangsamtes Denken, eingeengtes Denken, gesperrtes Denken (Gedankenabreißen), inkohärentes/zerfahrenes Denken, Gefühl der Gefühllosigkeit, affektarm, Parathymie, affektstarr, antriebsarm, mutistisch, sozialer Rückzug, Sexualität vermindert
9. vegetatives Syndrom (0-27 Punkte) ²⁾ ¹⁾ 28, 112, 117, 118, 119, 120, 122, 126, 129	Hypochondrie (nicht wahnhaft), Übelkeit, Atembeschwerden, Schwindel, Herzklopfen, Herzdruck, Schwitzen vermehrt, Kopfdruck, Hitzegefühl

¹⁾ Ziffer des Symptoms im AMDP Erfassungsbogen

²⁾ Jeder AMDP Punkt wurde mit 0=nicht vorhanden, 1=mild, 2=mäßig, 3=stark bewertet

Tab 2.4.8 Zusammenfassende Darstellung der Symptomkonstellationen

Durch Tabelle 2.4.9 werden die jeweiligen Mittelwerte und Standardabweichungen der Syndrome bei Aufnahme und Entlassung veranschaulicht.

Art des Syndroms	Bei Aufnahme		Bei Entlassung	
	Mittelwert	Standard-Abweichung	Mittelwert	Standard-Abweichung
Hostilitätssyndrom	2,24	3,527	0,60	1,726
Manisches	2,34	4,124	0,61	1,691
Paranoid-halluzinatorisches	1,22	2,985	0,10	0,656
Depressives	12,42	7,758	2,13	3,447
Psychoorganisches	1,43	2,374	0,39	1,401
Zwanghaftes	0,11	0,582	0,03	0,256
Apathisches	5,38	4,415	1,29	2,097
Kataton-stuporöses	7,26	5,106	1,61	2,457
Vegetatives	1,14	2,230	0,30	0,911

Tab 2.4.9 Mittelwerte und Standardabweichungen der Syndrome, jeweils bei Entlassung und bei Aufnahme der Patienten

Für die Auswertung wurden die Syndrome anhand eines Summenscores in 3 Intervalle unterteilt, wobei die Ziffer 0 für nicht existent, die Ziffer 1 für eine milde Ausprägung und die Ziffer 2 für eine moderate/ernste Ausprägung steht. Die Diskriminierung zwischen einer „milden“ und einer „moderaten/ernsten“ Ausprägung orientieren sich dabei am Medianwert. Das Zielereignis wurde hierbei wiederum mit „nicht Eintreten einer Straftat“ definiert. Anhand der logistischen Regressionsprüfung wurde aufgrund der gewählten Definition des Zielereignisses die fehlende Merkmalsausprägung getestet. Zur Vereinfachung der Rechnungen wurden hierfür die Summenscores mit den Ziffern 1 und 2 der jeweiligen Syndrome zusammengefasst. Es erfolgte somit die Testung „nicht Vorliegen eines Merkmals“ gegenüber „Vorliegen von Merkmalsausprägungen“ in Bezug auf das Zielereignis „nicht Eintreten einer Straftat“.

Einige statistische Parameter der ausgewählten Syndrome werden im folgendem tabellarisch veranschaulicht:

Syndrome	Wahrscheinlichkeit	Standard Fehler	Konfidenzintervall		Chi Quadrat ¹⁾	OR
			Von	Bis		
manisches S. bei Aufn. ²⁾	0,0266	0,0151	-0,0030	0,0562	0,0786	1,87
manisches S. bei Entl. ²⁾	0,0508	0,0298	-0,0077	0,1092	0,0890	2,63
Hostilitätss. bei Aufn. ²⁾	0,0185	0,0046	0,0096	0,0275	<0,0001	1,66
Hostilitätss. bei Entl. ²⁾	0,0133	0,0002	0,0129	0,0138	<0,0001	1,5
Depressives S. bei Aufn. ²⁾	-0,0326	0,0425	-0,1160	0,0508	0,4436	0,48
Depressives S. bei Entl. ²⁾	-0,0644	0,0288	-0,1209	-0,0079	0,0254	0,6
Apathisches S. bei Aufn. ²⁾	-0,0692	0,0172	-0,1029	-0,0354	<0,0001	0,35
Apathisches S. bei Entl. ²⁾	-0,0263	0,0021	-0,0304	-0,0223	<0,0001	0,6

¹⁾ logistische Regressionsanalyse der Merkmalsausprägung, SAS GENMOD Procedure
Analysis Of GEE Parameter Estimates; Empirical Standard Error Estimates

²⁾ Unterteilung in 2 Levels: 0 = keine Symptome, 1 = Symptome vorhanden (Ziffer 1 und 2 der Syndrome zusammengefasst);
Testung der Merkmalsausprägung 0

Tab 2.4.10 Zusammenfassung statistischer Parameter ausgewählter Syndrome

Diese ersten Analysen ergeben einen Hinweis auf den Einfluss der Syndrome auf späteres kriminelles Verhalten. Patienten, denen Symptome eines manischen Syndroms nachgewiesen werden konnten, zeigten eine OR von 1,87 (Aufnahme) bzw. 2,63 (Entlassung); selbige Berechnungen ergaben für das Hostilitätssyndrom eine OR von 1,66 (Aufnahme) und 1,5 (Entlassung).

Im Gegensatz dazu zeigten Patienten, die Symptome der depressiven oder apathischen Syndrome aufwiesen, ein geringeres Aufkommen von späteren Straftaten. Hierbei ergaben die Rechnungen für das depressive Syndrom eine OR von 0,48 bei Aufnahme und 0,6 bei Entlassung; das apathische Syndrom zeigte eine OR von 0,35 bei Aufnahme und eine OR von 0,6 bei Entlassung.

In Tabelle 2.4.11 sind die Häufigkeiten der Straftaten und p-Werte der jeweiligen Syndrome im Gesamtkollektiv dargestellt, welche sich auf das statistische Gesamtmodell beziehen. Die Signifikanztestungen erfolgten, wie im vorangehenden Kapitel, einmal als alleiniger Effekt des Hauptmerkmals und in jeweiliger Konstellation mit den Kovarianten.

Gesamt- kollektiv	Kategorie	Wertebereiche	Häufigkeiten	Straftat Ja/nein	p ³⁾	
					Haupt- effekt	Kova- Rianten
Hostilitäts- Syndrom bei Aufnahme	0 ¹⁾²⁾	0	786	25/761	0,1576 ⁴⁾	0,8613 ⁵⁾
	1	1 bis 4	495	15/480		
	2	5 bis 21	280	25/255		
Hostilitäts- Syndrom bei Entlassung	0 ¹⁾²⁾	0	1.238	47/1.191	0,1696 ⁴⁾	0,7052 ⁵⁾
	1	1 bis 2	205	9/196		
	2	3 bis 21	118	9/109		
Manisches Syndrom bei Aufnahme	0 ¹⁾²⁾	0	880	27/853	0,2015 ⁴⁾	0,8146 ⁵⁾
	1	1 bis 5	443	13/430		
	2	6 bis 21	238	25/213		
Manisches Syndrom bei Entlassung	0 ¹⁾²⁾	0	1.199	37/1.162	0,2101 ⁴⁾	0,4116 ⁵⁾
	1	1 bis 2	249	15/234		
	2	3 bis 21	113	13/100		
Depressives Syndrom bei Aufnahme	0 ¹⁾²⁾	0	76	6/70	0,4870 ⁴⁾	0,7793 ⁵⁾
	1	1 bis 13	816	40/776		
	2	14 bis 39	669	19/650		
Depressives Syndrom bei Entlassung	0 ¹⁾²⁾	0	697	37/660	0,3679 ⁴⁾	6)
	1	1 bis 3	547	21/526		
	2	4 bis 39	317	7/310		
Apathisches Syndrom bei Aufnahme	0 ¹⁾²⁾	0	264	23/241	0,3679 ⁴⁾	0,2997 ⁵⁾
	1	1 bis 6	723	27/696		
	2	7 bis 21	574	15/559		
Apathisches Syndrom bei Entlassung	0 ¹⁾²⁾	0	824	42/782	0,3679 ⁴⁾	1,0000 ⁵⁾
	1	1 bis 2	446	14/432		
	2	3 bis 21	291	9/282		

1) 0 nicht existent
1 mild
2 moderat/ernst

2) für die logistische Regressionsanalyse erfolgte die Zusammenfassung der Kategorien 1 und 2 der Syndrome

3) logistische Regressionsanalyse des Haupteffektes und mit Einbezug der Kovarianten, SAS GENMOD Procedure

4) Score Statistics For Type 3 GEE Analysis

5) LR Statistics For Type 3 GEE Analysis

6) Negative of Hessian not positive definite: Eine statistische Lösung existiert nicht

Tab 2.4.11 Häufigkeiten der Syndrome

Dabei zeigte sich keines der statistischen Modelle als signifikant.

Anschließend folgen Signifikanztestungen für Syndromkonstellationen bei Aufnahme zwischen der straffälligen und der unauffälligen Gruppe. Dabei erfolgte wiederum die Reduktion der Diskriminierung der Merkmalsausprägungen der Syndrome in zwei Kategorien. Das Zielereignis wurde erneut mit „nicht Eintreten einer Straftat“ definiert und daher eine Gegenüberstellung der Merkmalsausprägung „nicht vorhanden“ zu „vorhanden“ vorgenommen. In folgender Tabelle sind ausgewählte

Syndromkonstellationen bei Aufnahme und die jeweiligen p-Werte zusammengefasst:

Konstellationen der Syndrome bei Aufnahme		Fälle Straftat ja/nein (prozentualer Anteil in %)	gesamt	P ²⁾	
				Haupteffekt	Kovarianten
Hostilitätssyndrom	Depressives Syndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	3/25 (10,7)	28	<0,0001	0,8770
	1 ¹⁾	22/736 (2,9)	758		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	3/45 (6,25)	48		
	1 ¹⁾	37/690 (5,09)	727		
Depressives Syndrom	Hostilitätssyndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	3/25 (10,7)	28	0,4514	0,7972
	1 ¹⁾	3/45 (6,25)	48		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	22/736 (2,9)	758		
	1 ¹⁾	37/690 (5,09)	727		
Hostilitätssyndrom	Apathisches Syndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	5/63 (7,4)	68	0,0220	0,7181
	1 ¹⁾	20/698 (2,79)	718		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	18/178 (9,18)	196		
	1 ¹⁾	22/557 (3,8)	579		
Apathisches Syndrom	Hostilitätssyndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	5/63 (7,4)	68	<0,0001	0,0408
	1 ¹⁾	18/178 (9,18)	196		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	20/698 (2,79)	718		
	1 ¹⁾	22/557 (3,8)	579		
Hostilitätssyndrom	Manisches Syndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	15/515 (2,8)	530	<0,0001	0,4349
	1 ¹⁾	10/246 (3,91)	256		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	12/338 (3,43)	350		
	1 ¹⁾	28/397 (6,59)	425		
Manisches Syndrom	Hostilitätssyndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	15/515 (2,8)	530	0,1141	0,4003
	1 ¹⁾	12/338 (3,43)	350		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	10/246 (3,91)	256		
	1 ¹⁾	28/397 (6,59)	425		

¹⁾ 0 nicht existent

1 Symptome existent mit milder/moderater/ernster Ausprägung

²⁾ logistische Regressionsanalyse des Haupteffektes und mit Einbezug der Kovarianten, SAS GENMOD Procedure, Wald Statistics for Type 3 GEE Analysis

Tab 2.4.12 Signifikanzberechnungen ausgewählter Syndromkonstellationen bei Aufnahme zwischen der straffälligen und der unauffälligen Gruppe

Rechnungen zu selbigen Syndromkonstellationen bei Entlassung ergaben folgende

Ergebnisse und sind in Tabelle 2.4.13 zusammengefasst:

Konstellationen der Syndrome bei Entlassung		Fälle Straftat ja/nein (prozentualer Anteil in %)	Gesamt	P ²⁾	
				Haupteffekt	Kovarianten
Hostilitätssyndrom	Depressives Syndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	26/559 (4,44)	585	<0,0001	0,4474
	1 ¹⁾	21/632 (3,22)	653		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	11/101 (9,82)	112		
	1 ¹⁾	7/204 (3,32)	211		
Depressives Syndrom	Hostilitätssyndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	26/559 (4,44)	585	0,0433	0,1558
	1 ¹⁾	11/101 (9,82)	112		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	21/632 (3,22)	653		
	1 ¹⁾	7/204 (3,32)	211		
Hostilitätssyndrom	Apathisches Syndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	32/662	694	<0,0001	0,6485
	1 ¹⁾	15/529	544		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	10/120	130		
	1 ¹⁾	8/185	193		
Apathisches Syndrom	Hostilitätssyndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	32/662	694	<0,0001	0,1453
	1 ¹⁾	10/120	130		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	15/529	544		
	1 ¹⁾	8/185	193		
Hostilitätssyndrom	Manisches Syndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	31/998	1029	0,9398	0,7444
	1 ¹⁾	16/193	209		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	6/164	170		
	1 ¹⁾	12/141	153		
Manisches Syndrom	Hostilitätssyndrom				
0 ¹⁾	0 ¹⁾	31/998	1029	0,1192	0,1440
	1 ¹⁾	6/164	170		
1 ¹⁾	0 ¹⁾	16/193	209		
	1 ¹⁾	12/141	153		

¹⁾ 0 nicht existent

1 Symptome existent mit milder/moderater/ernster Ausprägung

²⁾ logistische Regressionsanalyse des Haupteffektes und mit Einbezug der Kovarianten, SAS GENMOD Procedure, Wald Statistics for Type 3 GEE Analysis

Tab 2.4.13 Signifikanzberechnungen ausgewählter Syndromkonstellationen bei Entlassung zwischen der straffälligen und der unauffälligen Gruppe

Es kristallisiert sich heraus, dass das Hostilitätssyndrom bei Aufnahme einen signifikanten Einfluss auf späteres straffälliges Verhalten besitzt und auch in der Syndromkonstellation mit dem depressiven und apathischen Syndrom eine Verstärkung des Risikos, eine Straftat zu begehen, beinhaltet. Wie nach ersteren Berechnungen zu vermuten, ist die Syndromkonstellation „Hostilitäts- und manisches Syndrom“ bei Aufnahme ein signifikanter Risikofaktor, später hinsichtlich kriminellen Verhalten auffällig zu werden.

Bei Entlassung zeigt sich erneut ein Einfluss auf spätere Straffälligkeit bei der Konstellation des Hostilitätssyndroms mit dem depressiven Syndrom einerseits und mit dem apathischen Syndrom andererseits.

Die manische Symptomkonstellation bei Entlassung zeigte keinen signifikanten Einfluss auf späteres straffälliges Verhalten.

Aufgrund dieser Ergebnisse gilt nun das Augenmerk dem Hostilitätssyndrom und dem manischen Syndrom bei Aufnahme und Entlassung; sie wurden gesondert hinsichtlich späterer straffälligen Verhalten analysiert. Zur besseren Übersicht sind in Tabelle 2.4.14 erneut die Häufigkeiten und die Chi Quadrat Werte dieser vier Syndrome dargestellt. Für die Signifikanztestungen wurde die ursprüngliche Differenzierung in Anlehnung an den Median in 3 Kategorien (nicht existente, milde und moderate/ernste Ausprägung) herangezogen.

Kategorie	Fälle Straftat ja/nein (prozentualer Anteil in %)	gesamt	Chi quadrat ²⁾
Manisches Syndrom bei Entlassung			
0 ¹⁾	37/1.162 (3,1)	1.199	0,0039
1	15/234 (6,02)	249	<0,0001
2	13/100 (11,5)	113	.
Manisches Syndrom bei Aufnahme			
0 ¹⁾	27/853 (3,07)	880	<0,0001
1	13/430 (2,93)	443	<0,0001
2	25/213 (10,5)	238	.
Hostilitätssyndrom bei Entlassung			
0 ¹⁾	47/1.191 (3,8)	1238	0,2710
1	9/196 (4,39)	205	0,5005
2	9/109 (7,63)	118	.
Hostilitätssyndrom bei Aufnahme			
0 ¹⁾	25/761 (3,18)	786	0,0026
1	15/480 (3,03)	495	0,0128
2	25/255 (8,93)	280	.

¹⁾ 0 nicht existent
1 mild
2 moderat/ernst

²⁾ logistische Regressionsanalyse, SAS GENMOD Procedure, Analysis of GEE Parameter Estimates, Empirical Standard Error Estimates

Tab 2.4.14 Signifikanzberechnungen des manischen Syndroms und des Hostilitätssyndroms bei Aufnahme und Entlassung zwischen der straffälligen und der unauffälligen Gruppe

Hierbei zeigen sich jeweils die manischen Symptomkonstellationen, sowie das Vorliegen eines Hostilitätssyndrom bei Aufnahme, als signifikanter Risikofaktor für spätere Straftaten.

Anschließend erfolgen Gegenüberstellungen der Schweregrade des Hostilitäts- und des manischen Syndroms. Diesbezüglich wurde die ursprüngliche Differenzierung der Merkmalsausprägungen betrachtet. Ergänzt werden die Analysen durch Berechnungen des relativen Risikos (OR), dass zukünftig eine Straftat begangen wird, um die durchschnittliche Änderung der Wahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der Ausprägung eines psychopathologischen Syndroms festzustellen. Betrachtet wurden die beiden Syndrome jeweils bei Aufnahme und bei Entlassung. Die Tabelle 2.4.15 fasst diese Ergebnisse zusammen.

Konstellation der Schweregrade ¹⁾	Häufigkeiten	Mean estimate ²⁾	Standard Fehler ²⁾	Konfidenzintervall ²⁾		Chi Quadrat ²⁾	OR
				Von	bis		
manisches Syndrom bei Aufnahme							
1 vs. 0	13/430 vs. 27/853	0,9989	0,0076	0,9841	1,0140	0,8868	0,96
2 vs. 0	25/213 vs. 27/853	1,0790	0,0192	1,0392	1,1203	<0,0001	3,71
2 vs. 1	25/213 vs. 13/430	1,0802	0,0115	1,0560	1,1049	<0,0001	3,88
manisches Syndrom bei Entlassung							
1 vs. 0	15/234 vs. 37/1.162	1,0346	0,0265	0,9822	1,0899	0,1996	2,01
2 vs. 0	13/100 vs. 37/1.162	1,0904	0,0300	1,0281	1,1564	0,0039	4,08
2 vs. 1	13/100 vs. 15/234	1,0539	0,0035	1,0468	1,0610	<0,0001	2,03
Hostilitätssyndrom bei Entlassung							
1 vs. 0	9/196 vs. 47/1.191	1,0014	0,0177	0,9674	1,0367	0,9363	1,16
2 vs. 0	9/109 vs. 47/1.191	1,0349	0,0312	0,9736	1,1000	0,2710	2,09
2 vs. 1	9/109 vs. 9/196	1,0334	0,0488	0,9392	1,1372	0,5005	1,80
Hostilitätssyndrom bei Aufnahme							
1 vs. 0	15/480 vs. 25/761	0,9960	0,0056	0,9851	1,0071	0,4824	0,95
2 vs. 0	25/255 vs. 25/761	1,0597	0,0129	1,0205	1,1003	0,0026	2,98
2 vs. 1	25/255 vs. 15/480	1,0639	0,0249	1,0133	1,1170	0,0128	3,14

¹⁾ 0 nicht existent
1 mild
2 moderat/ernst

²⁾ logistische Regressionsanalyse, SAS GENMOD Procedure, Contrast Estimate Results

Tab 2.4.15 Zusammenfassung statistischer Parameter ausgewählter Syndrome; Gegenüberstellung der Schweregrade des manischen Syndroms und des Hostilitätssyndroms bei Aufnahme und Entlassung

Dabei zeigen Patienten mit einer ernsthaften Ausprägung eines manischen Syndroms häufiger kriminelles Verhalten als Patienten ohne Merkmale des manischen Syndroms (Aufnahme: $p < 0,0001$; OR = 3,71; Entlassung: $p = 0,0039$; OR = 4,08). Des Weiteren besitzen Patienten mit einer milden Ausprägung des manischen Syndroms bei Entlassung ein höheres Risiko, später eine Straftat zu begehen ($p = 0,1996$; OR = 2,01), als Patienten ohne Vorliegen des Syndrommerkmals. Durch Berechnungen bezüglich des Vorliegens eines Hostilitätssyndrom konnten folgende Aussagen getroffen werden: für eine ernsthafte Ausprägung des Hostilitätssyndroms zeigte sich im Vergleich zur fehlenden Ausprägung eine OR von 2,98 bzw. 2,09 (Aufnahme bzw. Entlassung). Für jedes Syndrom scheint der Schweregrad der Syndromausprägung einen beeinflussenden Charakter zu besitzen; beim Vergleich der Schweregrade 2 versus 1

sind hierbei die OR jeweils größer eins (Manisches Syndrom: 3,88 bzw. 2,03; Hostilitätssyndrom: 3,14 bzw. 1,80 (Aufnahme bzw. Entlassung)).

Zusammenfassend erscheint der Eindruck belegt, dass die unterschiedlichen Qualitäten der manischen Syndrome und der Hostilitätssyndrome Einfluss auf späteres straffälliges Verhalten besitzen.

Zusammenfassend muss an dieser Stelle ergänzt werden, dass der jeweilige Vergleich der Berechnungen des Haupteffektes mit den Berechnungen der Kovarianten keinerlei Verbesserung der Aussagekraft hervorrufen konnte. Die Merkmale „Diagnose“, „Geschlecht“, „Familien- und Ausbildungsstand“, welche selbst, bis auf den „Ausbildungsstand“, signifikante Risikofaktoren darstellen, haben als Grundmodellpostulierung keinen weiteren Einfluss auf die Testvariablen.

2.5 Merkmale des Gesamtkollektivs

Insgesamt wurden 1561 Personen in die Studie aufgenommen. Diese Personen befanden sich aufgrund einer affektiven Störung in stationärer Behandlung. Im Gesamtkollektiv waren 1049 Frauen und 512 Männer vertreten (siehe Abbildung 2.5.1).



Abb. 2.5.1 Geschlechtsverteilung des Gesamtkollektivs

Von diesen Erkrankten erfüllten 89 Menschen Kriterien für die Diagnose Manie, 702 Menschen litten an einer Depression und 770 an einer bipolaren Störung (siehe Abbildung 2.5.2).

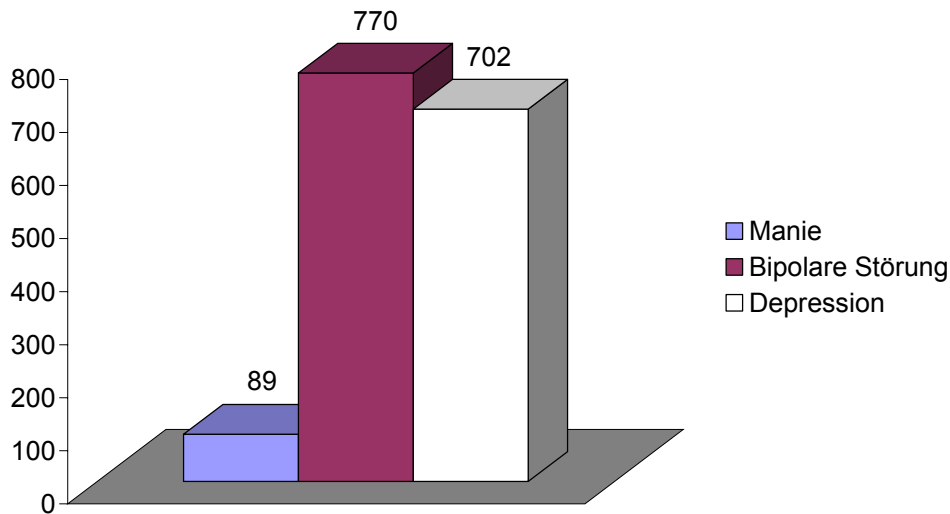


Abb. 2.5.2 Verteilung der Diagnosen innerhalb des Gesamtkollektivs

Das Durchschnittsalter aller Patienten belief sich auf 53,26 Jahre.

Von allen Untersuchten waren 345 allein stehend, 747 lebten in einer Partnerschaft bzw. Ehegemeinschaft. 294 Personen lebten getrennt oder waren geschieden. Weitere 175 Personen waren verwitwet (siehe Abbildung 2.5.3).

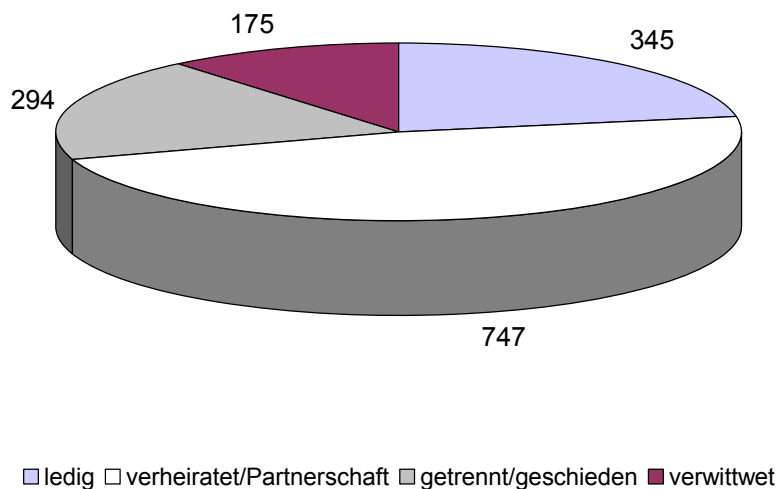


Abb. 2.5.3 Familienstand aller Patienten

Der Ausbildungsstand (siehe Abbildung 2.5.4) des Gesamtkollektivs zeigte folgende Verteilung: 455 wiesen einen hohen, 717 einen mittleren und 389 einen niedrigen Ausbildungsstand auf.

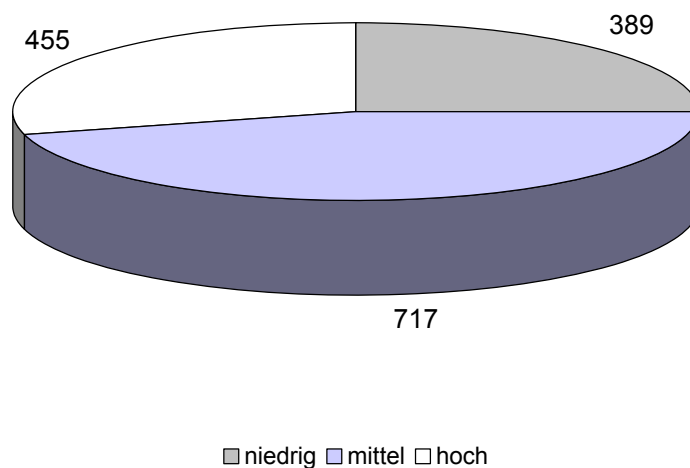


Abb. 2.5.4 Ausbildungsstand aller Patienten

Vom Gesamtkollektiv wiesen 22 (1,4%) Patienten das Merkmal der fehlenden Krankheitseinsicht auf. 21,1 % aller Untersuchten gaben bei der Anamnese Drogenprobleme an.

Die Merkmale des Gesamtkollektivs fasst Tabelle 2.5.1 zusammen.

Merkmale	Gesamtkollektiv
Geschlecht	
Männlich	512 (32,8%)
Weiblich	1.049 (67,2%)
Rasse	
	100% Kaukasier
Diagnose	
Manie	89
Bipolare Störungen	770
Depression	702
Alter bei Aufnahme	
	53,26 (SD 16,30)
Familienstand	
ledig	345 (22,1%)
Verheiratet/Partnerschaft	747 (47,9%)
Getrennt/geschieden	294 (18,8%)
Verwitwet	175 (11,2%)
Ausbildung¹⁾	
Niedrig	389 (24,9%)
Mittel	717 (45,9%)
Hoch	455 (29,1%)
Aufenthaltsdauer	
	64,39 Tage (SD 51,52)
Krankheitseinsicht	
Fehlend	22 (1,4%)
Vorhanden	1.539 (98,6%)
Substanzmissbrauch	
Kein Missbrauch	1.232 (78,9%)
Substanzmissbrauch	329 (21,1%)
Gesamt	1.561 (100%)

¹⁾ Niedrig: Keine Ausbildung, Sonderschule, schlechter Hauptschulabschluss
Mittel: guter Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschule
Hoch: Abitur, Hochschulabschluss

Tab 2.5.1 Soziodemografische Merkmale des Gesamtkollektivs

2.6 Deskriptive Signifikanztestung: Soziodemografische Merkmale und deren Häufigkeitsverteilungen beim Vergleich der unauffälligen mit der straffälligen Gruppe

2.6.1 Gesamtkollektiv

Das durchschnittliche Alter der Patienten mit Eintrag für Straftaten im Zentralregister belief sich auf 54,2 Jahre, das der Gewalttätigen betrug 52,14 Jahre und bei den Patienten ohne Eintrag war ein Durchschnittsalter von 53,22 Jahren zu verzeichnen. Es konnten somit keine signifikanten Unterschiede des Durchschnittsalters zwischen den einzelnen Gruppen nachgewiesen werden ($p=0,625$ bzw. $p=0,669$).

Bei der geschlechtlichen Verteilung der Täter wurde ein signifikanter Unterschied festgestellt, wobei wie erwartet das männliche Geschlecht dominierte. Der männliche Anteil der nicht gewalttätigen Täter belief sich auf 64,6%; innerhalb der gewalttätigen Gruppe waren sogar 85,7 % der Täter Männer (p jeweils 0,000).

Die Durchschnittsdauer des Krankenhausaufenthaltes beim Gesamtkollektiv belief sich auf 64,39 Tage. Der Vergleich der jeweiligen Aufenthaltsdauer der unterschiedlichen Gruppen ergibt keinen signifikanten Unterschied ($p=0,160$ bzw. $p=0,846$).

Das Merkmal der fehlenden Krankheitseinsicht war bei 1,4 % der in Bezug auf Straftaten unauffälligen Gruppe zu beobachten. Mit einer Inzidenz von 1,5% bei den Straffälligen bzw. 0% bei den Gewalttätigen war kein signifikanter Unterschied zu beobachten ($p=0,610$ bzw. $p=1,000$).

In der unauffälligen Gruppe zeigte sich bei 21,4 % ein Substanzmissbrauch, dieser Anteil war bei beiden auffälligen Gruppen jeweils kleiner ausgefallen; auch hier konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p=0,164$ bzw. $p=0,281$).

Der Familienstand der unterschiedlichen Gruppen wies eine signifikante Differenz innerhalb der Verteilung der Merkmale „ledig, verheiratet/Partnerschaft, getrennt/geschieden und verwitwet“ auf. Während in der straffälligen und gewalttätigen Gruppe weniger Ledige, Verheiratete, in einer Partnerschaft, getrennt Lebende bzw. Geschiedene zu zählen waren, war der Anteil der Verwitweten signifikant höher als der Anteil in der unauffälligen Gruppe ($p=0,000$ bzw. $p=0,022$). Daneben zeigte der Stand der Ausbildung keinerlei Einfluss auf spätere Straftaten; hinsichtlich dieses Parameters traten keinerlei signifikante Unterschiede auf ($p=0,662$ bzw. $p=0,251$).

Sämtliche Merkmale und die jeweiligen Signifikanzen sind in Tabelle 2.6.1 zusammengefasst.

Gesamtkollektiv	Personen mit einer affektiven Erkrankung	Keinen Eintrag nach Entlassung I	Straftaten nach Entlassung II	Gewalttaten nach Entlassung III	P	
					II vs I	III vs I
Gesamtanzahl	1.561 (100%)	1.496 (95,84%)	65 (4,16%)	21 (1,35%)		
Alter (Jahre)	53,26 (SD 16,30)	53,22 (SD 16,32)	54,20 (SD 15,77)	52,14 (SD 11,77)	0,625 ²⁾	0,669 ²⁾
Geschlecht						
weiblich	1.049 (67,2%)	1.026 (68,6%)	23 (35,4%)	3 (14,3%)	0,000 ³⁾	0,000 ³⁾
männlich	512 (32,8%)	470 (31,4%)	42 (64,6%)	18 (85,7%)		
Aufenthaltsdauer (Tage)	64,39 (SD 51,52)	64,28 (SD 51,96)	66,87 (SD 40,49)	58,47 (SD 32,60)	0,160 ⁴⁾	0,846 ⁴⁾
Krankheitseinsicht						
Fehlend	22 (1,4%)	21 (1,4%)	1 (1,5%)	0 (0%)	0,610 ³⁾	1,000 ³⁾
Vorhanden	1.539 (98,6%)	1.475 (98,6%)	64 (98,5%)	21 (100%)		
Substanzmissbrauch						
Kein Missbrauch	1.232 (78,9%)	1.176 (78,6%)	56 (86,2%)	19 (90,5%)	0,164 ³⁾	0,281 ³⁾
Substanzmissbrauch	329 (21,1%)	320 (21,4%)	9 (13,8%)	2 (9,5%)		
Familienstand						
ledig	345 (22,1%)	337 (22,5%)	8 (12,3%)	3 (14,3%)	0,000 ⁵⁾	0,022 ⁵⁾
Verheiratet/Partnerschaft	747 (47,9%)	726 (48,5%)	21 (32,3%)	8 (38,1%)		
Getrennt/geschieden	294 (18,8%)	284 (19,0%)	10 (15,4%)	1 (4,8%)		
Verwitwet	175 (11,2%)	149 (10,0%)	26 (40,0%)	9 (42,9%)		
Ausbildung ¹⁾						
Niedrig	389 (24,9%)	369 (24,7%)	20 (30,8%)	8 (38,1%)	0,662 ⁵⁾	0,251 ⁵⁾
Mittel	717 (45,9%)	697 (46,6%)	20 (30,8%)	8 (38,1%)		
Hoch	455 (29,1%)	430 (28,7%)	25 (38,5%)	5 (23,8%)		

¹⁾ Niedrig: Keine Ausbildung, Sonderschule, schlechter Hauptschulabschluss

Mittel: guter Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschule

Hoch: Abitur, Hochschulabschluss

²⁾ T-Test für unabhängige Variablen

³⁾ Chi-Quadrat Test

⁴⁾ Mann-Whitney-U-Test

⁵⁾ Kruskal-Wallis-H-Test

Tab 2.6.1 Soziodemografische Merkmale und Häufigkeitsvergleich zwischen der unauffälligen Gruppe und der straffälligen bzw. gewalttätigen Gruppe innerhalb des Gesamtkollektivs

2.6.2 Manische Erkrankungen

Betrachtet man nun die Patienten, die an einer Manie leiden, stellt man bei der Verteilung der sozioökonomischen Merkmale Folgendes fest:

Insgesamt waren 89 Personen des Gesamtkollektivs an einer Manie erkrankt, davon 50 Frauen und 39 Männer. Das mittlere Alter der Patienten betrug dabei 53,92 Jahre, die mittlere Verweildauer 62,92 Tage. 20,2 % waren ledig, 51,7 % verheiratet bzw. in einer Partnerschaft lebend, 14,6 % getrennt oder geschieden und 13,5 % verwitwet. 19 Patienten wiesen einen niedrigen, 43 einen mittleren und 27 einen hohen Ausbildungsstand auf. Bei insgesamt zwei Personen in dieser Gruppe war eine fehlende Krankheitseinsicht zu verzeichnen, 23,6 % der Patienten mit einer manischen Erkrankung gaben Probleme mit Drogen oder Alkohol an. Diese Merkmale sind unter anderem auch in Tabelle 2.6.2 zusammengestellt.

Die jeweiligen Berechnungen der Signifikanzen beim Vergleich der auffälligen mit der unauffälligen Gruppe ermöglichen folgende Aussagen:

Das Durchschnittsalter zwischen der Gruppe mit dem Nachweis einer Straf- bzw. Gewalttat und der Gruppe, die sich in Bezug auf Kriminalitätsverhalten unauffällig verhielt, unterschied sich nicht signifikant voneinander ($p=0,609$ bzw. $p=0,920$). Jedoch stellte sich unter den Personen mit einer manischen Störung das männliche Geschlecht als ein Risikofaktor für nicht gewalttätiges bzw. gewalttätiges Strafverhalten heraus ($p=0,007$ bzw. $p=0,014$). Die mittlere Krankenhausverweildauer der auffälligen Gruppe war nicht signifikant kürzer oder länger ($p=0,740$ bzw. $p=0,894$), das Merkmal der fehlenden Krankheitseinsicht war bei keinem der Patienten mit kriminellem Verhalten zu beobachten (p jeweils 1,000). Ebenso zeigte das Merkmal „Substanzmissbrauch“ keinerlei signifikante Unterschiede zwischen der straffälligen bzw. gewalttätigen und der unauffälligen Gruppe ($p=0,505$ bzw. $p=0,334$). Gleiches galt dem Ausbildungsstand ($p=0,427$ bzw. $p=0,406$). Beim Familienstand waren ein niedrigerer Anteil der in Ehe oder Partnerschaft lebenden Personen und ein höherer Anteil der Verwitweten in der straffälligen Gruppe als in der unauffälligen Fraktion zu vermerken ($p=0,023$ bzw. $p=0,389$). Sämtliche Merkmale und Signifikanzen sind in Tabelle 2.6.2 veranschaulicht.

Manien	Personen mit einer Manie	Keinen Eintrag nach Entlassung I	Straftaten nach Entlassung II	Gewalttaten nach Entlassung III	P	
					II vs I	III vs I
Gesamtanzahl	89 (100%)	75 (84,3%)	14 (15,7%)	5 (5,6%)		
Alter (Jahre)	53,92 (SD 16,32)	54,31 (SD 16,38)	51,86 (SD 16,47)	53,20 (SD 17,05)	0,615 ²⁾	0,926 ²⁾
Geschlecht						
weiblich	50 (56,2%)	47 (62,7%)	3 (21,4%)	0 (0,0%)	0,007 ³⁾	0,014 ³⁾
männlich	39 (43,8%)	28 (37,3%)	11 (78,6%)	5 (100%)		
Aufenthaltsdauer (Tage)	62,92 (SD 41,45)	64,34 (SD 43,96)	55,28 (SD 23,48)	55,60 (SD 21,65)	0,740 ⁴⁾	0,894 ⁴⁾
Krankheitseinsicht						
Fehlend	2 (2,2%)	2 (2,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000 ³⁾	1,000 ³⁾
Vorhanden	87 (97,8%)	73 (97,3%)	14 (0,0%)	5 (100%)		
Substanzmissbrauch						
Kein Missbrauch	68 (76,4%)	56 (74,7%)	12 (85,7%)	5 (100%)	0,505 ³⁾	0,334 ³⁾
Substanzmissbrauch	21 (23,6%)	19 (25,3%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)		
Familienstand						
ledig	18 (20,2%)	16 (21,3%)	2 (14,3%)	2 (40%)	0,023 ⁵⁾	0,389 ⁵⁾
Verheiratet/Partnerschaft	46 (51,7%)	42 (56,0%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)		
Getrennt/geschieden	13 (14,6%)	10 (13,3%)	3 (21,4%)	0 (0%)		
Verwitwet	12 (13,5%)	7 (9,3%)	5 (35,7%)	3 (60%)		
Ausbildung ¹⁾						
Niedrig	19 (21,3%)	15 (20,0%)	4 (28,6%)	3 (60,0%)	0,427 ⁵⁾	0,406 ⁵⁾
Mittel	43 (48,3%)	40 (53,3%)	3 (21,4%)	0 (0,0%)		
Hoch	27 (30,3%)	20 (26,7%)	7 (50,0%)	2 (40,0%)		

- 1) Niedrig: Keine Ausbildung, Sonderschule, schlechter Hauptschulabschluss
Mittel: guter Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschule
Hoch: Abitur, Hochschulabschluss
- 2) T-Test für unabhängige Variablen
- 3) Chi-Quadrat Test
- 4) Mann-Whitney-U-Test
- 5) Kruskal-Wallis-H-Test

Tab 2.6.2 Soziodemografische Merkmale und Häufigkeitsvergleich zwischen der unauffälligen Gruppe und der straffälligen bzw. gewalttätigen Gruppe innerhalb der Patienten mit manischer Störung

2.6.3 Bipolare Erkrankungen

Bipolare Erkrankungen wurden bei insgesamt 770 Personen dokumentiert, darunter 541 weibliche und 229 männliche Patienten. 188 Personen waren ledig, 147 getrennt bzw. geschieden, 88 verwitwet. Der größte Teil lebte in einer Ehe bzw. Partnerschaft (45,1%).

Ein niedriger Ausbildungsstand war bei 208 Personen zu beobachten, wohingegen der Anteil des mittleren Ausbildungsstandes mit 348 häufiger vertreten war. Bei 214 Personen war ein hoher Ausbildungsstand zu verzeichnen. Das mittlere Lebensalter belief sich auf 53,69 Jahre (SD 16,31), die Verweildauer auf 63,91 Tage (SD 51,60). Bei insgesamt neun Patienten mit bipolarer Erkrankung war eine fehlende Krankheitseinsicht zu dokumentieren; bei insgesamt 147 Personen spielte der Substanzmissbrauch eine Rolle.

Durch die Berechnungen der Signifikanzen konnte gezeigt werden, dass das männliche Geschlecht innerhalb der Gruppe der Straffälligen im Vergleich zur Gruppe der nicht Straffälligen signifikant häufiger zu zählen war ($p=0,007$); bei den Gewalttätigen waren hingegen keinerlei signifikante Differenzen festzustellen ($p=0,068$). Des Weiteren waren beim Vergleich des Familienstandes signifikante Unterschiede zwischen der straffälligen und unauffälligen Gruppe festzustellen. Dabei war der Anteil der Verwitweten in der nicht gewalttätigen Tätergruppe signifikant höher zu verzeichnen ($p=0,038$). Diese und weitere Merkmale sind in Tabelle 2.6.3 zusammengefasst.

Bipolare Störungen	Personen mit einer bipolaren Erkrankung	Keinen Eintrag nach Entlassung I	Straftaten nach Entlassung II	Gewalttaten nach Entlassung III	P	
					II vs I	III vs I
Gesamtanzahl	770 (100%)	752 (97,66%)	18 (2,34%)	6 (0,78%)		
Alter (Jahre)	53,69 (SD 16,31)	53,63 (SD 16,34)	56,11 (SD 15,17)	57,00 (SD 9,63)	0,503 ²⁾	0,438 ²⁾
Geschlecht						
weiblich	541 (70,3%)	534 (71%)	7 (38,9%)	2 (33,3%)	0,007 ³⁾	0,068 ³⁾
männlich	229 (29,7%)	218 (29%)	11 (61,1%)	4 (66,7%)		
Aufenthaltsdauer (Tage)	63,91 (SD 51,60)	64,03 (SD 51,84)	59,06 (SD 41,47)	46,17 (SD 30,06)	0,855 ⁴⁾	0,443 ⁴⁾
Krankheitseinsicht						
Fehlend	9 (1,2%)	8 (1,1%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0,193 ³⁾	1,000 ³⁾
Vorhanden	761 (98,8%)	744 (98,9%)	17 (94,4%)	6 (100%)		
Substanzmissbrauch						
Kein Missbrauch	623 (80,9%)	606 (80,6%)	17 (94,4%)	6 (100%)	0,222 ³⁾	0,601 ³⁾
Substanzmissbrauch	147 (19,1%)	146 (19,4%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)		
Familienstand						
ledig	188 (24,4%)	185 (24,6%)	3 (16,7%)	1 (16,7%)	0,038 ⁵⁾	0,931 ⁵⁾
Verheiratet/Partnerschaft	347 (45,1%)	341 (45,3%)	6 (33,3%)	4 (66,7%)		
Getrennt/geschieden	147 (19,1%)	145 (19,3%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)		
Verwitwet	88 (11,4%)	81 (10,8%)	7 (38,9%)	1 (16,7%)		
Ausbildung ¹⁾						
Niedrig	208 (27,0%)	205 (27,3%)	3 (16,7%)	1(16,7%)	0,117 ⁵⁾	0,976 ⁵⁾
Mittel	348 (45,2%)	341 (45,3%)	7 (38,9%)	4 (66,7%)		
Hoch	214 (27,8%)	206 (27,4%)	8 (44,4%)	1 (16,7%)		

- 1) Niedrig: Keine Ausbildung, Sonderschule, schlechter Hauptschulabschluss
Mittel: guter Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschule
Hoch: Abitur, Hochschulabschluss
2) T-Test für unabhängige Variablen
3) Chi-Quadrat Test
4) Mann-Whitney-U-Test
5) Kruskal-Wallis-H-Test

Tab 2.6.3 Soziodemografische Merkmale und Häufigkeitsvergleich zwischen der unauffälligen Gruppe und der straffälligen bzw. gewalttätigen Gruppe innerhalb der Patienten mit bipolarer Störung

2.6.4 Depressive Erkrankungen

Eine Depression wurde innerhalb des Gesamtkollektivs insgesamt 702-mal gezählt. 458 Frauen und 244 Männer waren vertreten. 19,8% der Depressiven waren ledig, 50,4% verheiratet bzw. in einer Partnerschaft lebend, 19,1% getrennt oder geschieden und

insgesamt 10,7% verwitwet. Der niedrige Ausbildungsstand war mit 162 Personen, der mittlere mit 326 und der hohe Ausbildungsstand mit 214 Personen präsent. 22,9% gaben Substanzmissbrauch an, und bei insgesamt elf Personen war eine fehlende Krankheitseinsicht zu beobachten. Das mittlere Alter lag bei 52,70 Jahren (SD 16,29), die durchschnittliche Verweildauer lag bei 65,1 Tagen (SD 52,63).

Die Berechnung der jeweiligen Signifikanzen erlaubt folgende Aussagen:

Die Verteilung der Geschlechter zeigte signifikante Unterschiede zwischen der unauffälligen und der straffälligen bzw. gewalttätigen Gruppe ($p=0,002$ bzw. $p=0,000$). Die mittlere Verweildauer im Krankenhaus der nicht gewalttätigen Täter war signifikant länger als in den anderen Gruppen ($p=0,035$); die Krankenhausaufenthaltsdauer der Gewalttätigen hingegen zeigte keinerlei signifikante Unterschiede im Vergleich zur unauffälligen Gruppe ($p=0,400$). Der Familienstand zeigte Differenzen beim jeweiligen Vergleich der Straffälligen und der Gewalttätigen mit der unauffälligen Gruppe. Dabei war sowohl ein hoher Anteil der Verwitweten in der straffälligen als auch in der gewalttätigen Gruppe auffällig ($p=0,000$ bzw. $p=0,005$). Bei allen weiteren Merkmalen waren keine Unterschiede in der Ausprägung zu verzeichnen (siehe hierfür auch Tabelle 2.6.4).

Depressionen	Personen mit Depression	Keinen Eintrag nach Entlassung I	Straftaten nach Entlassung II	Gewalttaten nach Entlassung III	P	
					II vs I	III vs I
Gesamtanzahl	702 (100%)	669 (95,3%)	33 (4,70%)	10 (1,42%)		
Alter (Jahre)	52,70 (SD 16,29)	52,63 (SD 16,31)	54,15 (SD 16,15)	48,70 (SD 9,89)	0,600 ²⁾	0,233 ²⁾
Geschlecht						
weiblich	458 (65,2%)	445 (66,5%)	13 (39,4%)	1 (10%)	0,002 ³⁾	0,000 ³⁾
männlich	244 (34,8%)	224 (33,5%)	20 (60,6%)	9 (90%)		
Aufenthaltsdauer (Tage)	65,10 (SD 52,63)	64,56 (SD 52,97)	76,06 (SD 44,28)	67,30 (SD 38,20)	0,035 ⁴⁾	0,400 ⁴⁾
Krankheitseinsicht						
Fehlend	11 (1,6%)	11 (1,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000 ³⁾	1,000 ³⁾
Vorhanden	691 (98,4%)	658 (98,4%)	33 (100%)	10 (100%)		
Substanzmissbrauch						
Kein Missbrauch	541 (77,1%)	514 (76,8%)	27 (81,8%)	8 (80,0%)	0,672 ³⁾	1,000 ³⁾
Substanzmissbrauch	161 (22,9%)	155 (23,2%)	6 (18,2%)	2 (20,0%)		
Familienstand						
ledig	139 (19,8%)	136 (20,3%)	3 (9,1%)	0 (0,0%)	0,000 ⁵⁾	0,005 ⁵⁾
Verheiratet/Partnerschaft	354 (50,4%)	343 (51,3%)	11 (33,3%)	4 (40,0%)		
Getrennt/geschieden	134 (19,1%)	129 (19,3%)	5 (15,2%)	1 (10,0%)		
Verwitwet	75 (10,7%)	61 (9,1%)	14 (42,4%)	5 (50,0%)		
Ausbildung ¹⁾						
Niedrig	162 (23,1%)	149 (22,3%)	13 (39,4%)	4 (40,0%)	0,207 ⁵⁾	0,238 ⁵⁾
Mittel	326 (46,4%)	316 (47,2%)	10 (30,3%)	4 (40,0%)		
Hoch	214 (30,5%)	204 (30,5%)	10 (30,3%)	2 (20,0%)		

- 1) Niedrig: Keine Ausbildung, Sonderschule, schlechter Hauptschulabschluss
Mittel: guter Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschule
Hoch: Abitur, Hochschulabschluss
2) T-Test für unabhängige Variablen
3) Chi-Quadrat Test
4) Mann-Whitney-U-Test
5) Kruskal-Wallis-H-Test

Tab 2.6.4 Soziodemografische Merkmale und Häufigkeitsvergleich zwischen der unauffälligen Gruppe und der straffälligen bzw. gewalttätigen Gruppe innerhalb der Patienten mit depressiver Störung

3.0 Diskussion

3.1 Allgemeines

Wenngleich trotz theoretischem Wissen immer eine allgemeingültige, alle Aspekte berücksichtigende und sämtliche Fragen beantwortende Studie nicht existiert, legen Auswertungen wissenschaftlicher Studien einen Zusammenhang zwischen kriminellem Verhalten und psychiatrischer Erkrankung nahe. Die Art und das Ausmaß dieses Zusammenhanges variiert, da kriminelles Verhalten aufgrund seiner Komplexität von vielen Faktoren abhängt und von äußeren Gegebenheiten beeinflusst wird. Daher ist es unentbehrlich, ein durchdachtes Studiendesign zur Untersuchung des Zusammenhanges zu wählen.

Mehrere Studien belegen, dass das relative Risiko, eine Straftat zu begehen erhöht ist, sobald eine psychiatrische Erkrankung vorliegt (30; 37; 38). Unter Einschluss der indirekten Konsequenzen der Erkrankungen, stellte Taylor (81) in einer Studie die Vermutung an, dass 82% der nachgewiesenen Straftaten in Verbindung mit den Leiden standen.

Der Zusammenhang von psychiatrischer Erkrankung und Kriminalität ist insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen untersucht worden (12; 43; 48; 50; 55; 65; 73; 85; 87; 89). Die Datenlage von wissenschaftlichen Studien bei Patienten mit affektiven Erkrankungen ist weniger überzeugend, da hierbei unter anderem eine geringere Anzahl an wissenschaftlichen Arbeiten vorliegt (12; 52; 84; 85; 87). Bei einer Studie von Modestin und Mitarbeiter (52) wird bei der männlichen Gruppe mit affektiven Erkrankungen eine leichte Risikoerhöhung für kriminelle Handlungen beschrieben (OR 1,7). Tiihonen et al (85) beschreiben hingegen innerhalb des männlichen Kollektivs eine deutlich höhere OR von 6,8 für kriminelle Handlungen und eine OR von 10,4 für Gewaltkriminalität, wobei zu erwähnen ist, dass ebenso affektive Erkrankungen mit psychotischen Merkmalen Berücksichtigung fanden. Teplin und Mitarbeiter (84) konnten ein erhöhtes Vorkommen von depressiven und manischen Erkrankungen innerhalb weiblicher Gefängnisinsassen nachweisen (OR 3,35 und 3,89). Für die Verstärkung des Einflusses psychiatrischer Erkrankung auf Tötungsdelikte gibt es eindeutigere Befunde.

Einige Studien, die das Tötungsrisiko bei Schizophrenien untersuchten, zeigten eine Risikoerhöhung (23; 30; 33; 59; 87). Auch bei affektiven Psychosen konnte teilweise eine Risikoerhöhung für Tötungsdelikte nachgewiesen werden (23; 30; 59), dies gilt ebenso für depressive und manische Erkrankungen (23; 84). Untersuchungen von Tötungsdelikten bei Personen mit einer affektiven Störung zeigten bei einer Studie von Wallace et al (87) eine OR von 5,4 bei männlichen Tätern. Aber auch Studien, die insgesamt kein erhöhtes Aufkommen von Gewalttaten bei psychischen Erkrankungen nachweisen konnten, liegen vor (49; 74).

3.2 Studienaufbau

Um aussagekräftige Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten zu erzielen, sind in den letzten Jahren psychiatrische Beurteilungsinstrumente geschaffen worden, um Korrelationen zwischen kriminellem Verhalten und psychiatrischer Erkrankung zu analysieren, wenngleich solche Analysen durch methodische Probleme und Limitationen eine Herausforderung darstellen. In vorliegender Studie sind von insgesamt 1561 Patienten Eintragungen von Verurteilungen aus dem Bundeszentralregister innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 28 Jahren untersucht worden; zum Vergleich der vorliegenden Untersuchungsergebnisse mit einem Vergleichskollektiv wurde der Zeitraum von 1995 bis 2002 herangezogen. Neben dieser Auswertung erfolgte die Dokumentation der Risikofaktoren und der psychopathologischen Befunde, um Prädiktoren für späteres straffälliges und gewalttätiges Verhalten zu erfassen.

3.2.1 Fallzahlen

Um die Limitierungen der statistischen Aussagekraft zu erkennen und insbesondere beim Vergleich von Studien in Relation setzen zu können, müssen einige Aspekte der Datenerhebung kritisch diskutiert werden. Ein bedeutender Aspekt stellt hierbei sicherlich die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe dar, wobei eine möglichst große Fallzahl zur Optimierung eines Studienmodells beiträgt, zumal die statistische

Aussagekraft in hohem Maße von dieser Fallzahl abhängt. Auch in vorliegender Arbeit ist eine Verbesserung dieser Aussagekraft durch eine Vergrößerung des Untersuchungskollektives zu erreichen. Vorliegende Fallzahlen liegen zwar, im Gegensatz zu manch anderen Arbeiten (5; 23; 26; 29; 30; 39; 49; 59; 66; 74; 75; 80; 84), deutlich höher, aber insbesondere Studien an Geburtenkohorten weisen häufig höhere Fallzahlen auf (12; 37; 38; 78) und besitzen diesbezüglich eine statistisch bedeutsamere Aussagekraft. Bei der Verwertung der vorliegenden Ergebnisse reduziert sich aufgrund der geringen Fallzahlen der manischen Erkrankungen die statistische Bedeutung hinsichtlich dieser Gruppe. Hinsichtlich der vorliegenden Datenlage in Bezug auf die Gruppe der manisch Erkrankten und dessen Korrelation mit straffälligem Verhalten, besteht hierbei ein zukünftiger Untersuchungsbedarf mit höheren Fallzahlen, um den statistischen Zusammenhang erneut zu prüfen.

In vorliegender Arbeit wurden ehemals stationäre Patienten einer Universitätsklinik untersucht. Dabei ist zu erwähnen, dass psychiatrisch Erkrankte, die durch aggressives Verhalten auffallen, oft in ein Bezirkskrankenhaus eingeliefert werden, wie beispielsweise in München das Bezirkskrankenhaus im Münchner Osten; Zudem werden Patienten, die wegen schwerwiegenden Gewaltverbrechen verurteilt werden, in speziellen Hochsicherheitskrankenhäusern untergebracht. Dadurch ist zu vermuten, dass der Studie psychisch kranke Straftäter entgangen sind und eine Studie andernorts eventuell größere Prävalenzzahlen von aggressivem und straffälligem Verhalten bei psychiatrischen Patienten oder auch insgesamt ein breiteres Spektrum an kriminellen Handlungen ergeben würde. Im Gegensatz dazu kann man vermuten, dass vermeintlich „harmlosere“ Patientenfälle vermehrt ambulant betreut werden und dementsprechend nicht in die Studie aufgenommen wurden und somit ebenso die Ergebnisse beeinflussen. Daher wird durch die Wahl des Patientenkollektives an einer Universitätsklinik eine starke Selektion der Fallzahlen hervorgerufen.

3.2.2 Vergleichsgruppe

In vorliegender Arbeit erfolgte eine Gegenüberstellung der Ergebnisse mit Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik. Hierfür wurde ein Untersuchungsintervall von 1990 bis

2002 gewählt. Die Vergleichsdaten wurden dabei durch Mittelung der kriminalstatistischen Prävalenzzahlen der Landeshauptstadt München aus diesen Jahren erhoben. Dabei ergab sich ein Mittelwert von 9.138,38 Taten pro 100.000 Einwohner. Bei der Hochrechnung der Taten des Untersuchungskollektives konnte eine deutliche höhere Anzahl von 14.157,59 ermittelt werden. Der prozentuale Anteil der Täter in der Untersuchungsgruppe stellte sich im Vergleich zu den Tatverdächtigen in München kleiner dar (4,16% versus 8,95%). Hierbei muss erwähnt werden, dass die polizeiliche Kriminalstatistik Tatverdächtige zählt. Im Gegensatz dazu sind in vorliegender Studie ausschließlich Personen erwähnt, die für Straftaten auch verurteilt wurden. Daher ist davon auszugehen, dass die Zahlen der Täter in der Kriminalstatistik diesbezüglich höher erscheinen. Diesem Aspekt muss bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse Beachtung geschenkt werden.

Obwohl der Definition von Gewaltdelinquenz eine zentrale Rolle zukommt, existiert keine eindeutige, einheitliche Auslegung des Begriffs. Die Bedeutung des Begriffs unterliegt somit einer gewissen Willkür. Aufgrund dieser Tatsache sind auch in vorliegender Studie Diskrepanzen bei der Definition von Kriminalität zwischen den Untersuchten und der Kontrollgruppe entstanden. Gewalttaten der Untersuchungsgruppe wurden durch die Bedrohung oder Verletzung einer Person durch physische Gewaltanwendung beschrieben. Bei den Straftaten des Patientenkollektivs wurden einige Handlungen erfasst, die in der polizeilichen Kriminalstatistik nicht aufgezeichnet sind. Beispielsweise sind in der polizeilichen Kriminalstatistik Verkehrsdelikte (Ausnahme §§ 315,315 b StGB, § 22a StVG) nicht enthalten (14), wohingegen diese in der vorliegenden Statistik Berücksichtigung fanden.

Eine Vereinheitlichung der Definitionen wäre zwingend notwendig, um vergleichbare Aussagen über etwaige Zusammenhänge treffen zu können.

Diese einheitliche Definition der Untersuchungsmerkmale vorausgesetzt, wäre ein Vergleichskollektiv erstrebenswert, welches auf der einen Seite bewiesenermaßen Straftaten begangen hat und auf der anderen Seite Konformität hinsichtlich soziodemografischer Merkmale aufweist, um die Einflüsse von äußeren Gegebenheiten auf kriminelles Verhalten möglichst gering zu halten. Hier müsste man der Beachtung des sozialen Umfeldes Aufmerksamkeit schenken. Das nähere Umfeld stellt sicherlich einen wichtigen Einflussfaktor auf die Kriminalitätsentwicklung dar, so dass man durch

die genaue Zuordnung einer Kontrollperson mit ähnlichen sozialen Gegebenheiten sicherlich aussagekräftigere Ergebnisse erzielen kann. Ein diesbezüglich besseres Studienkonzept zeigt beispielsweise die Arbeit von Modestin und Amman (49), die eine Vergleichsgruppe nach Abgleichen von soziodemografischen Merkmalen vorstellte. Steadman (74) und Kollegen verglichen in ihrer Studie psychisch Erkrankte mit Personen aus der direkten Nachbarschaft, wodurch eine gewisse Annäherung an Konformität äußerer Gegebenheiten erzielt wird.

3.2.3 Dokumentation und Definition von Kriminalität

Die Art und Weise der Registrierung von Kriminalität stellt eine Herausforderung dar. Offiziell registrierte Kriminalität setzt das Vorhandensein von Straf- oder Arrestregistern voraus. Beispiele von Untersuchungen, die sich auf hochwertige Auskunftsregister bezogen, stammen aus Skandinavien (12; 37; 38), andere Untersuchungen beobachteten lediglich gewalttätiges Verhalten und dokumentierten dieses anhand von Erfassungsbögen (66; 75), wieder andere stützten ihre Dokumentation sowohl auf Strafregisterdaten als auch auf Eigenberichte (74).

Die Dokumentation der Kriminalität erfolgte in vorliegender Studie durch Auswertungen von Straftaten, die durch das Bundeszentralregister in Bonn erhoben wurden. Hierbei ist zu erwähnen, dass auf der einen Seite eine Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz von kriminellen Handlungen bei vorliegendem Patientenkollektiv zu vermuten ist, da durch die Erhebung durch das Bundeszentralregister mildere Delikte sowie nicht aufgeklärte Taten unberücksichtigt bleiben. Auf der anderen Seite muss der Tatsache Beachtung geschenkt werden, dass in vorliegender Arbeit eingestellte Verfahren den nicht gewalttätigen Delikten zugeordnet wurden. Bei diesen Verfahren war jedoch eine eindeutige Klärung des Tatvorgangs nicht gegeben; es bleibt daher fraglich, ob diese Taten auch wirklich vom Untersuchungskollektiv begangen wurden. Hierdurch wurden vermutlich die Fallzahlen der Delikte innerhalb der Untersuchungsgruppe zu hoch eingeschätzt.

Die Erfassung der Psychopathologie durch Anamnesebögen, wie sie in vorliegender Studie erfolgte, stellt einen wichtigen weiteren Untersuchungsaspekt dar. Nicht

enthalten in der vorliegenden Dokumentationsart sind alle aggressiven Handlungen im familiären und privaten Bereich. Medienberichten zufolge stellen vor allem innerfamiliäre Konflikte in unserer Gesellschaft eine deutliche Problematik dar. Diese Bedeutung bezieht sich vordergründig auf die Entwicklung von Aggressivität im Allgemeinen. Auch in früheren Arbeiten wird das Auftreten von Kriminalität bei Personen beschrieben, welche bereits frühen Kontakt mit Gewalt in der Familie hatten (9). Die Erfassung solcher Konflikte könnte anhand retrospektiv eruiertes Erfassungsbögen erfolgen, welche zugleich eine anschließende Dokumentationsmöglichkeit im ambulanten Bereich darstellen würden. Diesen Ansatz im Studiendesign wählten Steadman und Kollegen (74), die sich mehrerer Dokumentationsmedien bedienten. Beim Einsatz von Erfassungsbögen muss die subjektive Komponente, die durch die Berichterstattung der Informanten je nach Art der Beziehung des Informanten zur untersuchten Person entsteht, erwähnt werden. Zudem ist der Untersucher auf wahrheitsgetreue Angaben der Untersuchten angewiesen und eine Überprüfung der Aussagen ist nicht gegeben. Ebenso bleibt bei der Dokumentation durch Erfassungsbögen offen, welche Situation als physische oder psychische Gewalt empfunden wird.

Der Informationsgewinn durch Auszüge aus dem Bundeszentralregister ist sicherlich trotz bereits erwähnter Limitationen eine objektive Dokumentationsart, lässt aber auch nur Vergleiche zu Studien gelten, die sich der gleichen Methodik unterziehen. Zudem weist die Erfassung des Gesamtspektrums krimineller und straffälliger Handlungen eine hohe Komplexität auf. So ist es sehr wahrscheinlich, dass trotz objektivierbarer Kriterien, Begriffe bezüglich Kriminalität unterschiedlich definiert werden; auch wird dabei die Auslegung von Kriminalität nicht einheitlich angewendet. Diese Begriffsdefinitionen zeigen in wissenschaftlichen Studien, Medien und öffentlichen Meinungen Diskrepanzen auf. Zudem unterliegen die unterschiedlichen Formen von Kriminalität einer unterschiedlichen Gewichtung der jeweiligen Gesellschaften. Sehen wir beispielsweise bereits im Tatbestand der Beleidigung eine Gefährdung unserer Gesellschaft oder erst in Gewalttaten, die mit der körperlichen Verletzung anderer einhergehen? Und vor allem: Sehen dies andere Kulturen ähnlich wie wir? Durch die jeweiligen Erfahrungen und die geschichtlichen Entwicklungen der Völker werden gesellschaftliche Normen und Regeln stetig moduliert. Dies erklärt teilweise die Entstehung unterschiedlicher Begriffsauslegungen von gesellschaftlichen Werten zwischen den verschiedenen

Völkern. Aber auch in Kulturkreisen, die entwicklungsgeschichtlich ähnliche Erfahrungen aufweisen, zeichnen sich Probleme bei der einheitlichen Definition von Kriminalität ab. Will man beispielsweise Studien der Vergangenheit vergleichen, so muss auf solche Definitionsunterschiede hingewiesen werden. Einheitlich verstand man unter Gewaltkriminalität Delikte, die im Bereich der Körperverletzung liegen oder weiter darüber hinausgehen. Einige Studien untersuchten ihr Kollektiv neben Straftaten wie Raub und Sexualdelikten mit Gewaltanwendung (12; 37; 74) auch auf Delikte wie gefährliche Drohung und Nötigung (37; 38; 74), Brandstiftung und Hausfriedensbruch (65; 85) oder Widerstand gegen die Staatsgewalt (12). Eine einheitliche Orientierung an juristischen Definitionen würde Vergleiche der Ergebnisse von wissenschaftlichen Arbeiten erleichtern und somit den Einfluss des subjektiven Empfindens der jeweiligen Untersuchenden auf das Ergebnis minimieren. Diesbezüglich könnte hierbei eine größere Validität des statistischen Zusammenhanges erreicht werden.

Je nach Grad der Aufklärungsquote und der Anzeigenbereitschaft der Bevölkerung ist bei jeder Art der offiziellen Erfassung von Kriminalität von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. In Bezug auf vorliegende Ergebnisse ist eine Relativierung dieser Tatsache dadurch gegeben, dass diese Dunkelziffer sicherlich gleichermaßen, sowohl bei dem Untersuchungskollektiv, als auch bei der Vergleichsgruppe, auftritt. Man sollte jedoch beim Vergleich von Daten unterschiedlicher Herkunft beachten, dass zwischen den verschiedenen Nationen und Bundesländern diskrepante Aufklärungsquoten vorliegen können. Diese sind unter anderem davon abhängig, welche finanziellen Möglichkeiten den jeweiligen Ländern für die Bekämpfung der Kriminalität zur Verfügung stehen. Ergänzend ist zu erwähnen, dass beim nationalen und internationalen Vergleich von wissenschaftlichen Arbeiten, diese Kriminalitätspräventionsmöglichkeiten der unterschiedlichen Regionen beachtet werden müssen. Diese hängen bei der Frage nach dem Zusammenhang von Kriminalität und psychiatrischer Erkrankung, neben bereits erwähnten Rahmenbedingungen, auch vom Standard der medizinischen Versorgungssysteme ab. Ein direkter Vergleich der Ergebnisse sollte daher kritisch betrachtet werden.

3.2.4 Diagnostische, soziodemografische und psychopathologische Merkmale

Ein weiterer Diskussionspunkt hinsichtlich der diagnostischen Einteilung der jeweiligen Erkrankungen ergibt sich aus der Tatsache, dass psychiatrische Diagnostik im Laufe der Jahre dynamische Entwicklungen aufweist. Beim Vergleich von wissenschaftlichen Daten ergeben sich Diskrepanzen, welche insbesondere dann entstehen, wenn unterschiedliche Untersuchungszeiträume gewählt werden und sich mittlerweile Untersuchungsinstrumente und Diagnostikkriterien verändert haben. Eine Statik bezüglich Diagnostikverfahren wird nie eintreten, da Medizin eine Erfahrungswissenschaft darstellt, und daher eine ausgeprägte dynamische Komponente beinhaltet. Vor allem die depressiven Erkrankungen wurden in früheren Studien uneinheitlich definiert (52; 85; 87). Vergleiche von Studien lassen sich selbstverständlich auch nur dann erzielen, wenn man sich Untersuchungen zu Rate zieht, die sich auf gleiche Diagnostikkriterien beziehen. Hierbei ist eine klare Definition von Diagnosen erforderlich. Erfassungssysteme wie beispielsweise das ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) wird diesen Anforderungen sicherlich gerecht, lässt aber auch nur Vergleiche zwischen Studien zu, die von denselben Versionen Gebrauch machen. Die Dynamik der Diagnosekriterien ist ein Aspekt, den man beim Literaturvergleich berücksichtigen sollte. Dabei ist die Aussagekraft bei der Gegenüberstellung von Daten aus unterschiedlichen Zeiträumen naturgemäß vermindert.

Aufgrund des gewählten Beobachtungszeitraumes der Studie klassifizierten wir unsere Patienten nach den ICD-9 Diagnostikkriterien. Diese unterscheidet sich im Vergleich zur aktuellen ICD-10 Einteilung im Wesentlichen darin, dass Depressionen nach ätiopathogenetischen Aspekten unterteilt werden. Dieses Modell definiert die Depressionen als endogene, als psychogene und als somatogene Depressionen. Nach ICD-10 wird die Einteilung nach klinischen und psychosozialen Aspekten vorgenommen und man geht von einer multifaktoriellen Genese der Erkrankung aus. Aufgrund der Annahme der multifaktoriellen Genese der Erkrankungen haben sich unterschiedliche therapeutische Ansätze entwickelt. Neben der Pharmakotherapie stehen hierbei die Psychotherapie und weitere unterstützende Verfahren, wie beispielsweise die Elektrokonvulsionstherapie oder die Lichttherapie, ergänzend zur Verfügung.

An dieser Stelle sei kritisch erwähnt, dass in vorliegender Arbeit keinerlei Informationen über klinische und soziodemografische Merkmale der Patienten nach Entlassung erfasst wurden. Die Prognosekriterien resultieren daher allein aus dem Zeitraum der erfassten stationären Behandlungen zwischen 1990 und 1995. Daher können die individuellen und äußeren Gegebenheiten, sowie der Krankheitsstatus zum Zeitpunkt der Tat nicht bewertet werden. Dies ist zudem in der Tatsache begründet, dass vorliegende retrospektive Studie Taten untersucht, die teilweise weit in die Vergangenheit zurück reichen und daher eine Evaluierung der individuellen Gegebenheiten der Patienten zum damaligen Tatzeitpunkt nicht möglich macht. Eine weitere kritische Betrachtung gilt der Auswahl des Untersuchungszeitraumes nach der Entlassung, der sich in vorliegender Studie auf 7 bis 12 Jahre nach Entlassung bezieht. Unter der Annahme, dass Merkmale, wie beispielsweise die Krankheitsdauer oder das Alter einen Einfluss auf Gewaltverhalten besitzt, wäre hierbei durch eine ausreichend lange Katamnesedauer eine verbesserte statistische Aussage zu treffen.

Die Beurteilung eines kausalen Zusammenhanges zwischen der Psychopathologie der Patienten und künftigem kriminellem Verhalten sollte aufgrund statistischer Besonderheiten zurückhaltend formuliert werden. Wie unterschiedlich statistische Ergebnisse ausfallen können zeigt die Tatsache, dass in vorliegender Arbeit keinerlei Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und straffälligem Verhalten aufgezeigt werden konnte; Hingegen stellt in fast allen veröffentlichten Studien der letzten Jahre der Substanzabusus eine signifikante Risikokonstellation hinsichtlich Kriminalität dar. Ein Grund für diesen Unterschied ist sicherlich darin zu suchen, dass das Merkmal Substanzmissbrauch in vorliegender Arbeit nicht systematisch erfasst wurde. Das wiederum verdeutlicht, dass Ergebnisse von Studien durch die Art der statistischen Erhebung und deren Ausführung in relevantem Ausmaß beeinflusst werden. Daher setzt die Interpretation der Daten und deren Aussage eine kritische Hinterfragung und eine sorgfältige Bewertung voraus.

3.3 Dunkelziffern

Psychische Erkrankungen weisen durch die häufig nicht deutlich erkennbaren

Symptome und die immer noch bestehende gesellschaftliche Inakzeptanz eine große Dunkelziffer auf. Sie stellen auch heute noch ein großes Tabuthema dar, welches von der Gesellschaft und von den Betroffenen selbst häufig ignoriert wird. Eine leistungs- und zielorientierte Gesellschaft hat keinen Platz für Menschen, die „Schwächen“ aufzeigen. Daher versuchen viele psychisch kranke Menschen zunächst, ihre Erkrankung so weit wie möglich zu verdrängen, aus Angst, ihren beruflichen und sozialen Status zu verlieren. Zudem bleiben insbesondere milde Krankheitsverläufe oft unerkannt, da sie auf der einen Seite oft vom Patienten selbst unbemerkt bleiben oder die Erkrankung dem aufgesuchten Arzt häufig in Form körperlicher Beschwerden demonstriert wird, und es für den Arzt daher schwer ist, die Krankheit als solche zu erkennen. Einige Quellen besagen, dass 12 % der Patienten, die eine Allgemeinarztpraxis aufsuchen, an einer depressiven Störung leiden und $\frac{1}{4}$ dieser Patienten nicht als psychisch krank diagnostiziert wird (90). Andere wiederum gehen dabei von deutlich höheren Zahlen aus; diese Quellen gehen davon aus, dass ca. 25% der Depressiven keinen Arzt konsultieren und etwa 50% der Depressionen vom Allgemeinarzt nicht als solche erkannt werden (54). Solche Zahlen sollten ein Alarmsignal geben und die wichtige Bedeutung der Schulung des medizinischen Personales und die Aufklärungsarbeit der Öffentlichkeit betonen. Dabei bieten mittlerweile zeitökonomische diagnostische Testmöglichkeiten, wie beispielsweise der „2-Fragen-Test“ mit einer hohen Sensitivität, einen richtungweisenden Lösungsansatz dieser Problematik (68). Trotzdem scheint es kaum möglich zu sein, sämtliche Erkrankungen des Formenkreises der Störungen des Affektes statistisch zu erfassen. Folglich muss von einer größeren Prävalenz dieser Erkrankungen ausgegangen werden, als in vorliegender Studie erfasst. Es ist anzunehmen, dass der Anteil an psychisch Erkrankten in jeglichen Untersuchungsgruppen kleiner ausfallen wird als der tatsächliche Bestand. Bei der Erfassung der Bundeskriminalstatistik erfolgt keine Überprüfung der Täterschaft in Bezug auf Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung. Will man nun aber eine gesunde Vergleichspopulation vorstellen, so müsse man diese in Hinblick auf psychiatrische Erkrankungsmerkmale untersuchen, um auch sicher gehen zu können, ein gesundes Kollektiv zu präsentieren. Es würde somit eine genauere Gegenüberstellung von Daten eines „gesunden“ Kollektivs mit Zahlen einer „erkrankten“ Population erfolgen. Einen Lösungsansatz dieser Problematik könnte eine

retrospektive psychiatrische Untersuchung an Studienpopulationen bieten. Die Annahme, in vorliegender Studie ein gesundes Vergleichskollektiv eruiert zu haben, ist kritisch zu betrachten, da sich hierunter sicherlich ein gewisser Anteil einer psychiatrisch erkrankten Täterschaft verstecken wird.

3.4 Alkohol- und Drogenmissbrauch

Immer wieder wird die Frage gestellt, inwieweit Drogen und Alkohol kriminelles Verhalten beeinflussen. Der Einfluss von Alkohol bzw. Drogen auf gewalttätiges Verhalten ist bereits mehrfach beschrieben worden. So beispielsweise in einer Studie von Steadman (74), in der die Bedeutung des Drogen- und Alkoholmissbrauchs bei psychiatrischen Patienten für deren gewalttätiges Verhalten hervorgehoben und dessen Einfluss betont wurde. Ebenso konnten Kay et al (39) einen Zusammenhang zwischen Drogen- und Alkoholmissbrauch und gewalttätigem Verhalten dokumentieren. Petursson und Gudjonsson (59) konnten in einer Studie feststellen, dass von den untersuchten Mördern und Totschlägern über 60% während der Tat unter Alkoholeinfluss standen, bei 13% der Straftäter konnte ein Alkohol- und Drogenmissbrauch nachgewiesen werden. Modestin und Amman (49) konnten eine signifikante Erhöhung der kriminellen Taten beim gleichzeitigen Vorliegen von Alkohol- und Substanzmissbrauch (76% versus 39% Männer, 56% versus 8% Frauen) dokumentieren; dieser Einfluss scheint hierbei bei Frauen eine deutlichere Ausprägung zu besitzen. Auch Gottlieb und Mitarbeiter (30) konnten bei Mördern eine Signifikanzerhöhung bei psychotischen Tätern durch das gleichzeitige Vorliegen von Substanzmissbrauch feststellen. Eronen und Mitarbeiter (23) berechneten bei männlichen Straftätern eine OR von 10,7, bei weiblichen Straftätern sogar von 37,7 für Alkoholismus. Dass bereits bei jugendlichen Straftätern ein Einfluss von Substanzmissbrauch auf Straftaten bestehen kann, wird durch eine Studie von Gosden und Mitarbeiter (29) nahe gelegt; bei insgesamt 41% der jugendlichen Straftäter konnte ein Missbrauch nachgewiesen werden.

Wie bereits erwähnt, lässt sich in vorliegender Arbeit kein signifikanter Einfluss von Substanzmissbrauch auf späteres straffälliges Verhalten aufzeigen, was sicherlich auf die fehlende Systematik der Erfassung dieses Merkmales beruht. Es konnte lediglich

anhand des AMDP Erfassungsbogens ein signifikanter Unterschied in den Punkten „Drogen/ Alkoholintoxikation“ zwischen der unauffälligen und der straffälligen Gruppe aufgezeigt werden. Die statistische Aussagekraft ist hierbei wiederum durch die geringe Fallzahl der Gewalttäter eingeschränkt und schwer zu verwerten.

Die retrospektive Untersuchung des direkten Einflusses von Drogen- oder Alkoholmissbrauch zum Zeitpunkt der Tat würde vermutlich eine Veränderung der Datenlage bewirken. Neben der Untersuchung dieses Merkmals auf straffälliges Verhalten bei den Untersuchten, wäre auch die Erfassung des Merkmals innerhalb der Kontrollgruppe ein interessanter und anzustrebender Aspekt gewesen. Die Diskussion über den alleinigen Einfluss des Substanzmissbrauchs auf kriminelles Verhalten wurde in dieser Arbeit ausgeklammert und muss als wichtiger Kritikpunkt erwähnt werden.

Es muss an dieser Stelle erneut erwähnt werden, dass Abweichungen der Ergebnisse von verschiedenen Studien unter anderem in den unterschiedlichen Arten der statistischen Erhebung und deren Ausführung zu suchen sind; Eine Interpretation der Resultate setzt daher eine kritische und sorgfältige Bewertung voraus.

3.5 Bedeutung der Therapie

Kommt man nun auf das Thema der Kriminalitätsprävention zu sprechen, stellt sich die Frage, inwieweit eine psychiatrische Behandlung dazu beiträgt, Vorkommnisse von Kriminalität und Gewalt zu reduzieren und welchen Einfluss die Dauer der Krankenhausaufenthalte auf späteres kriminelles Verhalten besitzt. Vorliegende Ergebnisse zeigten bei der Gruppe der depressiven straffälligen Gruppe im Vergleich zu allen depressiven Patienten des Gesamtkollektives eine signifikant längere mittlere Verweildauer (65,10 Tage versus 76,06 Tage). Des Weiteren konnte beim Gesamtkollektiv gezeigt werden, dass sich ab einer Aufenthaltsdauer von 30 Tagen eine Risikoerhöhung für späteres kriminelles Verhalten ergibt.

Dies wirft die Frage auf, ob der längere Krankenhausaufenthalt aus einem schweren Krankheitsverlauf resultiert und die Qualität der Erkrankung einen Risikofaktor für kriminelle Handlungen darstellt. Es lässt sich aber auch die Vermutung aufstellen, dass der Krankenhausaufenthalt dynamische Einflüsse auf das weitere Leben „zu Hause“

besitzt und daraus eventuell ein Verlust sozialer Kompetenzen resultiert. Die Thematik des Einflusses des Krankenhausaufenthaltes auf späteres kriminelles Verhalten wurde bereits in mehreren Literaturen untersucht. Dabei können kontroverse Diskussionen entstehen. So konnte beispielsweise eine Studie von Swanson et al (79) zeigen, dass die auffällig gewordenen psychisch Kranken seltener eine medizinische Behandlung in Anspruch nahmen. Modestin und Amman (49) konnten eine kleinere Kriminalitätsrate bei Patienten nachweisen, die sich länger als ein Jahr in stationärer Behandlung befanden. Dies wirft die Frage auf, welchen Einfluss die stationäre Aufenthaltsdauer auf die Kriminalitätsrate besitzt und inwieweit durch eine längere Behandlung, die Zahlen der Gewalttaten bei psychisch Erkrankten geringer ausfallen. Ergeben sich diese niedrigeren Zahlen daraus, dass eine adäquate Therapie gewählt wurde, oder liegt es einfach nur daran, dass der Patient durch die lange Behandlungsdauer weniger gesellschaftlichen Kontakt und somit auch weniger Gelegenheiten für Straftaten besitzt? Bei der Untersuchung dieses Ansatzpunktes ist die Therapiekontrolle äußerst wichtig, welche im stationären Bereich keinerlei Schwierigkeiten darstellen dürfte. Um den Einfluss von Erkrankung auf straffälliges Verhalten in Zukunft weiterhin zu kontrollieren, wäre eine anschließende poststationäre Betreuung der Patienten notwendig. Hiermit könnte man eine längerfristige Therapiekontrolle gewährleisten und anschließend Aussagen über den Einfluss des Therapieerfolges auf weitere dynamische Faktoren erschließen. Es wird dabei die Problematik der fehlenden therapeutischen Kontrollmöglichkeit der Patienten in Studien aufgeworfen, die im ambulanten Bereich betreut werden. Vor allem die Behandlung von psychiatrischen Patienten erfordert häufig eine weitere Pharmakotherapie, um eine längerfristige Remission zu erhalten. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Limitationen der Therapieüberprüfung ist die Beurteilung schwierig, welchen längerfristigen Einfluss eine adäquate Therapie auf den Krankheitsverlauf hat, und ob dieser Einfluss einen präventiven Charakter in Bezug auf die Entwicklung von Kriminalität besitzt. Vorausgesetzt eine langjährige Behandlung besitzt einen präventiven Charakter im Hinblick auf kriminelles Verhalten, so ist in vorliegender Arbeit eine gewisse Diskrepanz in der Tatsache zu beobachten, dass sich die Anzahl der Straftaten vor und nach der stationären Aufnahme in etwa gleich groß darstellt. Hierbei sollte man jedoch beachten, dass die Taten teilweise sehr weit in die Vergangenheit zurückreichen und daher eine Überprüfung, ob die jeweilige Erkrankung

bereits zu diesem Zeitpunkt bestand und demnach einen Einfluss auf die Handlung hatte, sehr schwierig ist. Diesbezüglich könnten retrospektive Anamnesen eine Ergänzung für vorliegende Daten liefern.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist es ebenfalls von Bedeutung, dynamische Aspekte der Krankheitsmerkmale zu bedenken. Dies ist insbesondere bei der Interpretation von Einflusstestungen bestimmter Symptome auf späteres straffälliges Verhalten zu beachten. Trotzdem, dass manische Symptome bei Entlassung einen Hinweis auf späteres kriminelles Verhalten ergaben, konnte in vorliegender Arbeit der Einfluss von manischen Symptomen bei Entlassung auf späteres straffälliges Verhalten nicht als signifikant getestet werden. Hierbei muss beachtet werden, dass ein Patient, der gravierende manische Symptome aufweist, sicherlich nicht entlassen wird und daher diese Merkmale bei Entlassung insgesamt seltener zu beobachten sind. Der Einfluss der therapeutischen Einflüsse auf diese Merkmale während einer stationären Betreuung und die Modifikation der Rückfälle der Krankheitssymptome auf längere Sicht durch eine weitere poststationäre Behandlung sind komplexe, teilweise kaum einsehbare und schwer zu überprüfende Bereiche. Modelle zu Lösungsvorschlägen stellen eine enorme Herausforderung für das Gesundheitssystem in der stationären aber auch in der ambulanten Patientenversorgung dar.

4.0 Zusammenfassung

Die Frage nach der Gefährdung der Gesellschaft durch psychisch erkrankte Menschen gibt in der Öffentlichkeit häufig Diskussionsanlass zu langen Debatten und verdeutlicht, welches große Interesse an der Erörterung und Lösung dieser Problematik besteht. Es werden dabei hohe Ansprüche an Wissenschaft, Medizin und an die Medien gestellt. Insbesondere wissenschaftliche Erkenntnisse können dabei einen wesentlichen Beitrag zur Wahrheitsfindung leisten. Hierdurch werden die Bemühungen der Anti-Stigma-Kampagnen und das Bild des „psychisch Erkrankten“ in der Gesellschaft objektiviert, was wiederum die Präventionsarbeit und das individuelle Schicksal der Betroffenen selbst beeinflusst. Wissenschaftliche Arbeiten der Vergangenheit beschreiben insbesondere für die Schizophrenie einen Zusammenhang von Gewaltverhalten und Erkrankung; Untersuchungen an Patienten mit affektiven Erkrankungen sind im Vergleich dazu weniger präsent. Insbesondere die Beurteilung der Prognose hinsichtlich späterer Kriminalität anhand äußerer und individueller Gegebenheiten stellt eine Herausforderung dar; ein standardisiertes, wissenschaftlich belegtes, generell gültiges und übertragbares Prognoseinstrument für straffälliges Verhalten ist dabei nicht gefunden worden.

Die vorliegende Arbeit analysiert straffälliges und gewalttätiges Verhalten bei Patienten mit einer affektiven Erkrankung. Es wurden Patienten untersucht, die sich im Zeitraum von 1990 und 1995 in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München in stationärer Behandlung befanden und dabei die ICD 9 Kriterien einer affektiven Störung erfüllten. Von diesen Patienten erfolgte nach Genehmigung des Bundesgeneralanwalts eine Auskunftserteilung über vorliegende Straftaten durch das Bundeszentralregister in Bonn. Der Beobachtungszeitraum der Straftaten nach Entlassung reicht bis in das Jahr 2002; kriminelle Handlungen vor der stationären Behandlung gehen maximal in das Jahr 1974 zurück.

Unter den insgesamt 1561 Patienten waren 65 (4,16%) straffällige und 21 (1,35%) gewalttätige Personen vertreten. Dabei zählen die Gruppe der Straffälligen 14 Maniker,

18 bipolar Erkrankte und 33 Depressive; die gewalttätige Gruppe umfasst fünf Maniker, sechs bipolar Erkrankte und 10 Depressive.

Im Vergleich zum Gesamtkollektiv konnten hinsichtlich der Verteilung der Diagnosen bei den straffälligen und gewalttätigen Patienten signifikante Unterschiede aufgezeigt werden. Hierbei fällt auf, dass das manische Krankheitsbild eine höhere Assoziation zu kriminellen Verhalten zeigte. Es war ein Anstieg des prozentualen Anteils der Manien von 5,7% im Gesamtkollektiv auf 21,5% in der Gruppe der Straffälligen und sogar auf 23,8% in der gewalttätigen Gruppe zu verzeichnen.

In Bezug auf alle 307 eingetragenen Straftaten konnten im Durchschnitt für jeden Täter 4,72 Taten gezählt werden. Bei der Differenzierung der Täterschaft anhand der jeweiligen Diagnosen wurden höhere Fallzahlen der Straftaten innerhalb der Gruppe der Maniker erfasst. Die manischen Täter begannen dabei im Schnitt 5,29, die bipolar erkrankten Täter 4,39 und die depressiven Täter 4,67 Taten. Jeder Straffällige begann durchschnittlich 3,97 nicht gewalttätige Straftaten; die Maniker dabei im Schnitt 4,64, die Bipolaren 3,56 und die Depressiven 3,91 Taten. Auf jeden Gewalttäter wurden im Schnitt 2,33 Gewalttaten gezählt; jedem gewalttätigen Maniker konnten 1,8, jedem Patienten mit bipolarer oder depressiver Störung jeweils 2,5 Gewalttaten zugeordnet werden.

Auf das Gesamtkollektiv bezogen wurden während des gesamten Beobachtungsintervalls auf jeden Patienten 0,2 Taten gezählt; innerhalb der Gruppe der Manien waren es sogar 0,83 Taten, für die bipolar Erkrankten wurden 0,10 und für die Depressiven 0,22 Taten dokumentiert.

Für einen Vergleich der Straftaten der Patientengruppe mit denen der Allgemeinbevölkerung, wurde das Zeitintervall von 1990 bis 2002 gewählt. Die vorliegenden Ergebnisse wurden den kriminalstatistischen Mittelwerten der Landeshauptstadt München gegenübergestellt. Dabei konnte gezeigt werden, dass insgesamt keine größere Täterschaft innerhalb der Patientengruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vorliegt. Bei der Untersuchungsgruppe waren 4,16% Täter, in der Kontrollgruppe 8,95% Tatverdächtige vertreten.

Die insgesamt 307 kriminellen Taten teilen sich auf in 258 nicht gewalttätige und 49

Gewaltverbrechen. Von diesen fanden 143 vor der stationären Aufnahme und 164 Taten nach der Entlassung statt. 86 Taten sind vor dem Jahre 1990 begonnen worden.

Innerhalb der nicht gewalttätigen Straftaten waren der Tatbestand der Untreue, des Diebstahls und des Betruges dominierend, gefolgt von Beleidigung, Erschleichung von Leistungen und Trunkenheit am Steuer.

Bei den angeführten Gewaltverbrechen waren auffallend häufig Körperverletzungen zu beobachten. Neben dem Tatbestand der Bedrohung des Personenschutzes und der Nötigung konnten zwei Fälle von Raub, eine Gewaltausübung mit einer Waffe, eine schwere räuberische Erpressung und ein Mord verzeichnet werden. Der Mord, die Gewaltausübung mit einer Waffe und die Raubüberfälle wurden von manisch Erkrankten begangen.

Insgesamt zählte die Gruppe der manisch Erkrankten 74 Delikte (65 nicht gewalttätige Straftaten, 9 Gewalttaten), die Gruppe der Bipolaren 79 (64 nicht gewalttätige Straftaten, 15 Gewalttaten) und die Depressiven 154 Straftaten (129 nicht gewalttätige Straftaten, 25 Gewalttaten).

Beim Vergleich der Anzahl der Taten (insgesamt 221), die in den Jahren von 1990 bis 2002 begangen wurden, mit der Kriminalstatistik der Landeshauptstadt München fielen deutliche Diskrepanzen auf. Dabei wies das Untersuchungskollektiv, hochgerechnet auf 100.000 Einwohner, aufgerundet 14.158, das Kontrollkollektiv lediglich 9.138 Taten auf. Umgerechnet auf jeden Täter ergeben sich damit 3,4 in der Untersuchungs- und 1,02 Taten in der Kontrollgruppe. Bei der Hochrechnung der Taten auf alle Personen des Untersuchungs- und des Kontrollkollektivs resultieren 0,14 pro Patient und 0,09 Taten pro Einwohner Münchens.

Bei der deskriptiven Untersuchung soziodemografischer Merkmale wurde folgendes festgestellt: Das Durchschnittsalter der Straffälligen belief sich auf 54,2 Jahre, das der Gewalttätigen auf 52,1 Jahre; verglichen mit dem Durchschnittsalter der unauffälligen Patienten (53,2 Jahre) unterschieden sich diese Werte nicht signifikant ($p=0,625$ bzw. $p=0,669$). Auch die logistische Regressionsanalyse konnte keinen signifikanten Unterschied des Durchschnittsalters innerhalb der Untersuchten feststellen ($p=0,3616$).

Ein signifikanter Unterschied zeigte sowohl der Chi Quadrat Test als auch die logistische Regressionsanalyse innerhalb der geschlechtlichen Verteilung der

unauffälligen und der auffälligen Gruppe, wobei sich das männliche Geschlecht als Risikofaktor für spätere Straftaten herauskristallisierte. Während sich der männliche Anteil in der unauffälligen Gruppe auf 31,4% belief, zeigte die nicht gewalttätige Tätergruppe einen prozentualen Wert von 64,6%, in der gewalttätigen Gruppe waren sogar 85,7% der Täter Männer (p jeweils $< 0,001$).

In der Verteilung des Familienstandes lagen signifikant höhere Anteile von Verwitweten in der straffälligen und in der gewalttätigen Gruppe vor. Dieser Anteil belief sich im Kollektiv ohne Eintragungen auf 10%, in der delinquenten Gruppe auf 40% und in der gewalttätigen Gruppe auf 42,9% ($p=0,000$ bzw. $p=0,022$). Die logistische Regressionsanalyse ergab hierfür einen p Wert $< 0,0001$.

Signifikante Unterschiede bezüglich der mittleren Verweildauer im Krankenhaus konnten bei der Gruppe der depressiven Erkrankungen nachgewiesen werden. Dabei zeigte sich eine längere Aufenthaltsdauer bei den depressiven Straffälligen im Vergleich zu den unauffälligen depressiven Patienten des Gesamtkollektives (76,06 versus 64,56 Tage; $p=0,035$). Durch Diskriminierung der Aufenthaltsdauer in 3 Zeitintervalle konnte durch logistische Regressionsanalyse ein signifikanter Unterschied innerhalb des Gesamtkollektivs festgestellt werden ($p<0,0001$). Dabei zeigten Patienten, welche sich länger als 30 Tage in stationärer Behandlung befanden, ein höheres Aufkommen von straffälligem Verhalten (52 versus 13 Personen).

Die Verteilung weiterer Merkmale zeigte, dass die straffälligen Personen bei Aufnahme signifikant häufiger die Symptome „euphorisch“, „gereizt“, „antriebsgesteigert“ und „Misstrauen“ zeigten. „Drogen/Alkoholintoxikation“, „Mangel an Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht“ und die „Ablehnung der Behandlung“ waren ebenfalls häufiger innerhalb der straffälligen Gruppe zu zählen.

Die Symptome „grübeln“, „Hoffnungslosigkeit“, „Derealisation“, „Stimmenhören“, „Illusionen“ und „sozialer Rückzug“ waren seltener bei den Straffälligen zu dokumentieren.

Bei der Analyse von Häufigkeitsverteilungen bestimmter Symptomkonstellationen konnte gezeigt werden, dass manische Symptome und Symptome des Hostilitätssyndroms Einflüsse auf späteres Strafverhalten beinhalten. Im Gegensatz

dazu war bei Patienten mit Symptomen eines depressiven oder eines apathischen Syndroms, weniger häufig straffälliges Verhalten zu verzeichnen.

Um eine Aussage bezüglich des Einflusses von psychiatrischer Erkrankung auf späteres kriminelles Verhalten treffen zu können, ist ein Vergleich von Fallzahlen aus der Allgemeinbevölkerung unabdingbar. In der vorliegenden Arbeit kristallisiert sich als ein wichtiger Kritikpunkt heraus, dass zwar Statistiken aus der Allgemeinbevölkerung zum Vergleich herangezogen wurden, dieses Vergleichskollektiv jedoch nicht retrospektiv hinsichtlich psychopathologischer und sozioökonomischer Merkmale untersucht und mit dem Untersuchungskollektiv abgeglichen werden konnte. So bleiben manch äußere Einflüsse auf die Kriminalitätsentstehung unbeachtet, und der alleinige Einfluss der Erkrankung auf die Kriminalität ist letztendlich nicht explizit darzustellen.

Zudem ist zu vermerken, dass wissenschaftliche Aussagen über etwaige statistische Zusammenhänge zwischen der Psychopathologie und zukünftiger Gewaltkriminalität nur möglich sind, wenn eine einheitliche Definition von Kriminalität zwischen den Vergleichsgruppen vorliegt. Liegen, wie in vorliegender Arbeit, unterschiedliche Begriffsbestimmungen vor, muss dies in der Auswertung und Interpretationen der Ergebnisse beachtet werden.

Zusammenfassend konnte die Arbeit zeigen, dass eine endgültige Aussage über das Aufkommen von Kriminalität bei Patienten mit affektiver Erkrankung allein durch diese Untersuchung nicht möglich ist. Die Analyse bestimmter soziodemografischer und psychopathologischer Merkmale und eine differenzierte diagnostische Betrachtung geben jedoch Hinweise auf eine Risikokonstellation für kriminelles Verhalten.

Im Vergleich zu Zahlen der Bundeskriminalstatistik zeigte das Untersuchungskollektiv keinen erhöhten Täterbestand; auffallend ist jedoch eine deutlich höhere Frequenz der Taten in Bezug auf die Täterschaft. Aus den vorliegenden Daten lässt sich die Aussage treffen, dass Patienten mit affektiver Erkrankung wahrscheinlich nicht häufiger als Gesunde straffällig werden; wenn sie allerdings straffällig werden, begehen sie eine durchschnittlich größere Anzahl an Straftaten. Hierbei ist zu diskutieren, ob die Erkrankung weitere Straftaten unterhält; besteht ein gegenseitiger modulierender Einfluss von Erkrankung und kriminellem Verhalten, sobald die Hürde zur Verletzung

gesellschaftlicher Normen erst einmal überwunden wurde? Auffallend ist weiterhin, dass der prozentuale Anteil der manischen Erkrankungen an der Täterschaft signifikant höher war und dass diese Diagnosegruppe auch eine größere Anzahl an Delikten aufwies. Dies deutet auf dynamische Aspekte der Kriminalitätsentstehung hin, die sich in diesem Zusammenhang eventuell aus der im Vordergrund stehenden Symptomatik des Distanzverlustes der Manien ergibt. Ein weiterer Risikofaktor für straffälliges Verhalten stellt das männliche Geschlecht dar. Bei der Differenzierung des Familienstandes konnte ein erhöhtes Aufkommen von Verwitweten in der auffälligen Gruppe dokumentiert werden. Dies lässt Vermutungen zu, dass Einflüsse auf Kriminalitätsentwicklung durch so genannte „Live Events“ bestehen. Hinsichtlich des Einflusses der Krankenhausaufenthaltsdauer auf spätere straffällige und gewalttätige Taten ergaben sich nur durch deutliche Differenzierung in drei Zeitintervalle wegweisende Erkenntnisse. Hierbei scheinen Patienten, welche einen längeren Aufenthalt vollziehen, ein größeres Risiko zu besitzen, später eine kriminelle Handlung zu begehen.

Die Arbeit betont, dass aufgrund der Komplexität der Thematik noch weitere Forschungsprojekte notwendig werden. Dabei besteht der Bedarf an einem standardisierten Prognoseinstrument für zukünftige Kriminalität. Ebenso ist die Erforschung der Interaktionen der Merkmale der psychopathologischen Befunde und der sozioökonomischen Gegebenheiten auf späteres straffälliges Verhalten von Bedeutung. Hierbei kann die Arbeit als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen dienen.

5.0 Literaturverzeichnis

1. Angermeyer M, Matschinger H: Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 526-534
2. Angermeyer MC, Schulze B: Mentally ill patients-a danger? *Psychiatr Prax* 1998; 25(5): 211-220
3. Angst J, Angst F, Stassen H: Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal-of-Clinical-Psychiatry* 1999; 60(2): 57-62
4. Arboleda-Florez J: Mental illness in jails and prisons. *Current Opinion in Psychiatry* 1999; 12: 677-682
5. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA: Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort: Results From the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 979-986
6. Ashley MC: Outcome of 1000 cases paroled from the Middletown State Hospital. *New York State Hospital Quarterly* 1922; 8: 64-70
7. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W: Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(2): 405-425
8. Belfrage H: A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients. New evidence for a relation between mental disorder and crime. *British Journal of Criminology* 1998; 38: 145-155
9. Blomhoff S, Seim S, Friis S: Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 771-775
10. Böker W, Häfner H: *Gewalttaten Geistesgestörter*. Springer, Berlin- Heidelberg-New York 1973
11. Brennan JJ: Mentally ill aggressiveness, popular delusions as reality. *Am J Psychiatry* 1964; 120: 1181-1
12. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S: Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 494-500
13. Brill H, Malzberg B: Statistical report based on the arrest records of 5354-male ex-patients released from New York state mental hospitals during the period

-
- 1946-1948. Mental Hospital Service Supplement 153. Washington, DC: American Psychiatric Association 1962
14. Bundesministerium des Innern: PKS Berichtsjahr 2005. PKS 2006
 15. Bundesministerium des Innern: PKS Berichtsjahr 2003. PKS 2004
 16. Bundesministerium des Innern: PKS Berichtsjahr 2006. PKS 2007
 17. Bundesministerium des Innern: PKS Berichtsjahr 2008. PKS 2009
 18. Carey B: Moods, Madness and Mania - Mere Eccentricity, True Mental Illness or Something in Between. The New York Times, Articles selected for Süddeutsche Zeitung 2005
 19. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL, Cooper TB, Ferris CF: Cerebrospinal Fluid Vasopressin Levels Correlates With Aggression and Serotonin Function in Personality-Disordered Subjects. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 708-714
 20. Copen A: The biochemistry of affective disorders. Brit J Psychiatry 1967; 113: 1237-1264
 21. Eastwood MR, Stiasny S: Psychiatric disorder, hospital admission, and season. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 769-771
 22. Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B: The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33(1): 13-23
 23. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J: Mental Disorders and Homocidal Behaviour in Finland. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 497-501
 24. Faedda GL, Tondo L, Teicher MH, Baldessarini RJ, Gelbard HA, Floris GF: Seasonal mood disorders: patterns of seasonal recurrence in mania and depression. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 17-23
 25. Ferris CF, Melloni Jr.RH, Koppel G, Perry KW, Fuller RW, Delville Y: Vasopressin/Serotonin Interactions in the Anterior Hypothalamus Control Aggressive Behaviour in Golden Hamsters. The Journal of Neuroscience 1997; 17: 4331-4340
 26. Fux M, Weiss M, Elhadad D: Aggressive behaviour as a cause of psychiatric admission: A comparison Between schizophrenia and affective disorder patient. Medicine and Law 1995; 14: 293-300
 27. Garlipp P, Ziegenbein M, Haltenhof H: Zwischen Forensifizierung und Neglect? Zum psychiatrischen und juristischen Umgang mit gewalttätigen schizophrenen

- Menschen in der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenheilkunde* 2003; 10: 486-530
28. Giovannoni JM, Gurel L: Socially disruptive behaviour of ex-mental patients. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 7: 146-153
 29. Gosden NP, Kramp P, Gabrielsen G, Sestoft D: Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. *Acta psychiatr scand* 2003; 107: 102-110
 30. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P: Psychotic homicides in Copenhagen. *Acta psychiatr scand* 1987; 76: 285-292
 31. Grube M: Aggressivität bei psychiatrischen Patienten. Einsatzmöglichkeiten durch ein Selbstschutztraining. *Nervennarzt* 2001; 72: 867-871
 32. Haller R, Dittrich I, Kocsis E: How dangerous are patients with mental disorders? *Wien Med Wochenschr* 2004; 154(15-16): 356-365
 33. Haller R, Kemmler G, Kocsis E, Maetzler W, Prunlechner R, Hinterhuber H: Schizophrenie und Gewalttätigkeit. *Der Nervenarzt* 2001; 72: 859-866
 34. Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Brit J Psychiatry* 1997; 170: 205-228
 35. Higley JD, Mehlman PT, Taub DM, Higley SB, Suomi SJ, Vickers JH, Linnoila M: Cerebrospinal fluid monoamine and adrenal Korrelates of Aggression in free-ranging rhesus Monkeys. *Archives Of General Psychiatry* 1992; 49: 436-441
 36. Hodgins S: Epidemiological investigations of the associations Between major mental disorders and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 29-37
 37. Hodgins S: Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483
 38. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M: Mental Disorder and Crime: Evidence From a Danish Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 489-496
 39. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM: Profiles of Aggression among Psychiatric Patients II. Covariates and Predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 176: 547-557
 40. Koh KG, Gwee KP, Chan YH: Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997-2001). *Singapore Med J.* 2006; 47(4): 297-304

41. Krakowski M: Violence and Serotonin: Influence of Impulse Control, Affect Regulation, and Social Functioning. *The Journal Of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2003; 15: 294-305
42. Lindqvist P: Criminal homicide in northern Sweden 1970-1981: alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *Int J Law Psychiatry* 1986; 8(1): 19-37
43. Lindqvist P, Allebeck P: Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 345-350
44. Mafullul YM, Ogunlesi OA, Sijuwola OA: Psychiatric aspects of criminal homicide in Nigeria. *East Afr Med J* 2001; 78(1): 35-39
45. Mental health: New understanding, new hope. In: *The World Health Report 2001*. World Health Organisation 2001, Geneva
46. Mercy JA, Butchart A, Dahlberg LL, Zwi AB, Krug EG: Violence and mental health. *International Journal of Mental Health* 2003; 32: 20-35
47. Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G: Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Brit J Psychiatry* 2001; 178: 433-440
48. Modestin J: Criminal and violent behaviour in schizophrenic patients: an overview. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52: 547-554
49. Modestin J, Ammann R: Mental disorders and criminal behaviour. *Brit J Psychiatry* 1995; 166: 667-675
50. Modestin J, Ammann R: Mental disorders and criminality: Male schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 69-82
51. Modestin J, Berger A, Ammann R: Mental disorder and criminality. Male alcoholism. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 393-402
52. Modestin J, Hug A, Ammann R: Criminal behaviour in males with affective disorders. *J Affect Disord* 1997; 42: 29-38
53. Modestin J, Wuermle O: Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(1): 25-29
54. Möller HJ, Laux G, Deister A: *Psychiatrie. Duale Reihe, MLP, Hippokrates-Verlag* 1996
55. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D: Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000; 355: 614-617

56. Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P: Incipient offending among schizophrenia patients after first contact to the psychiatric hospital system. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 321-326
57. Nedopil N, Dittmann V, Freisleder FJ, Haller R: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme Verlag. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage
58. Pera SB, Dailliet A: Homicide by mentally ill: clinical and criminological analysis. *Encephale* 2005; 31: 539-549
59. Petursson H, Gudjonsson GH: Psychiatric Aspekts of homicide. *Acta psychiat stand* 1981; 64(5): 363-372
60. Polizeipräsidium München: Sicherheitsreport 1996. <http://www.polizei.bayern.de/ppmuc>; 1997
61. Polizeipräsidium München: Sicherheitsreport 2002. <http://www.polizei.bayern.de/ppmuc>; 2003
62. Polizeipräsidium München: Sicherheitsreport 2006. <http://www.polizei.bayern.de/ppmuc>; 2007
63. Pollock HM: Is the paroled patient a menace to the community? *Psychiatric Quarterly* 1938; 12: 236-244
64. Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A: Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996; 313(7061): 858-859
65. Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M et al: Schizophrenia, alcohol abuse and violent behaviour: A 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998; 437-440
66. Raja M, Azzoni A, Lubich L: Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 428-434
67. Rappaport J, Lassen G: Dangerousness- arrest rate comparisons of discharged patients and the general population. *Am J Psychiatry* 1965; 121: 776-783
68. Rudolf S, Bermejo I, Schweiger U, Hohagen F, Härter M: Zertifizierte medizinische Fortbildung: Diagnostik depressiver Störungen. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(25): 1754-1762
69. Sanders J, Milne S, Brown P, Bell AJ: Assessment of aggression in psychiatry

- admissions: semistructured interview and case note survey. *BMJ* 2000; 320: 1112
70. Scarce-Levie K, Chen JP, Gardner E, Hen R: 5-HT Rezeptor Knockout Mice: Pharmacological Tools of Models of Pschiatric Disorders. *ANNALS of tue New York Academy of Sciences* 1999; 868: 701-715
71. Schanda H: Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit; Studiendesigns, methodische Probleme, Ergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiat* 2006; 74: 85-100
72. Schildkraut JJ: The catecholamine hypothesis of affektivedisorders: a review of suppoting evidence. *Am J Psychiatry* 1965; 122: 509-522
73. Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H: Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *schizophrenia research* 2007; 94: 89-98
74. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E: Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 393-401
75. Steinert T, Vogel WD, Beck M, Kehlmann S: Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. Eine 1-Jahres-Studie an vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern. *Psychiat Prax* 1991; 18: 155-161
76. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP: Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psych Serv* 1999; 50: 85-90
77. Steinert T, Wölfle M, Gebhardt R-P: Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 107-112
78. Stueve A, Link BG: Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from a community-based epidemiological study in Israel. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33: 61-67
79. Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R: Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997; 60(1): 1-22

80. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L, Weiner C: Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 88-93
81. Taylor PJ: Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 491-498
82. Taylor PJ: When symptoms of psychosis drive serious violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 47-54
83. Taylor PJ, Leese M, Williams D, Butwell M, Daly R, Larkin E: Mental disorder and Violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 218-226
84. Teplin L, Abram KM, McClelland GM: Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 505-512
85. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koironen M, Moring J: Specific mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 840-845
86. von Korff M, Goldberg D: Improving outcomes in depression. *BMJ* 2001; 323 (7319): 948-949
87. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne Ch: Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Brit J Psychiatry* 1998; 172: 477-484
88. Walsh E, Buchanan A, Fahy T: Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Brit J Psychiatry* 2002; 180: 490-495
89. Wessely SC, Castle D, Douglas AJ, Taylor PJ: The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychol Med* 1994; 24: 483-502
90. Wittchen HU, Pittrow D: Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002; 17: 1-11
91. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE: A Systemic Review of the Mortality of Depression. *Psychosom Med* 1999; 61: 6-17
92. <http://www.wikipedia.org>
- 92/1 <http://www.wikipedia.org/wiki/Kriminalität>
- 92/2 <http://de.wikipedia.org/wiki/Delinquent>
- 92/3 [http://www.wikipedia.org/wiki/Polizeiliche Kriminalstatistik \(Deutschland\)](http://www.wikipedia.org/wiki/Polizeiliche_Kriminalstatistik_(Deutschland))

- 92/4 <http://de.wikipedia.org/wiki/Bipolare>
- 95. http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm
- 96. http://oliverkuss.de/science/publications/Kuss_Folien_Heidelberg_1999.pdf

6.0 Anhang

A Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Patienten

Autor (Ref ID)	Gruppen	Untersuchungs- Merkmal	Anzahl in %	Gruppen	Untersuchungs- merkmal	Anzahl in %		
Steadman HJ (74)	Gesamt- Kollektiv	Gewalt- taten	27,5	Major Mental Disorder/ Kein Drogen- missbrauch	Gewalt- Taten	17,9		
		Andere aggressive Handlungen	33,0		Andere aggressive Handlungen	32,7		
	Major Mental Disorder/ Drogen- missbrauch	Gewalt- Taten	31,1	Other Mental Disorder/ Drogen- missbrauch	Gewalt- Taten	43,0		
		Andere aggressive Handlungen	33,7		Andere aggressive Handlungen	32,4		
	Patienten der jeweiligen Beobachtungs- periode	Gewalttaten (%)			Andere aggressive Handlungen (%)			Signifikanz p
		Mit Alkohol- und Drogen Einfluß	Ohne Alkohol- und Drogen Einfluß	Insgesamt	Mit Alkohol- und Drogen Einfluß	Ohne Alkohol- und Drogen Einfluß	Insgesamt	
	Follow up 1	<u>22,0</u>	4,7	<u>11,5</u>	24,4	18,3	20,7	<0,05 ¹⁾
	Follow up 2	12,3	4,2	7,3	<u>37,7</u>	17,5	<u>25,1</u>	<0,05 ¹⁾
	Follow up 3	6,1	4,0	4,8	23,5	12,0	16,1	n.s.
	Follow up 4	11,0	5,7	7,6	29,0	13,6	19,2	n.s.
Follow up 5	14,1	4,3	7,1	24,4	12,8	16,2	n.s.	
Kontrolle	11,1	3,3	4,6	22,2	13,5	15,1		
¹⁾ log linear modeling, jeweils Vergleich mit Kontrolle								
Autor (Ref ID)	Untersuchungs- merkmal	Gruppe	Anzahl (% der jeweiligen Gruppe)	Sign. P				
Fux M et al (26)	Aggressives Verhalten bei der Aufnahme	Gesamt- kollektiv	72 (46%)					
		Schizophrene Patienten ³⁾	54 (51%)	p<0,002 ²⁾				
		Pat. mit affektiven Erkr. ³⁾	8 (25%)					

2) two tail T-test								
3) basierend auf DSM-III R, ICD-9 CM								
Autor (Ref ID)	Gruppen	Unter- suchungs- merkmal	Männlich		Sign. p	Weiblich		Sign. p
			Kollektiv	Kontroll- Gruppe *		Kollektiv	Kontroll- gruppe *	
Modestin J, Amman R (49)	Gesamt- kollektiv	Alle Taten	348 (51%)	245 (36%)	<0,0001 ⁴⁾	123 (21%)	36 (6%)	<0,0001 ⁴⁾
		Gewalt- verbrechen	59 (9%)	11 (2%)	<0,0001 ⁴⁾	6 (1%)	0 (0%)	n.s. ⁴⁾
	Affektive Erkrankun- gen ⁵⁾	Alle Taten	40 (52%)	26 (34%)	n.s. ⁴⁾	10 (9%)	7 (6%)	n.s. ⁴⁾
		Gewalt- verbrechen	8 (10%)	1 (1%)	n.s. ⁴⁾	1 (1%)	0 (0%)	n.s. ⁴⁾
N = 1265 Uniklinik Bern	Schizo- phrenie	Alle Taten	73 (34%)	79 (37%)	n.s. ⁴⁾	32 (14%)	14 (6%)	0,008
		Gewalt- verbrechen	9 (4%)	3 (1%)	n.s. ⁴⁾	1 (0%)	0 (0%)	n.s. ⁴⁾
	Substanz- missbrauch	Alle Taten	181 (76%)	93 (39%)	<0,0001 ⁴⁾	62 (56%)	9 (8%)	<0,0001 ⁴⁾
		Gewalt- verbrechen	29 (12%)	5 (2%)	<0,0001 ⁴⁾	1 (1%)	0 (0%)	n.s. ⁴⁾
4) Fischer Test								
5) ICD-9, 296, 298.0, 300.4, 301.1, 309.0/1, 311								
* Wahl der Kontrollgruppe nach erfolgtem Abgleichen bestimmter soziodemografischer Merkmale								
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untergruppen (n=763)	Männliche Patienten		Signifi- kantz p	Weibliche Patienten		Signifi- kantz p
			Gewalttätig (n=48)	Nicht gewalttätig (n=306)		Gewalttätig (n=60)	Nicht gewalttätig (n=349)	
Tardiff K et al (80)	Stationär aufge- nommene Patienten einer privaten psychiatri- schen Klinik in Manhat- tan	Schizophre- nie	12	86	0,35 ⁶⁾	10	69	0,02 ⁶⁾
		Manie	8	41		7	60	
		Depression	10	90		19	151	
		Substanz- missbrauch	9	41		11	22	
		Organische Erkrankungen	0	15		2	8	
		Andere	6	26		6	23	
6) Mann-Whitney test								
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untersuchungs- merkmal	Anzahl (%)					
			Alle Patienten (n=360)	Männliche Patienten (n=143)	Weibliche Patienten (n=217)			
Raja M et al (66)	Patienten einer psychiatrischen	Unauffällig	256 (71,1)	90 (62,9)	166 (76,5)			
		Feindselig	82 (22,8)	42 (29,4)	40 (18,4)			

	Notaufnahme in Italien	Gewalttätig	22 (6,1)	11 (7,7)	11 (5,1)
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untersuchungs-Merkmal	Anzahl (prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe)		
			Alle Patienten	Männliche Patienten	Weibliche Patienten
Belfrage H (8)	Patienten von insgesamt 3 psychiatrischen Kliniken in Stockholm	Eintrag im polizeilichen Register	253 (28%)	192 (42%)	61 (14%)
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untersuchungsmerkmal	Anzahl in %		Signifikanz p
			Aggressive Gruppe (n=64)	Kontroll-Gruppe (n=86)	
Kay SR et al (39)	208 stationär untergebrachte Patienten	Männliches Geschlecht	67,2	45,7	< 0,02 ⁷⁾
		Psychoorganische Erkrankung	4,7	.0	< 0,05 ⁷⁾
		Alkohol/Drogen-Missbrauch	23,4	9,9	< 0,05 ⁷⁾
		Frühere Erfahrungen mit Gewalt	6,12	2,92	<0,0001 ⁷⁾
7) X ² Test					
Autor (Ref ID)	Gruppe (n=162)	Untersuchungsmerkmal	Weiteres Merkmal	Anzahl	
Steinert T et al (75)	In vier Landeskrankenhäusern untergebrachte Patienten	Psychische und physische Angriffe innerhalb eines Jahres	Männliches Geschlecht	71 %	
			Minderbegabung	19 %	
			Persönlichkeitsstörung	18 %	
			Schizophr. Psychose	62 %	
			Inzidenz je Patient und Behandlungstag	0,00024	
Inzidenz bezogen auf alle Fallzahlen	0,019				

Tabelle A Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Patienten

B Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Gefängnisinsassen

Autor (Ref ID)	Gruppe	Unter- gruppe	Weiteres Merkmal	Anzahl (%)		Anzahl (%)		Sign. p
				Männlich (N = 215)	Weiblich (N = 36)	Männlich (N = 215)	Weiblich (N = 36)	
Gottlieb P et al (30)	Wegen Mord Verurteilte in Kopenha- gen	Psycho- tisch	Ohne Substanz- miss- brauch	25 (12%)	14 (39%)	<u>42 (20%)</u>	<u>16 (44%)</u>	<0,005 1)
			Mit Substanz- miss- brauch	17 (8%) +	2 (6%) ++			+ <0,02 1)
		Nicht Psycho- tisch	Mit Substanz- miss- brauch	107 (50%) +	11 (31%) ++	173 (80%)	20 (56%)	
			Ohne Substanz- miss- brauch	66 (31%)	9 (25%)			
1) Chi-Quadrat Test								
2) Fischer Test								
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untersuchungs- Merkmal	Anzahl (%) (n=47)					
Petursson H, Gud- jonsson GH (59)	Täter, die einen vorsätzlichen Mord oder eine Gewalttat mit Todesfolge in Island begannen haben	Paranoide Schizophrenie	4 (9%)					
		Andere Schizophrenie	3 (6%)					
		Manisch- depressive Erkrankung	2 (4%)					
		Alkohol-, Substanz- Missbrauch	6 (13%)					
			Gruppe 1 ³⁾ (N = 16)	Gruppe 2 ⁴⁾ (N = 17)	Gruppe 3 ⁵⁾ (N = 14)			
		Durchschnitts- Alter	35,7 Jahre	24,2 Jahre	34,0 Jahre			
		Körperliche Erkrankung	9 (56,3%)	6 (35,3%)	2 (14,3%)			
		Intoxikation	8 (50%)	12 (70,6%)	10 (71,4%)			

³⁾ Paranoide Schizophrenien, Andere Schizophrenien, Manisch-depressive Erkrankungen, psychogene Psychose, organische Psychose, krankhafte Eifersucht, geistige Minderbemittlung ⁴⁾ Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Neurosen ⁵⁾ keine psychiatrischen Auffälligkeiten							
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untergruppen	Geschlecht	OR	Untergruppe	Geschlecht	OR
Eronen et al (23)	Straftäter in Finnland	Schizophrenie und andere schizophrene Störungen	männlich	8,0	Depression	männlich	1,6
			weiblich	6,5		weiblich	1,8
		Persönlichkeitsstörungen	männlich	10,0	Antisoziale Persönlichkeitsstörungen	männlich	11,7
			weiblich	10,5		weiblich	53,8
		Alkoholismus	männlich	10,7	Mentale Retardierung	männlich	1,2
			weiblich	37,7		weiblich	2,4
Autor (Ref ID)	Gruppe	Diagnosen	Alle psychischen Erkrankung	Substanzmissbrauch	Schizophrenie	Persönlichkeitsstörung	Depressive Störung
Gosden NP et al (29)	Verurteilte dänische Jugendliche	Ein Jahres Prävalenz Anzahl in %	69	41	2	36	2
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untersuchungsmerkmal ⁸⁾	Anzahl %		OR		
			Kollektiv	Vergleichsgruppe			
Teplin L et al (84)	weiße, nicht lateinamerikanische weibliche Gefängnisinsassen	Schizophrenie	2,4	1,6	1,56		
		Manie	4,2	1,1	3,89		
		Depression	21,4	7,5	3,35		
		Dysthymie	13,5	3,6	4,22		
		Substanzmissbrauch	71,3	13,7	15,65		
		Antisoziale Persönlichkeitsstörung	27,6	1,2	30,33		
⁸⁾ life time prevalence							

Tabelle B Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Gefängnisinsassen

C Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Geburtenkohorten

Autor (Ref ID)	Gruppen	Unters.- merkmal	Anteil (%), der für Delikte verurteilt wurde		Gruppen	Unters.- merkmal	Anteil (%), der für Delikte verurteilt wurde	
			Männlich	Weiblich			Männlich	Weiblich
Hodgins S (37)	No mental disorder or handicap	Gewalttaten	5,7	0,5	Major mental disorder	Gewalttaten	14,6 +	6,3 +++
		Diebstahl	16,6	3,2		Diebstahl	34,1 +++	12,7
		Betrug	4,0	1,0		Betrug	14,6 +++	3,8
		Vandalismus	4,1	0,2		Vandalismus	12,2 ++	1,3
		Verk.delikte	13,1	0,9		Verk.delikte	22,0	1,3
		Narkotika	2,4	0,5		Narkotika	8,5 ++	0,0
		Andere	11,1	0,5		Andere	25,6 +++	1,3
	Intellectual handicap	Gewalttaten	16,8 +++	3,8 +++	Substance abuse	Gewalttaten	49,4 +++	24,5 *
		Diebstahl	34,5 +++	6,3		Diebstahl	75,0 +++	46,9 *
		Betrug	7,1	2,5		Betrug	42,3 +++	27,6 *
		Vandalismus	8,8	0,0		Vandalismus	37,2 +++	15,3 *
		Verk.delikte	25,7 +++	2,5		Verk.delikte	53,2 +++	7,1 *
		Narkotika	4,4	0,0		Narkotika	42,3 +++	22,4 *
		Andere	23,0 +++	1,3		Andere	54,5 +++	23,5 *
* p = 0,00000, +++ p = 0,001, ++ p = 0,01, + p = 0,05, jeweils Vergleich mit der Gruppe ohne psychiatrische Erkrankung oder Handicap								
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untergruppen	Untersuchungsmerkmal					
			Gerichtliche Verurteilungen		Selbstberichtete Gewalttaten			
			Anzahl (%)	OR	Anzahl (%)	OR		
Arse- neault L et al (5)	Geburtenkohorte in Neuseeland	Depressive Störungen	7(4,1)	1,0	26 (15,1)	2,8		
		Alkoholmiss- brauch	8 (8,5)	2,5	23 (24,5)	5,4		
		Manische Erkrankungen	3 (15,8)	4,8	5 (26,3)	4,6		
		Schizophrene Erkrankungen	6 (15,4)	5,1	13 (33,3)	7,1		

Autor (Ref ID)	Gruppen	1959-1977	1978-1990	1959-1977	1978-1990			
		Anteil in %, die mindestens eine Straftat begangen haben						
		Weiblich		Männlich				
Hodgins S et al (38)	NMD	1,3	2,1	8,3	6,1			
	MMD	4,4	9,5	19,1	23,0			
	MR	13,5	11,6	46,8	42,4			
	ORG	4,1	9,6	27,7	31,7			
	APD	7,0	13,6	34,7	32,4			
	DRG	8,8	23,7	45,2	46,2			
	ALC	6,7	18,7	29,1	35,8			
	OMD	4,0	7,8	20,6	16,7			
NMD, nondisordered group; MMD, major mental disorders; MR, mental retardation; ORG, organic disorders; APD, antisocial personality disorder; DRG, drug use disorders; ALC, alcohol use disorders; OMD other mental disorders.								
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untergruppe	Untersuchungsmerkmal			Untersuchungsmerkmal		
			Aggressive Handlungen	Waffen-gebrauch	OR	Aggressive Handlungen	Waffen-gebrauch	OR
			Männlich % (n=1367)			Weiblich % (n=1339)		
Stueve A, Link BG (78)	Geburten- kohorte aus Israel	Alle (n=2706)	13,8	2,3		5,2	0,4	
		Psychiatrische Behandlung	19,7	10,0	2,0	6,7	1,3	5,2
		Keine Psychiatrische Behandlung	12,5	3,2	3,9	1,5	0,1	15,0
		Psychotische/ bipolare Diagnosen	26,0	24,0	1,1	12,0	4,0	3,0
		Nicht psychotische Depression	18,8	7,0	2,7	4,5	0,4	11,2
		Generalisierte Angststörung	17,4	2,8	6,2	1,6	0,7	2,3

Autor (Ref ID)	Gruppe	Untergruppen	Gewalttätige Männer		Gewalttätige Frauen	
			Anzahl (%)	OR	Anzahl (%)	OR
Brennan PA et al (12)	Geburten- kohorte aus Dänemark	Keine psychiatrische Erkrankung (Referenzgruppe)	163.727 (2,7)		150.988 (0,1)	
		Schizophrenie	1143 (11,3)	4,6	680 (2,8)	23,2
		Organische Psychosen	895 (19,4)	8,8	446 (2,0)	16,6
		Affektive Psychosen	729 (5,2)	2,0	1234 (0,5)	3,9
		Andere Psychosen	1042 (10,7)	4,4	1793 (1,2)	9,6
Autor (Ref ID)	Gruppe	Untergruppen	Gesamtkollektiv Anzahl N Männer	Untersuchungsmerkmal		
				Registrierte Kriminalität		
				Anzahl (%)	OR	Sign.p
Tiihonen (85)	Geburten- kohorte in Nordfinn- land	Schizophrenie ¹⁾	51	10 (19,6)	3,1	<0,004
		Schizophrenieforme und schizoaffektive Störungen ²⁾	7	2 (28,6)	5,1	<0,09
		Affektive Erkrankungen mit psychotischen Symptomen ³⁾	6	2 (33,3)	6,3	<0,03
		Organisch psychiatrische Störungen ⁴⁾	13	10 (76,9)	42,2	<0,0001
		Paranoide und andere Psychosen ⁵⁾	9	3 (33,3)	6,3	<0,02
		Keine psychiatrische Erkrankung (Referenzgruppe)	5.285	387 (7,3)	1,0	
1) DSM-III R: 295.1, 295.2, 295.3, 295.6, 295.9 2) DSM-III R: 295.40, 295.70 3) DSM-III R: 296.34, 296.44, 296.54, 296.64, 296.70 4) DSM-III R: 291.00, 291.10, 291.20, 292, 293, 294 5) DSM-III R: 297, 298						

Tabelle C Zusammenfassung von Studien hinsichtlich Erkrankung und auffälligem Verhalten bei Geburtskohorten

D AMDP - psychopathologischer Anamnesebogen

Psychischer Befund							
Nr.	0 = nicht vorhanden 1 = leicht ausgeprägt 2 = mittel ausgeprägt 3 = schwer ausgeprägt	Aufnahmebefund	Entlassungsbefund	Nr.	0 = nicht vorhanden 1 = leicht ausgeprägt 2 = mittel ausgeprägt 3 = schwer ausgeprägt	Aufnahmebefund	Entlassungsbefund
Bewusstseinsstörungen				58.	andere fremdbeeinfluss. Erlebnisse		
1.	B.-Verminderung			Störungen der Affektivität			
2.	B.-Trübung			59.	ratlos		
3.	B.-Einengung			60.	Gefühl der Gefühllosigkeit		
4.	B.-Verschiebung			61.	affektarm		
Orientierungsstörungen				62.	Störung der Vitalgefühle		
5.	Zeitlich			63.	deprimiert		
6.	Örtlich			64.	hoffnungslos		
7.	Situativ			65.	ängstlich		
8.	über die eigene Person			66.	euphorisch		
Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-Störungen				67.	dysphorisch		
9.	Auffassungsstörungen			68.	gereizt		
10.	Konzentrationsstörungen			69.	innerlich unruhig		
11.	Merkfähigkeitsstörungen			70.	klagsam/jammerig		
12.	Gedächtnisstörungen			71.	Insuffizienzgefühle		
13.	Konfabulationen			72.	gesteigerte Selbstwertgefühle		
14.	Paramnesien			73.	Schuldgefühle		
Formale Denkstörung				74.	Verarmungsgefühle		
15.	gehemmt			75.	ambivalent		
16.	verlangsamt			76.	Parathymie		
17.	umständlich			77.	affektlabil		
18.	eingengt			78.	affektinkontinent		
19.	perseverierend			79.	affektstarr		
20.	Grübeln			Antriebs- und psychomotorische Störungen			
21.	Gedankendrängen			80.	antriebsarm		
22.	ideenflüchtig			81.	antriebsgehemmt		
23.	Vorbeireden			82.	antriebsgesteigert		
24.	gesperrt/Gedankenabreißen			83.	motorisch unruhig		
25.	inkohärent/zerfahren			84.	Parakinesien		
26.	Neologismen			85.	maniert/bizarr		
Befürchtungen und Zwänge				86.	theatralisch		
27.	Misstrauen			87.	mutistisch		
28.	Hypochondrie (n. wahnh.)			88.	logorrhöisch		
29.	Phobien			Circadiane Besonderheiten			
30.	Zwangsdenken			89.	morgens schlechter		
31.	Zwangsimpulse			90.	abends schlechter		
32.	Zwangshandlungen			91.	abends besser		
Wahn				Andere Störungen			
33.	W.-Stimmung			92.	sozialer Rückzug		
34.	W.-Wahrnehmung			93.	soziale Umtriebigkeit		
35.	W.-Einfall			94.	Aggressivität		
36.	W.-Gedanken			95.	Suizidalität		
37.	System. Wahn			96.	Selbstbeschädigung		
38.	W.-Dynamik			97.	Mangel an Krankheitsgefühl		
39.	Beziehungswahn			98.	Mangel an Krankheitseinsicht		
40.	Beeinträcht.-Verfolg.-Wahn			99.	Ablehnung der Behandlung		
41.	Eifersuchtswahn			100.	pflegebedürftig		
42.	Schuldwahn						
43.	Verarmungswahn						
44.	hypochondr. Wahn						
45.	Größenwahn						
46.	Andere Wahninhalte						
Sinnestäuschungen							
47.	Illusionen						
48.	Stimmenhören						
49.	Andere akustische Halluz.						
50.	optische Halluzinationen						
51.	Körperhalluzinationen						

52.	Geruchs-/Geschmackshalluz.						
Ich-Störungen							
53.	Derealisation						
54.	Depersonalisation						
55.	Gedankenausbreitung						
56.	Gedankenentzug						
57.	Gedankeneingebung						
Somatischer Befund							
Nr.	0 = nicht vorhanden 1 = leicht ausgeprägt 2 = mittel ausgeprägt 3 = schwer ausgeprägt	Aufnahmebefund	Entlassungsbefund	Nr.	0 = nicht vorhanden 1 = leicht ausgeprägt 2 = mittel ausgeprägt 3 = schwer ausgeprägt	Aufnahmebefund	Entlassungsbefund
Schlaf- und Vigilanz Störungen				Reserve			
101.	Einschlafstörungen			150.	Zerfahrenheit der Handlung		
102.	Durchschlafstörungen			151.	Zerfahrenheit der Sprache		
103.	Verkürzung der Schlafdauer			152.	Zerfahrenheit der Denkinhalte		
104.	Früherwachen			153.	überwertige Ideen		
105.	Müdigkeit			154.	psychogene Störung der motor. u. d. Sinnesfunktion, d. Sensoriums u. d. Intelligenz		
Appetenzstörungen				155.	beobachtete Angstzustände		
106.	Appetit vermindert			156.	Personenverkenkung		
107.	Appetit vermehrt			157.	nichtwahnhafte Beziehungsideen		
108.	Durst vermehrt			158.	synthymmer Wahn		
109.	Sexualität vermindert			159.	Erklärungswahn		
Gastrointestinale Störungen				160.	synthyme psychotische Phänomene		
110.	Hypersalivation			161.	opt./akust. Halluz. vom deliranten Typ		
111.	Mundtrockenheit			162.	kommentierende/befehlende Stimmen		
112.	Übelkeit			163.	wahnhafte Ich-Störungen		
113.	Erbrechen			164.	Autismus		
114.	Magenbeschwerden			165.	bizarrer Wahn		
115.	Obstipation			166.	nihilistischer Wahn		
116.	Diarrhoe			167.	flache Euphorie		
Kardiorespiratorische Störungen				168.	beobachtete Depression		
117.	Atembeschwerden			169.	vertraul. Distanzlosigkeit		
118.	Schwindel			170.	beobachtete Ablenkbarkeit/ Konzentrationsstörung		
119.	Herzklopfen			171.	anhaltender Verlust sozialer Kompetenzen		
120.	Herzdruck			172.	beobachtete Verlangsamung		
Andere vegetative Störungen				173.	auffälliges Äußeres		
121.	Akkommodationsstörungen			174.	Störung des Körperschemas		
122.	Schwitzen vermehrt			175.	gehobene Stimmungslage während der Untersuchung		
123.	Seborrhoe			176.	Entfremdungsgefühle		
124.	Miktionsstörungen			177.	Agitiertheit		
125.	Menstruationsstörungen			178.	psychomotorische Hemmung		
Weitere Störungen				179.	hyperkinetische katatone Symptome		
126.	Kopfdruck			180.	hypokinetische katatone Symptome		
127.	Rückenbeschwerden			181.	andere katatone Symptome		
128.	Schweregefühl in den Beinen			182.	Stupor		
129.	Hitzegefühl			183.	Erregungszustand		
130.	Frösteln			184.	Essstörungen		
131.	Konversionssymptome			185.	Störungen der sexuellen Identität		
Neurologische Störungen				186.	Schmerzen, Klagen über		
132.	Rigor			187.	frei flottierende Angst		
133.	Muskeltonus erniedrigt			188.	Ängste mit vegetativen Begleiterscheinungen		
134.	Tremor			189.	Panikattacken		
135.	Dyskinesien			190.	Pseudohalluzinationen		
136.	Hypokinesien			191.	assoziativ aufgelockertes Denken		
137.	Akathisie			192.	Klangassoziationen		
138.	Ataxie			193.	Verarmung des Sprachinhaltes		
139.	Nystagmus			194.	Anomalien des Sprechens		
140.	Parästhesien			195.	Werkzeugstörungen		
141.	Seitendifferenz (0=nein, 1=ja)			196.	Pseudodemenz		
142.	cerebrale Krampfanfälle			197.	Verwahrlosung		

	(0=nein, 1=ja)						
Beurteilungszeitraum in Tagen			198.	Wesensveränderung			
143-4	bei der Aufnahme		199.	Demenz			
145-6	bei der Entlassung		200.	süchtiges Verhalten			
			201.	Drogen/Alkoholintoxikation			

Tabelle D AMDP - psychosomatischer Anamnesebogen

7.0 Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die anliegende Arbeit mit dem Thema:

„Prädiktoren für straffälliges Verhalten bei Patienten mit affektiven Erkrankungen“

selbstständig verfasst und keine Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe.

Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall durch Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

München, den 10.08.2010

8.0 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen meinen Dank aussprechen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ein großer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Soyka für seine Unterstützung und gute Betreuung bei der Durchführung dieser Arbeit.

Herrn Dr. Alexander Wagner möchte ich an dieser Stelle meinen besonderen Dank aussprechen; er hat durch seine großzügige Hilfe bei den statistischen Auswertungen und Berechnungen einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ich danke meiner Familie, Stefanie und Klaus für die wunderbare menschliche und fachliche Unterstützung.