

DISSERTATION

Patienten mit Tötungsdelikten im Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs
– Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Tat und psychischer Störung
oder Krankheit

Patients with homicide delicts in the Berlin forensic psychiatric hospital –
Investigation of the relationship between crime and mental disorder or disease

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Hannelore Findeis

Erstbetreuung: Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber

Datum der Promotion: 29. November 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Tabellenverzeichnis	V
2	Abbildungsverzeichnis	VI
3	Abkürzungsverzeichnis	VII
4	Zusammenfassung/Abstract	VIII
5	Einleitung	11
5.1	Gewalt und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	14
5.1.1	Soziodemografische Daten.....	17
5.1.2	Lebensumstände	18
5.1.3	Delinquenzgeschichte.....	18
5.1.4	Krankheitsverlauf	20
5.1.5	Psychopathologie	22
5.1.6	Tatmerkmale.....	29
5.1.7	Täter- und Tattypologien.....	31
5.2	Gewalt und Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	34
5.3	Gewalt und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	38
6	Ziel der Arbeit und Fragestellungen	45
7	Material und Methoden	49
7.1	Untersuchungsdesign	49
7.2	Datenbasis	49
7.3	Ethik und Datenschutz	49
7.4	Stichprobenziehung	50
7.5	Auswertungsmethoden	51
7.5.1	Unterschiede in <i>soziodemografischen Merkmalen</i>	52
7.5.2	Unterschiede in <i>sozialen Merkmalen</i>	52
7.5.3	Unterschiede in <i>Krankheitsmerkmalen</i>	53
7.5.4	Unterschiede in <i>Merkmalen der Tatkonstellation</i>	53
7.5.5	<i>Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte</i>	54
7.5.6	<i>Threat/Control-Override</i>	54
7.6	Erhebungsinstrumente	54
7.6.1	<i>AMDP-System</i>	61
7.6.2	<i>Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte</i>	62
7.6.3	<i>Threat/Control-Override</i>	64
8	Ergebnisse	65

8.1	Welche <i>soziodemografischen Merkmale</i> zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen <i>soziodemografischen Merkmalen</i> unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?	67
8.2	Welche <i>sozialen Merkmale</i> zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen <i>sozialen Merkmalen</i> unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?	71
8.2.1	Biografische Variablen	72
8.2.2	Delinquenzgeschichte	75
8.2.3	Allgemeine Kriminalitätsfaktoren	78
8.3	Welche <i>Krankheitsmerkmale</i> zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen <i>Krankheitsmerkmalen</i> unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?	79
8.3.1	Krankheitsverlauf bis zum Indexdelikt	80
8.3.2	Psychopathologie während des Indexdelikts	84
8.4	Welche <i>Merkmale der Tatkonstellation</i> zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen <i>Merkmalen der Tatkonstellation</i> unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?	93
8.5	<i>Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte</i>	102
8.6	<i>Threat/Control-Override</i>	107
9	Diskussion	110
9.1	Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen	112
9.1.1	Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	113
9.1.2	Patienten mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	124
9.1.3	Patienten mit Persönlichkeitsstörungen	127
9.1.4	<i>Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte</i>	131
9.1.5	<i>Threat/Control-Override</i>	133
9.2	Kritische Reflexion der Methoden	134
9.3	Fazit und Ausblick	135
10	Literaturverzeichnis	140
11	Eidesstattliche Versicherung	156

12	Lebenslauf	157
13	Publikationsliste	158
14	Danksagung.....	160
15	Statistik Bescheinigung	161

1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1, <i>TCO-Definitionen der verschiedenen Autoren</i>	28
Tabelle 2, <i>Operationalisierung der soziodemografischen Variablen</i>	55
Tabelle 3, <i>Operationalisierung der biografischen Variablen</i>	57
Tabelle 4, <i>Operationalisierung der Variablen zur Delinquenzgeschichte</i>	57
Tabelle 5, <i>Operationalisierung der Variablen für die allgemeinen Kriminalitätsfaktoren</i> ...	58
Tabelle 6, <i>Operationalisierung der Variablen zum Krankheitsverlauf</i>	58
Tabelle 7, <i>Operationalisierung der Variablen zur Psychopathologie während des Indexdelikts</i>	59
Tabelle 8, <i>Operationalisierung der Variablen für die Merkmale der Tatkonstellation</i>	60
Tabelle 9, <i>Operationalisierung der Variablen aus dem AMDP-System</i>	62
Tabelle 10, <i>Operationalisierung der Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte</i>	63
Tabelle 11, <i>Operationalisierung der TCO-Symptome</i>	64
Tabelle 12, <i>Übersicht KMV-Patienten zum Stichtag 31.12.2014</i>	65
Tabelle 13, <i>Soziodemografische Merkmale (n = 110)</i>	71
Tabelle 14, <i>Biografische Variablen (n = 110)</i>	75
Tabelle 15, <i>Delinquenzgeschichte (n = 110)</i>	78
Tabelle 16, <i>Allgemeine Kriminalitätsfaktoren (n = 110)</i>	79
Tabelle 17, <i>Krankheitsverlauf bis zum Indexdelikt (n = 110)</i>	84
Tabelle 18, <i>Psychopathologie während des Indexdelikts (n = 110)</i>	91
Tabelle 19, <i>Merkmale der Tatkonstellation (n = 110)</i>	101
Tabelle 20, <i>Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte (n = 110)</i>	106
Tabelle 21, <i>Threat/Control-Override (n = 110)</i>	109

2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1, <i>Flow-Diagramm zur Selektion der in die Erhebung eingeschlossenen Patientenakten</i>	51
Abbildung 2, <i>Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte (n = 110)</i>	105
Abbildung 3, <i>TCO-Symptome (n = 110)</i>	109
Abbildung 4, <i>Täterprofil, Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis</i>	123
Abbildung 5, <i>Täterprofil, Patienten mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</i>	127
Abbildung 6, <i>Täterprofil, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen</i>	131

3 Abkürzungsverzeichnis

allg.	allgemein
AMDP	<i>Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie</i>
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BZR	Bundeszentralregister
bzw.	beziehungsweise
CASMIN	<i>Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations</i>
DJ	Disc Jockey
DSM-V	V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
etc.	et cetera
ICD-10	10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
M	Mittelwert
n/N	Größe der Stichprobe
SD	Standardabweichung
SMS	Short Message Service
StGB	Strafgesetzbuch
TCO	<i>Threat/Control-Override</i>
u. v. a.	und viele andere
v. a.	vor allem
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

4 Zusammenfassung/Abstract

Zusammenfassung

Einleitung. Es gilt als gesichert, dass eine kleine Gruppe psychisch Kranker häufiger Tötungsdelikte begeht als die Allgemeinbevölkerung. Das Wissen über diese heterogene Gruppierung ist jedoch begrenzt. Ziel der Studie ist es, soziale Merkmale, Krankheitsverläufe und Merkmale der Tatkonstellation psychisch kranker Tötungsdelinquent:innen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Diagnosen zu unterscheiden.

Methoden. Es wurde eine aktenbasierte, retrospektive und explorative Querschnittsuntersuchung zur Totalerfassung aller zum Stichtag 31.12.2014 nach §§ 63/64 des Strafgesetzbuchs inhaftierter forensischer Tötungsdelinquent:innen im Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs durchgeführt.

Ergebnisse. Von insgesamt 614 Maßregelinsass:innen begingen 110 ein Tötungsdelikt (17,9 %). Darunter fallen drei Diagnosegruppen: Erkrankungen aus dem schizophrenieformen Formenkreis ($n = 78$; 18,6 % aller schizophrenen Insass:innen), Abhängigkeitserkrankungen ($n = 11$; 8,4 % aller suchtkranken Insass:innen) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ($n = 21$; 44,6 % aller persönlichkeitsgestörten Insass:innen). Diagnoseübergreifend waren die Täter:innen mehrheitlich männlich, erwerbslos, alleinstehend, ohne psychopharmakologische Behandlung und kannten ihre Opfer. Im Gegensatz zu den persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquent:innen wiesen suchtkranke Proband:innen eine frühe soziale Desintegration auf. Später in der Biografie fielen persönlichkeitsgestörte Täter:innen durch dissoziales Verhalten ($p = .001$), soziale Depravation und Rückzügigkeit ($p = .001$) auf. Als statistisch signifikant erwies sich, dass schizophrene Tötungsdelinquent:innen Misshandlungserfahrungen in der Kernfamilie durchlebt ($p = .001$) und später trotz Therapieangebot eine psychiatrische Behandlung abgelehnt haben ($p = .001$). Sie wiesen außerdem im Vergleich zu den anderen zwei Diagnosegruppen kaum psychiatrische Nebendiagnosen auf ($p = .001$). Eine ausgeprägte Psychopathologie zum Indextatzeitpunkt lag nur bei den schizophrenen Proband:innen vor. Overkill ($p = .031$), Verstümmelungen ($p = .007$) oder sexuelle Handlungen am Opfer ($p = .001$) waren den persönlichkeitsgestörten Täter:innen vorbehalten. Der *TCO*-Komplex lag im Gruppenvergleich statistisch signifikant am häufigsten ($p = .001$) bei den schizophrenen Täter:innen vor.

Diskussion. Die Studie liefert bisher kaum publizierte Daten über die Biografie, Krankengeschichte und Tatkonstellation forensischer Tötungsdelinquent:innen. Erstmalig wurde der *TCO*-Komplex in einem Diagnosegruppenvergleich untersucht und eine bisher nicht publizierte Spezifität für schizophrene Tötungsdelinquent:innen gefunden. Für zukünftige

Aussagen über den Risikomerkmalscharakter einzelner Variablen sollten Vergleichsstudien mit größeren Stichproben mit erkrankten delinquenten und erkrankten nicht delinquenten Proband:innen durchgeführt werden. Zudem sollten geschlechterspezifische Untersuchungen Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Abstract

Introduction. There is evidence that a small group of people with mental disorders commit homicide at a higher rate than the general population. However, knowledge about this heterogeneous group of offenders is limited. The aim of this study was to determine the social characteristics of the offenders, the nature of the homicide and the offenders' previous psychiatric history, and to distinguish different types of offenders in terms of their main psychiatric diagnosis.

Methods. A file-based, retrospective and explorative cross-sectional study was conducted to obtain a complete overview of all forensic homicide offenders detained in the Berlin Forensic Hospital according to §§ 63 and 64 of the German Criminal Code (StGB) as of 31 December 2014.

Results. Out of a total of 614 forensic patients, 110 committed homicide (17.9 %). There are three main diagnostic groups in the forensic hospital who commit homicide: schizophrenia spectrum disorders ($n = 78$; 18.6 % of all schizophrenic inmates), substance use disorders ($n = 11$; 8.4 % of all inmates with substance use disorders), and personality disorders ($n = 21$; 44.6 % of all inmates with personality disorders). All three groups were characterised by being male, unemployed, single, not receiving psychopharmacological treatment and knowing their victims personally. In contrast to the personality disordered homicide offenders, the offenders with substance abuse disorders were characterised by early social disintegration. However, later in their biographies, personality disordered offenders showed antisocial behaviour ($p = .001$), social depravity and social withdrawal ($p = .001$). It was statistically significant that schizophrenic homicide offenders experienced maltreatment in their nuclear family ($p = .001$) and that they refused offered psychiatric treatment ($p = .001$). They also had fewer secondary psychiatric diagnoses ($p = .001$). Distinct psychopathological symptoms were found only among schizophrenic probands. Overkill ($p = .031$), mutilation ($p = .007$) or sexual abuse of the victim ($p = .001$) were reported mainly by personality disordered homicide offenders. The *TCO* complex was more common in schizophrenic patients ($p = .001$) than in those with substance use or personality disorders.

Discussion. The present study provides rarely published primary data on the biographies of forensic offenders, including their psychiatric history and the constellation of their crimes. For the first time, the *TCO* complex was investigated in a comparison of diagnostic groups. There is a specificity for schizophrenic homicide offenders that has not been published before. In order to identify clear risk variables, larger samples and comparative studies with delinquent and non-delinquent patients should be carried out in the future. Further research is also needed on gender differences in forensic homicide offenders.

5 Einleitung

In zahlreichen epidemiologischen Studien konnte gezeigt werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen psychischer Störung und gewalttätigem Verhalten gibt (Brennan et al., 2000; Mullen et al., 2000; Mulvey, 1994; Swanson et al., 1990; Whiting et al., 2021). Insgesamt ist von einer diagnoseübergreifenden Risikosteigerung für Männer um etwa das Zweifache und für Frauen um das Dreifache auszugehen (Maier et al., 2016). Das Risiko schwerer Gewaltverbrechen psychisch kranker Menschen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sogar vier- bis fünffach erhöht. Bei komorbidem Substanzmissbrauch und dissozialer Persönlichkeitsstörung potenziert sich das Risiko zusätzlich (Hodgins & Müller-Isberner, 2014; Maier et al., 2016).

Bei Betrachtung der einzelnen Krankheitsbilder hinsichtlich eines erhöhten Risikos für gewalttätiges und kriminelles Verhalten, zeigt sich, dass besonders Patienten¹ mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ein erhöhtes relatives Risiko für gewalttätiges und kriminelles Verhalten aufweisen. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text fortan die Formulierung Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis verwendet. So begehen durchschnittlich 6 – 10 % der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und mit Persönlichkeitsstörungen ein schweres Gewaltdelikt; das Risiko für Patienten mit Suchtproblematik beträgt über 10 % (Whiting et al., 2021).

Müller et al. (2017) beschreiben, dass die Hauptdiagnosen der nach § 63 des Strafgesetzbuchs (StGB) untergebrachten Patienten etwa 70 % Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind, gefolgt von 10 % Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Weniger als 10 % der Patienten weisen hauptdiagnostisch eine Suchtproblematik auf. Leygraf (2006a) berichtet zudem, dass jeweils 6 % der Untergebrachten eine hirnorganische Störung oder geistige Behinderung haben. Ein Großteil der Patienten weist zusätzlich eine komorbide Abhängigkeitserkrankung oder Persönlichkeitsstörung auf.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestotrotz beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Etwa ein Drittel der forensischen Patienten hat ein Tötungs- oder Sexualdelikt begangen (Leygraf, 2006a), davon sind etwa 70 – 80 % Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Haller et al., 2001; Müller et al., 2017; Schanda et al., 2004).

Im Jahr 2000 betrug der Anteil schuldunfähiger Tötungsdelinquenten in Deutschland 9,2 %. Von diesen Patienten wurden knapp 90 % nach § 63 StGB in ein Krankenhaus des Maßregelvollzugs eingewiesen. Der Anteil der vermindert schulfähigen Patienten betrug 30,6 %, von denen knapp 10 % nach § 63 StGB in ein Krankenhaus des Maßregelvollzugs eingewiesen worden sind (Nedopil, 2007).

Gemäß dem deutschen Strafgesetzbuch ist der Maßregelvollzug eine freiheitsentziehende Unterbringung von psychisch kranken Rechtsbrechern in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder von suchtkranken Rechtsbrechern in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Diese Anstalten stehen außerhalb des Justizvollzugs und sind im Bundesland Berlin der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung nachgeordnet.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Dauer und Umsetzung sind im Strafrecht, im Strafprozessrecht, im Strafvollstreckungsrecht sowie in den Straf- und Maßregelvollzugsgesetzen des Bundes und der Länder geregelt.

Der psychiatrische Maßregelvollzug soll der Besserung und Sicherung von Patienten dienen, die bei Begehung einer erheblichen Straftat aufgrund einer psychischen Störung schuldunfähig oder erheblich in ihrer Schuld vermindert waren und die für die Allgemeinbevölkerung weiterhin gefährlich sind.

In Deutschland gilt, dass die Strafbarkeit eines Verhaltens abhängig von der Schuldfähigkeit des Tatverdächtigen ist. Strafmündigkeit besteht ab dem vollendeten 14. Lebensjahr. Sie wird im § 20 StGB geregelt. Dort werden die Störungen benannt, infolge derer ein Mensch schuldunfähig ist und somit nicht in der Lage, das Unrecht seiner Tat zu erkennen (Einsichtsfähigkeit) oder nach dieser Erkenntnis zu handeln (Steuerungsfähigkeit). Anhand der im § 20 StGB aufgeführten vier Eingangsmerkmale (schwere andere seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Intelligenzminderung, krankhafte seelische Störung) wird das Vorliegen einer psychischen Störung oder Krankheit geprüft, um sodann zu entscheiden, ob diese zum Tatzeitpunkt Auswirkungen auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Täters hatte.

Verminderte Schuldfähigkeit liegt nach § 21 StGB vor, wenn der Täter zwar fähig war, das Unrecht seiner Tat zu erkennen, aber erheblich beeinträchtigt in der Fähigkeit gemäß dieser

Erkenntnis zu handeln. Der § 21 StGB wird deutlich häufiger angewandt als gänzliche Schuldunfähigkeit (Schöch, 2007).

Das Eingangsmerkmal der krankhaften seelischen Störung umfasst exogene und endogene Psychosen, Alkohol- und Drogenrausch sowie körperliche Abhängigkeiten, degenerative Hirnerkrankungen, Epilepsien und genetisch bedingte Behinderungen.

Das Eingangsmerkmal der Intelligenzminderung umfasst angeborene Intelligenzminderungen ohne organisches Korrelat.

Das Eingangsmerkmal der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung umfasst nicht organisch bedingte Störungen des Bewusstseins aufgrund akuter Belastungsreaktionen, wie die am häufigsten vorkommende Affekttat oder die selteneren Übermühdungszustände. Es handelt sich also um Ausnahmezustände sonst meist psychisch gesunder Menschen.

Das Eingangsmerkmal der schweren anderen seelischen Störung umfasst Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, psychosomatische Störungen, Abhängigkeitserkrankungen sowie Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen.

Obwohl die nach § 63 StGB untergebrachten forensischen Patienten weder Beginn noch Ende der Behandlung im Maßregelvollzug bestimmen können, sind Untersuchungen und Therapien nur mit Einverständnis der Patienten möglich. Die Dauer der Unterbringung nach § 63 StGB ist grundsätzlich unbefristet und dauert so lange an, bis außerhalb des Maßregelvollzugs von den Patienten keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr zu erwarten sind. Seit August 2016 gilt jedoch verstärkt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, nach dem die Fortdauer der Unterbringung nach sechs Jahren Unterbringungsdauer nur angeordnet werden darf, wenn weiterhin eine ausdrücklich fortbestehende Gefährlichkeit des Patienten vorliegt und für potenzielle Opfer die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung besteht. Nach zehn Jahren Unterbringungsdauer ist eine Fortdauer der Unterbringung nur zulässig, wenn konkrete gegenwärtige Anhaltspunkte für eine fortdauernde Gefährlichkeit vorliegen und für potenzielle Opfer die Gefahr einer schweren körperlichen Schädigung besteht.

Die Unterbringung nach § 64 StGB ist anzuordnen, wenn die Gefahr besteht, dass der Täter infolge seines Hangs, psychotrope Substanzen zu konsumieren, weitere erhebliche Straftaten begehen wird und eine ausreichende Therapiebereitschaft und -fähigkeit besteht. Die Dauer der Unterbringung beträgt maximal zwei Jahre; bei Begleitstrafen jedoch auch länger. Sie darf nur dann und so lange angeordnet werden, wie eine konkrete Aussicht auf Heilung oder auf Schutz

vor einem Rückfall und damit einhergehend ein Schutz vor der Begehung weiterer rechtswidriger Taten, die in Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen, bestehen.

Als Tötungsdelikt wird im deutschen Strafrecht eine Straftat gegen das menschliche Leben bezeichnet. Solche Straftaten sind im 16. Abschnitt des StGB geregelt. Zu ihnen zählen Mord, Totschlag, fahrlässige Tötung, Schwangerschaftsabbruch, Tötung auf Verlangen sowie der Versuch der genannten Straftaten. Die Probanden der vorliegenden Untersuchung sind ausschließlich für versuchten und vollendeten Mord oder versuchten und vollendeten Totschlag verurteilt worden.

Unter Totschlag (§ 212 StGB) wird die vorsätzliche Tötung eines Menschen verstanden, ohne dass die für den Straftatbestand des Mordes festgelegten persönlichen und tatbezogenen Mordmerkmale erfüllt sind. Mord (§ 211 StGB) liegt vor, wenn mindestens ein Mordmerkmal erfüllt ist.

Die Mordmerkmale ergeben sich aus vier möglichen Motiven (Mordlust, Befriedigung des Geschlechtstriebes, Habgier und sonstige niedrige Beweggründe), drei möglichen Begehensweisen (heimtückisch, grausam, mit gemeingefährlichen Mitteln) und aus zwei möglichen Funktionen des Mordes (Ermöglichung oder Verdeckung einer Straftat).

Mord wird grundsätzlich mit lebenslanger Freiheitsstrafe bedroht; ebenso der Mordversuch. Abweichungen sind durch das Jugendstrafrecht nach § 18 des Jugendgerichtsgesetzes, das eine Höchststrafe von zehn Jahren vorsieht, die Minderung der Schuldfähigkeit nach § 21 StGB sowie durch die Kronzeugenregelung möglich.

Totschlag und versuchter Totschlag werden mit einer Freiheitsstrafe von mindestens fünf Jahren bestraft.

5.1 Gewalt und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Die weltweite Prävalenz schizophrener Psychosen liegt bei 0,5 – 1 %. In Deutschland werden davon 0,5 % gemäß § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Es handelt sich also um ein vergleichsweise kleines Täterkollektiv und die Mehrheit der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wird nie ein Gewaltdelikt begehen (Kröber, 2008). Die Wahrscheinlichkeit für diese Patienten selbst Opfer einer Gewalttat zu werden ist deutlich höher (De Vries et al., 2019).

Dennoch gilt der moderate signifikante Zusammenhang zwischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Gewalt seit der grundlegenden Arbeit von Böker und Häfner (1973) als gesichert und wurde seither, trotz verschiedenster Studiendesigns und Stichproben, vielfach repliziert (Curic, 2019; Eronen et al., 1996a; Fazel et al., 2009; Schanda, 2006; Witt et al., 2013; u. v. a.). Zwar folgerten Böker und Häfner aus ihrer Untersuchung zum Zusammenhang von psychischer Krankheit und Gewalt zunächst, dass von psychisch kranken Menschen kein erhöhtes Gewaltrisiko ausgehe. In Folge einer erneuten Auswertung der Daten wurde jedoch die spezifische Risikoerhöhung für die Begehung von Gewaltdelikten schizophrener Menschen dargestellt (Erb et al., 2001). Bei Böker und Häfner nivellierte sich die erhöhte Gewaltneigung bestimmter Diagnosegruppen durch andere, deren Gewaltpotential besonders gering ist (Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen).

Überdies gibt es Evidenz für einen besonderen Zusammenhang von Schizophrenie mit schwersten Gewalt- (Schanda, 2006; Taylor, 1985) und Tötungsdelikten (Erb et al., 2001; Eronen et al., 1996b; Schanda et al., 2004; Stompe et al. 2018; Wallace et al., 1998). Diese Befunde konnten in verschiedenen Gesellschaftssystemen und Studiendesigns ebenfalls zahlreich repliziert werden und haben weltweite Geltung (Volavka et al., 1997).

Es wird angenommen, dass etwa 5 – 20 % aller Tötungsdelikte von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis begangen werden; bei Frauen sogar 33 % aller Tötungsdelikte (Côté & Hodgins, 1992; Oberlies, 1997; Taylor & Gunn, 1984).

In der prospektiven Kohortenstudie von Fazel et al. (2014) wurden innerhalb von fünf Jahren 10,7 % der männlichen Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und 2,7 % der weiblichen Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wegen eines Gewaltdelikts verurteilt. Die Angaben zum Risiko schizophrener Patienten für die Begehung solcher Delikte schwanken zwischen einem zweifachen Risiko für Gewaltdelikte und einem knapp fünf- bis 38fachen Risiko für Tötungsdelikte (Eronen et al., 1996; Maier et al., 2016; Schanda & Stompe, 2011; Schanda, 2018; Whiting et al., 2021). Für Frauen besteht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sogar ein noch höheres relatives Risiko, da sie generell deutlich weniger Gewalttaten begehen als Männer und Delikte im Zusammenhang mit einer schizophrenen Erkrankung deshalb einen stärkeren Einfluss haben (Brennan et al., 2000a; Fazel et al., 2009; Schanda et al., 2004). Neue Ergebnisse der Metaanalyse von Whiting et al. (2022) mit Daten von über 50.000 Patienten aus einem Follow-up Zeitraum von über 40 Jahren legen

nahe, dass das Risiko für schizophrene Männer Gewalt auszuüben, vier bis fünf Mal höher als das der Allgemeinbevölkerung war; bei Frauen lag ein etwa zehnfaches Risiko vor.

Die unterschiedlichen Risikoangaben der verschiedenen Studien rühren unter anderem von uneinheitlichen Definitionen von Gewalt und psychiatrischen Störungsbildern sowie von verschiedenen Studiendesigns, Stichproben und Gesellschafts- und Rechtsformen der jeweiligen Studienländer. So gelten Drohungen und Nötigung in einigen Studien bereits als Gewalt und in anderen Studien zählen lediglich schwere Körperverletzung und Tötungsdelikte zu Gewaltdelikten. Bezüglich der verschiedenen Studiendesigns erweist sich das relative Risiko für Gewaltdelikte bei reinen Fall-Kontroll-bezogenen Querschnittsstudien oftmals als höher als bei longitudinalen Studiendesigns mit mehrfachen Beobachtungszeitpunkten (Maier et al., 2016). Studien zur Prävalenz von Gewaltverhalten bei Patienten mit psychischen Erkrankungen können andere Odds oder relative Risiken ergeben als Studien zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Gewalttätern oder zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen und Gewalt in der Allgemeinbevölkerung – die Stichproben gehen jeweils mit einem bestimmten Selektionsbias einher.

Kommt es einmal zu solchen Gewalthandlungen, sind besonders Angehörige und Personen des Helfernetzes gefährdet, Opfer schwerer Gewaltdelikte zu werden. Die Opfer stammen in 60 % aus der Kernfamilie, in 23 % aus dem unmittelbaren Täterumfeld und in 7 – 22 % aus dem weiteren Helfernetzwerk der Täter; lediglich 9 – 12 % sind Fremde (Häfner & Böker, 1973; Kröber, 2008; Nordström et al., 2006; Stompe et al., 2018). Die Häufung von Tötungsopfern aus dem Familienkreis ist nach Oberlies bei weiblichen Täterinnen noch häufiger zu beobachten (Oberlies, 1997). Diese Befunde wurden seither mehrfach repliziert (Arseneault et al., 2002).

Für Tötungsdelikte weichen die Angaben nur geringfügig ab: Stompe und Schanda (2018) fanden, dass 75,5 % der Opfer aus dem unmittelbaren Täterumfeld stammten; davon waren 14,3 % (Ex-)Lebenspartner und 36,7 % Verwandte, wobei die Täter-Eltern am häufigsten betroffen waren. 24 – 36 % der Opfer waren den Tätern unbekannt (Stompe et al., 2018).

Diese Befunde unterschieden sich signifikant von denen der Patienten mit leichten Delikten, deren Opfer in über 80 % der Fälle Fremde waren (Stompe et al., 2018). Nordström und Kullgren differenzierten, dass Opfer aus dem Familien- und Bekanntenkreis eher weiblich und fremde Opfer eher männlich sind (Nordström et al., 2006).

Die erste Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt durchschnittlich neun bis zehn Jahre nach Erstkontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem und nach etwa sieben bis acht Aufenthalten in der Allgemeinpsychiatrie (Kutscher et al., 2009).

Die Frage liegt nahe, ob das gewalttätige und kriminelle Verhalten schizophrener Patienten unabhängig und zusätzlich zur schizophrenen Erkrankung besteht, etwa durch kriminogene Sozialisierung, oder dieses Verhalten die Folge krankheitsbedingter Umstände ist (Monahan & Appelbaum, 2000; Monahan & Steadman, 1994; Steadman & Silver, 2000).

5.1.1 Soziodemografische Daten

Männliches Geschlecht und ein jüngeres Alter gelten als Risikofaktoren für die Begehung von Gewaltdelikten von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Fazel et al., 2014; Maier et al., 2016; Nielssen & Large, 2010; Whiting et al., 2021; Witt et al., 2013). Schanda et al. (2004) fanden jedoch auch, dass knapp 85 % der männlichen und knapp 90 % der weiblichen schizophrenen Probanden bei der Begehung ihres Indexdelikts älter als 25 Jahre waren.

Das Geschlechterverhältnis der Maßregelinsassen wird mit etwa 90 % männlichen Patienten und 10 % weiblichen Patienten beschrieben (Haller et al., 2001; Kutscher et al., 2009).

In der Untersuchung forensischer Maßregelpatienten von Kutscher et al. (2009) zeigte sich, dass bei der Begehung des Indexdelikts ein Viertel der Delinquenten mit Körperverletzungsdelikten obdachlos war.

Laut Stompe et al. (2004; 2006) gehört etwa die Hälfte der schizophrenen Rechtsbrecher der Unterschicht an; nur 2,5 % der delinquenten Probanden ihrer Stichprobe zählten zur Oberschicht. Der negative Einfluss eines niedrigen sozioökonomischen Status auf die Gewalttätigkeit von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurde vielfach repliziert (Schalast, 2012; Stompe et al., 2018; Whiting et al., 2021; Witt et al., 2013). Stompe et al. (2018) zeigten zudem, dass über die Hälfte der delinquenten Patienten keinen Schulabschluss und etwa drei Viertel keine Berufsausbildung absolviert haben. Im Vergleich haben nur etwa 10 % der nicht delinquenten Patienten keinen Schulabschluss.

Stompe und Schanda (2018) fanden, dass knapp 90 % der schizophrenen Tötungsdelinquenten zum Tatzeitpunkt ohne Arbeitsverhältnis waren; dies gilt für Probanden mit schweren und mit leichten Delikten gleichermaßen.

Nahezu alle delinquenten Probanden lebten allein ohne Partnerschaft (Stompe et al., 2018). Obgleich festzuhalten ist, dass Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis generell seltener (82,6 %) in partnerschaftlichen Beziehungen leben.

Zusammenfassend konnten aktuelle und frühere Obdachlosigkeit, männliches Geschlecht und ein niedriger sozioökonomischer Status als Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten schizophrener Patienten identifiziert werden (Whiting et al., 2021; Witt et al., 2013).

5.1.2 Lebensumstände

In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass körperliche Misshandlung in der Kindheit ein Risikofaktor für späteres gewalttätiges und aggressives Verhalten von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis darstellt (Bosqui et al., 2014; Engelstad et al., 2019; Maier et al., 2016; Storvestre et al., 2020).

Stompe et al. (2018) konnten zeigen, dass 80 % der Probanden mit schweren Delikten bei getrenntlebenden Eltern aufgewachsen sind. Misshandlungserfahrungen, elterliche Gewaltdelinquenz, die Abwesenheit eines Elternteils und Heimaufenthalte in der Kindheit von über einem Jahr, zusammengefasst unter dem Begriff broken-home, stellen weitere Risikofaktoren für spätere Gewaltdelinquenz schizophrener Patienten dar. Ebenso auch schizophrene Erkrankungen der Eltern und elterlicher Substanzmissbrauch (Christoffersen et al., 2003; Green et al., 2019; Stompe et al., 2006, 2018; Whiting et al., 2021). Bezüglich der Heimunterbringung in der Kindheit fanden Stompe et al. (2018), dass dies vor allem für Patienten mit leichten Delikten zutrifft. Probanden mit schweren Delikten nahmen eine Zwischenstellung zwischen Patienten mit leichten und Patienten ohne Delikte ein. Dieser Befund stützt die Theorie, dass vor allem die Patienten mit leichten Delikten, die „Early Starters“, kriminogene Faktoren aufweisen.

5.1.3 Delinquenzgeschichte

Ein Teil der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt bereits vor Ausbruch der Erkrankung gewalttätiges Verhalten. Die Angaben variieren zwischen 18,3 % (Haller et al., 2001), 28 % (Winsper et al., 2013), 40 % (Hodgins & Müller-Isberner, 2004), 50 % (Leygraf, 1988) und 68 % (Hodgins & Müller-Isberner, 2004). Für Tötungsdelikte wird ein Wert von 1,3 % angegeben (Stompe et al., 2018).

Kutscher et al. (2009) fanden in ihrer Untersuchung von schizophrenen Maßregelpatienten in Nordrhein-Westfalen, dass jeder zweite Patient vor Begehung des Indexdelikts bereits mindestens einmal inhaftiert gewesen ist und etwa 40 % wegen Körperverletzung verurteilt worden sind. In der Studie von Haller et al. (2001) zeigte sich hingegen, dass 81,7 % der schizophrenen Patienten ihr erstes Gewaltdelikt erst nach Krankheitsbeginn begingen, also nur 18,3 % vor Krankheitsbeginn gewalttätiges Verhalten zeigten. Laut Hodgins und Müller-Isberner (2014) gehören Patienten mit Tötungsdelikten deutlich häufiger der Gruppe ohne prämorbidem Gewaltverhalten an. Ähnliche Befunde machten Wang et al. (2019), in deren retrospektiver Untersuchung nur 6,5 % der schizophrenen Tötungsdelinquenten zuvor straffällig geworden sind und erst kürzlich bestätigten Sonnweber et al. (2022) in ihrer retrospektiven Untersuchung diesen oft replizierten Befund.

Stompe et al. (2004; 2018) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Schwere des Delikts und der Delinquenzgeschichte, indem sie paarweise Vergleiche von nicht delinquenten Patienten, Patienten mit leichten Gewaltdelikten und Patienten mit schweren Gewaltdelikten vornahmen. Sie stellten fest, dass die Begehung leichter Delikte in fast drei Viertel der Fälle aufgrund von Konflikten, Substanzmissbrauch, komorbiden Persönlichkeitsstörungen und ungünstigen sozialen Verhältnissen erfolgte und nur zu etwa einem Viertel aus wahnhaften Motiven. Allgemeine Kriminalitätsfaktoren schienen bei leichteren Delikten eine größere Rolle zu spielen als bei schweren Gewaltdelikten. So fanden Stompe und Schanda (2018), dass 65,9 % der schizophrenen Patienten mit leichteren Delikten bereits vor dem 14. Lebensjahr durch kriminelles Verhalten in Erscheinung getreten sind. Für Patienten mit schweren Gewaltdelikten lag in 80 % der Fälle eine wahnhafte Ursache für die Begehung des Delikts vor (Stompe, 2018).

Sonnweber et al. (2022) fanden, dass schizophrene Tötungsdelinquenten bei der ersten stationären Behandlung, der ersten Aufnahme in den Maßregelvollzug und bei der Begehung des Indexdelikts älter sind als schizophrene Gewaltdelinquenten ohne Tötungsdelikt. Außerdem betrieben die schizophrenen Tötungsdelinquenten seltener Substanzkonsum. Die zuvor in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren für Tötungsdelinquenten „Misshandlung in der Kindheit“, „komorbide Persönlichkeitsstörung“ oder „niedriger sozioökonomischer Status“ dienten nicht der Differenzierung von schizophrenen Gewalt- und schizophrenen Tötungsdelinquenten.

Für die Beurteilung prämorbidem kriminellen und gewalttätigen Verhaltens hat sich die Betrachtung früherer Eintragungen im Bundeszentralregister als hilfreich erwiesen. Habermeyer und Lau (2012) fanden, dass drei Viertel der Maßregelpatienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei Erstaufnahme mindestens einen Eintrag im Bundeszentralregister aufweisen; durchschnittlich jedoch zwischen drei (Habermeyer et al., 2010) und sieben (Kutscher et al., 2009) Eintragungen.

Hodgins und Müller-Isberner (2014) beschreiben drei schizophrene Tätertypen, die sich in ihrer jeweiligen Delinquenzgeschichte unterscheiden: Die „Early Starter“ weisen bereits ab dem Kindesalter eine Störung des Sozialverhaltens sowie dissoziales, aggressives und delinquentes Verhalten auf. Der zweite Tätertyp ist am verbreitetsten und zeichnet sich durch aggressives Verhalten nach Erstmanifestation der schizophrenen Erkrankung aus. Der dritte Tätertyp beginnt erst nach langjährigem Krankheitsverlauf, schwere Gewalthandlungen zu begehen und nicht selten kommt es erst nach zehn- bis 20jährigem Krankheitsverlauf plötzlich zu schwersten Gewalthandlungen („Late Starter“). Laut den Autoren lassen sich Patienten mit leichten Delikten meist den „Early Starters“ und Patienten mit schweren Delikten eher den „Late Starters“ zuordnen (Hodgins & Müller-Isberner, 2014).

Letztlich gilt für schizophrene Patienten wie für die Allgemeinbevölkerung, dass das Risiko schwerer Gewalthandlungen mit zunehmender Delinquenz steigt. Somit ist auch für schizophrene Patienten der stärkste Prädiktor für zukünftiges delinquentes Verhalten delinquentes Verhalten in der Vergangenheit (Farrington et al., 1990; Kröber & Lau, 2010; Maier et al., 2016; Whiting et al., 2021).

5.1.4 Krankheitsverlauf

Der Großteil der schizophrenen Patienten begeht trotz wiederkehrendem, massiven bedrohlich paranoid-psychotischem Erleben keine Gewalttaten. Eine Erklärung dafür ist unter anderem die adäquate Behandlung dieser Patienten (Heilmann & Schanda, 2007; Maier et al., 2016). Umgekehrt lässt sich vermuten, dass eine mangelhafte Behandlung oder Behandlungcompliance das Risiko für Gewalttaten erhöht. Die Arbeitsgruppe um Nielssen (2011) fand, dass das Risiko schizophrener Patienten Tötungsdelikte zu begehen mit Beginn einer adäquaten medikamentösen Behandlung signifikant sinkt und in ihrem systematischen Review mit Metaanalyse schlossen Nielssen und Large (2010), dass das Risiko von Tötungsdelikten während der ersten psychotischen Episode im Vergleich zum Risiko nach Behandlungsbeginn

etwa 15fach erhöht ist und damit höher als bisher angenommen; das Risiko für Tötungsdelikte nach Behandlungsbeginn hingegen sei niedriger als bisher vermutet.

Stompe und Schanda (2018) fanden, dass über 70 % der untersuchten Tötungsdelinquenten zum Indextatzeitpunkt nicht in Behandlung waren und sich etwa die Hälfte der Tötungsdelinquenten zuvor noch nie in psychiatrischer Behandlung befunden hat. Andererseits lag der Anteil der zuvor unbehandelten Maßregelpatienten in der Untersuchung von Hodgins und Müller-Isberner (2004) bei 5,3 %; der Anteil zuvor unbehandelter Patienten war hier also wesentlich geringer.

Die retrospektive Untersuchung von Haller et al. (2001) ergab, dass bei 17 % der späteren Delinquenten in den vier Wochen vor der Indextat und bei 7 % am Tattag selbst Compliance gegenüber der verordneten Pharmakotherapie bestand.

Der retrospektiven Erhebung ($n = 470$) von Kutscher et al. (2009) zufolge, bestand zum Indextatzeitpunkt bei 9,3 % der schizophrenen Tötungsdelinquenten eine Psychopharmakotherapie. Die Daten von Stompe und Schanda (2018) sind noch deutlicher: In ihrer Untersuchung nahmen nur etwa 3 % der schizophrenen Tötungsdelinquenten zum Tatzeitpunkt ihre Medikation wie verordnet ein.

Andere Daten finden sich, wenn die Raten der stationären Aufnahmen von Tötungsdelinquenten vor Begehung der Indextat betrachtet werden: Etwa 75 % der Betroffenen hatten mindestens einen stationären Aufenthalt, durchschnittlich sogar fünf bis sechs stationäre allgemeinspsychiatrische Aufnahmen (Haller et al., 2001; Hodgins & Müller-Isberner, 2004; Kutscher et al., 2009). Obgleich also mindestens bereits erste psychische Auffälligkeiten bestanden haben (die zur stationären Aufnahme führten), erfolgte entweder keine adäquate Diagnosestellung und damit einhergehend keine entsprechende Therapieempfehlung oder die Betroffenen zeigten sich hinsichtlich der Therapieempfehlungen nicht compliant.

Langeveld et al. (2014) bestätigten in ihrer prospektiven Zehnjahres-Follow-up-Studie die Befunde von Heilmann und Schanda (2007) und Nielssen et al. (2011): Das Gewaltisiko von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis reduzierte sich bei guter Compliance und adäquater Behandlung und näherte sich im Follow-up-Zeitraum sogar dem der gesunden Allgemeinbevölkerung an (Langeveld et al., 2014).

Zudem geht Compliance meist mit Krankheitseinsicht einher, deren Fehlen ebenfalls als Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gilt (Maier et al., 2016).

Witt et al. (2013) stellten außerdem fest, dass die Adhärenz zu einer Psychotherapie einen gewaltprotektiveren Charakter hat als eine reine Psychopharmakotherapie.

5.1.5 Psychopathologie

Es gibt Hinweise auf eine Häufung des desorganisierten und residualen Subtyps bei leichten Delikten und des katatonen Subtyps bei schweren Gewaltdelikten; der paranoide Subtyp kommt insgesamt am häufigsten vor (Eronen et al., 1996). Schanda et al. (2004) zufolge ist er bei Tötungsdelikten bei 63,4 % der männlichen und 47,1 % der weiblichen Probanden vertreten.

Eine komorbide dissoziale Persönlichkeitsstörung erhöht das Risiko für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ein Tötungsdelikt zu begehen um das Zehnfache (Witt et al., 2013) und für Frauen sogar um das 50fache (Richard-Devantoy et al., 2009). Auch komorbide emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen werden als Risikofaktor für die Begehung von Gewaltdelikten gesehen (Coid et al., 2000; Coid, 2011). Schanda et al. (2004) gehen davon aus, dass knapp jeder fünfte (17,1 %) der männlichen und etwas mehr als jede zehnte (11,8 %) der weiblichen schizophrenen Tötungsdelinquenten an einer komorbiden Persönlichkeitsstörung leiden. In den Untersuchungen von Stompe et al. (2018) und Stompe und Schanda (2018) zeigte sich, dass etwa ein Viertel der Patienten mit schweren Delikten eine komorbide dissoziale Persönlichkeitsstörung aufwies; bei den Patienten mit leichten Delikten war knapp die Hälfte der Patienten betroffen. Die Autoren vermuten daher, dass das Vorliegen komorbider Persönlichkeitsstörungen für die Begehung schwerster Gewaltdelikte weniger bedeutsam ist als für die Begehung leichter Delikte.

Sowohl früherer als auch aktueller Substanzkonsum ist hoch signifikant mit gewalttätigem Verhalten (Whiting et al., 2021; Witt et al., 2013) und einem höheren Risiko für Tötungsdelikte (Coid et al., 2000; Coid, 2011; Schanda et al., 2004) verbunden. Der Anteil der Patienten mit komorbidem Substanzkonsum hat im Laufe der vergangenen Jahre deutlich zugenommen: Kutscher et al. (2009) stellten in ihrer retrospektiven Untersuchung schizophrener Maßregelpatienten fest, dass noch im Jahr 1994 etwa die Hälfte der schizophrenen Delinquenten komorbiden Substanzkonsum betrieben; im Jahr 2006 waren es bereits knapp zwei Drittel. In einer australischen Stichprobe haben 1975 37 % der schizophrenen Delinquenten komorbiden Substanzkonsum betrieben und 1995 waren es bereits 69 % (Wallace et al., 2004). Haller et al. (2001) berichten von komorbidem Substanzkonsum zum Indextatzeitpunkt bei knapp der Hälfte der schizophrenen Delinquenten, wovon knapp 40 % unter Alkoholeinfluss und knapp 10 % unter dem Einfluss illegaler Drogen standen. Schanda

et al. (2004) machen ähnliche Angaben: Bei knapp der Hälfte aller schizophrenen Tötungsdelinquenten (46,3 %) wurde komorbider Substanzkonsum festgestellt; bei Frauen waren es 11,8 %.

Das Risiko für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei komorbidem Drogenkonsum ein Tötungsdelikt zu begehen, ist knapp 29fach erhöht (Wallace et al., 1998); für komorbiden Alkoholkonsum besteht ein etwa 21faches Risiko (Schanda et al., 2004). Wallace et al. (1998) zufolge besteht durch die bloße schizophrene Erkrankung ein etwa zehnfaches Risiko für die Begehung eines Tötungsdelikts; liegt eine komorbide Suchterkrankung vor, steige das Risiko auf das knapp 30fache. Bei Eronen et al. (1996) finden sich Angaben über ein knapp elfaches Risiko bei komorbidem Alkoholkonsum für Männer und ein knapp 38faches Risiko für Frauen ein Tötungsdelikt zu begehen. In der großangelegten Verlaufsstudie mit über 8.000 schizophrenen Probanden von Fazel et al. (2009b) war Substanzkonsum der entscheidende Delinquenz begünstigende Faktor.

Die Arbeitsgruppe um Stompe (2004) identifizierte in ihrer retrospektiven Vergleichsstudie mit schizophrenen delinquenten und schizophrenen nicht delinquenten Probanden, dass einzig die Merkmale „soziale Herkunft“ und „Substanzmissbrauch“ signifikant mit Gewaltdelikten assoziiert waren. In der delinquenten Gruppe wies etwa die Hälfte der Probanden komorbiden Substanzkonsum auf; in der Kontrollgruppe war es nur etwa ein Viertel der Probanden. Am häufigsten kam multipler Substanzkonsum bei Patienten mit leichten Delikten vor. Nur 5,3 % der Patienten mit schweren Delikten (im Vergleich zu knapp 20 % mit leichten Delikten) waren zum Indextatzeitpunkt alkoholisiert, jedoch betrieb knapp die Hälfte generell Substanzkonsum.

Nichtsdestotrotz liegt für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auch ohne komorbiden Substanzkonsum ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten und im Besonderen für die Begehung von Tötungsdelikten vor (Fazel et al., 2009a; Rasanen et al., 1998; Wallace et al., 1998; Whiting et al., 2022; Witt et al., 2013).

Witt et al. (2014) haben in ihrer Metaanalyse mit systematischem Review gefunden, dass stattgehabte Suizidversuche und Suizidandrohungen das Gewaltrisiko schizophrener Patienten signifikant und unabhängig von komorbidem Substanzkonsum oder Geschlecht erhöhen. Außerdem sind bestimmte psychopathologische Symptome mit einem erhöhten Risiko verbunden (Häfner & Böker, 1973; Krakowski et al., 1986; Link et al., 1992; Taylor, 1985): Im Vergleich zu leichten Delikten waren bei schweren Gewaltdelikten wahnhaftige Personenverkennungen signifikant häufiger vertreten (4,5 % versus 20 %). Sie waren jedoch bei den

Probanden mit schweren Delikten in nur 10,6 % der Fälle tatsächliche Motivation zur Tatbegehung (Stompe et al., 2018).

Buchanan et al. (1993) fanden bereits in den frühen 1990er Jahren, dass die Tendenz schizophrener Patienten, nach ihren Wahnhalten zu handeln, wesentlich von drei Faktoren abhängig ist: Das aktive Suchen nach und das Finden von Beweisen für wahnhaftes Überzeugungen sowie die hohe affektive Beteiligung am Wahnerleben. Prüter (2011) fand in seiner retrospektiven Untersuchung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit Gewaltdelikten, dass die Taten bei etwa 80 % der Probanden mit den Wahnhalten assoziiert waren. Die Metaanalyse mit systematischem Review von Witt et al. (2013) und die Arbeitsgruppe um Swanson (2006) bestätigten diesen Zusammenhang von psychotischem Erleben und schweren Gewaltdelikten.

Im Ergebnis ihrer retrospektiven Untersuchung ($n = 732$) formulierten Link und Stueve (1994) einen psychopathologischen Symptomkomplex, dessen Vorhandensein eine besondere Risikokonstellation für ein drohendes Gewaltdelikt bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis darstelle. Sie nannten diesen Symptomkomplex *Threat/Control-Override (TCO)*. Unter *Threat* verstanden die Autoren Bedrohung, beispielsweise durch Bestrahlung oder Körperhalluzinationen und unter *Control-Override* ein Kontrolliertsein von äußeren Mächten, wie Gedankenentzug oder Gedankenbeeinflussung und ein Ausgeliefertsein mit beginnender Überwältigung und Ich-Verlust. Zuvor beschrieb bereits Taylor in den 1980er Jahren ähnliche Befunde, in denen sich schizophrene Gewaltdelinquenten mit florider psychotischer Symptomatik (im Sinne von *TCO*) durch besondere Gewalttätigkeit auszeichneten (Taylor, 1985).

Der statistisch signifikante Zusammenhang der *TCO*-Symptomatik mit einem erhöhten Gewaltpotential von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis konnte zunächst in zahlreichen Studien repliziert werden (Joyal et al., 2007; Link et al., 1998, 1999; Nordström et al., 2006; Swanson et al., 1996, 1997). So zeigten Swanson et al. (1996), dass Patienten mit *TCO*-Symptomen ein im Vergleich zu psychotischen Patienten ohne *TCO*-Symptomatik etwa doppeltes und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung etwa fünffaches Risiko für Gewalthandlungen aufweisen. Später präzisierten die Autoren um Link, dass die *Threat*- und *Control-Override*-Symptome auch unabhängig voneinander mit Gewaltverhalten assoziiert sind (Link et al., 1998).

Bereits wenig später kritisierte Mullen (1997), dass die Studien hinsichtlich der *TCO*-Symptomatik zahlreiche falsch positive Ergebnisse erzielten (*TCO* auch bei nicht delinquenten Probanden vorhanden), was nicht ausreichend von den Autoren diskutiert worden sei. Auch in folgenden Studien traten Zweifel am Zusammenhang zwischen Gewaltverhalten und *TCO*-Symptomen auf. So zeigten Appelbaum et al. (2000) im Rahmen ihrer großangelegten *MacArthur Violence Risk Assessment Study*, dass sich der scheinbar signifikante Zusammenhang von *TCO*-Symptomen mit einem erhöhten Gewaltpotential bei schizophrenen Patienten durch die Einbeziehung der Kovariaten „Wut“ und „Impulsivität“ nicht länger als statistisch signifikant erwies. Vielmehr fanden sie, dass drohende Gewaltdelikte sogar mit einem Fehlen von *Control-Override*-Symptomen assoziiert waren. Kröber und Lau (2010) hielten fest, dass eine Bestätigung der Befunde in größeren Kollektiven weiterhin ausstehend sei.

Teasdale et al. (2006) fanden anhand eines großen Datensatzes aus der *MacArthur Violence Risk Assessment Study*, dass der *TCO*-Komplex nicht zur Vorhersage von gewalttätigem Verhalten bei Frauen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis geeignet ist. Vielmehr hat sich in der Untersuchung der Autoren gezeigt, dass das Auftreten von *TCO*-Symptomen bei Frauen mit signifikant weniger Gewalttaten verbunden ist. Eine Erklärung hierfür kann die unterschiedliche Reaktion von Frauen und Männern auf Bedrohungen (in diesem Falle wahnhafte Bedrohung; *Threat*) sein: Während Männer im Sinne von „fight-or-flight“ agieren, handeln Frauen eher im Sinne von „tend-and-befriend“ und üben weniger Gewalt aus. Für Männer konnte in der Studie weder ein positiver noch ein negativer Zusammenhang von Gewalttätigkeit und dem *TCO*-Komplex gefunden werden (Teasdale et al., 2006). Bei der geschlechterübergreifenden isolierten Betrachtung der *TCO*-Symptome zeigte sich jedoch eine klare Assoziation von *Threat*-Symptomen mit Gewaltverhalten; *Control-Override*-Symptome hingegen wiesen keinen Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten auf (Teasdale et al., 2006). Da die Autoren um Teasdale (2006) denselben Datensatz nutzten wie Appelbaum et al. (2000, *MacArthur Violence Risk Assessment Study*), die in der Evaluation des *TCO*-Komplexes Männer und Frauen gemeinsam betrachtet haben, gehen Teasdale und Kollegen davon aus, dass die negativen Ergebnisse für *TCO* und Gewalt aufgrund des nivellierenden Effekts der Frauen entstanden sind.

Die retrospektiven Vergleichsstudien von Stompe et al. (2004; 2018) mit delinquenten schizophrenen und nicht delinquenten schizophrenen Probanden zeigte, dass es zwischen beiden Gruppen keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Prävalenz von *TCO*-Symptomen

gab. Wurde jedoch zusätzlich zwischen einer Gruppe von Probanden mit schweren Gewaltdelikten und einer Gruppe mit leichten Gewaltdelikten differenziert, zeigte sich eine statistisch signifikante Häufung von *TCO*-Symptomen in der Gruppe der schweren Gewaltdelikte. Die Lebenszeitprävalenz von *TCO*-Symptomen war in allen Gruppen sehr hoch (schweres Gewaltdelikt 97,1 %; kein Delikt 90,5 %; leichtes Gewaltdelikt 76,6 %). Die Häufung von *TCO*-Symptomen in der Gruppe der schweren Gewaltdelikte war vorrangig auf die *Threat*-Symptome zurückzuführen, die als besonders bedrohliche Form des Verfolgungswahns definiert waren, verbunden mit der Überzeugung des Patienten, dass Leib und Leben akut bedroht werden. Die Prävalenz von *Threat*-Symptomen lag bei den Patienten mit schweren Delikten bei 70,7 %, bei den Patienten mit leichten Delikten bei 16,7 % und bei den nicht delinquenten Patienten bei 46,1 % (Stompe et al., 2004; 2018).

Control-Override-Symptome waren nicht signifikant häufiger mit schweren Gewaltdelikten assoziiert. Bei den Probanden mit schweren Delikten waren außerdem systematisierter Wahn und eine ausgeprägte Wahndynamik am stärksten und bei denen mit leichten Delikten am geringsten ausgeprägt; die Prävalenz der nicht delinquenten Vergleichsgruppe lag dazwischen (Stompe et al., 2004, 2018). Angesichts der zuvor beschriebenen Hypothese, dass leichte Delikte eher im Rahmen der allgemeinen Kriminalitätsfaktoren begangen werden, ist anzunehmen, dass ein gewaltprädiktiver Wert von Wahnthemen vor allem für schwere Gewaltdelikte besteht.

Nederlof et al. (2011) bestätigten diese Befunde in ihrer multizentrischen Querschnittsstudie: Zunächst konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem gesamten *TCO*-Komplex und gewalttätigem Verhalten festgestellt werden. Jedoch ging auch hier hervor, dass dieser signifikante Zusammenhang einzig auf die *Threat*-Symptome zurückzuführen ist. Außerdem fanden die Autoren, dass eine grundsätzliche Disposition der Patienten für die Faktoren „Angst“ und „Wut“ ebenfalls signifikant mit gewalttätigem Verhalten assoziiert war.

Witt et al. (2013) konnten in ihrer Metaanalyse mit systematischem Review keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen *TCO*-Symptomen und gewalttätigem Verhalten feststellen, wobei betont werden sollte, dass die Autoren neben physischer Gewalt auch aggressives und feindseliges verbales Verhalten zu gewalttätigem Verhalten zählten. Das widerspricht der ursprünglichen *TCO*-Definition von Link und Stueve (1994).

Die widersprüchlichen Befunde hinsichtlich eines Zusammenhangs von *TCO*-Symptomen und Gewaltverhalten sind nicht zuletzt durch die verschiedenen Studiendesigns,

Stichprobenzusammensetzungen, Erhebungsinstrumente und Definitionen von zentralen Begrifflichkeiten wie Gewalt und *TCO* selbst begründet (Stompe, 2011). So besteht die *TCO*-Definition bei den meisten Autoren aus lediglich drei bis vier Kriterien oder Fragen, was zu einer unzureichenden Erfassung der betreffenden psychopathologischen Symptome führen kann (Nederlof et al., 2011). Die verschiedenen Definitionen von *TCO* sind in Tabelle 1 zusammenfasst.

Tabelle 1, *TCO-Definitionen der verschiedenen Autoren*

Autoren	TCO-Definition
Link und Stueve (1994)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrolle von Gedanken 2. Gedankeneingebung 3. Wahnhafte Überzeugung, dass Andere einem Schaden zufügen wollen
Swanson et al. (1996)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrolle von Gedanken und Handlungen 2. Gedankeneingebung und -entzug 3. Vergiftungswahn oder andere wahnhafte Überzeugung, verletzt zu werden 4. Verfolgungswahn
Link et al. (1998)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrolle von Gedanken 2. Gedankeneingebung 3. Wahnhafte Überzeugung, dass Andere einem Schaden zufügen wollen 4. Verfolgungswahn 5. Wahnhafte Überzeugung, von äußeren Mächten kontrolliert zu werden
Appelbaum et al. (2000)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrolle von Gedanken und Handlungen von äußeren Mächten 2. Gedankeneingebung 3. Gedankenentzug 4. Gefühl, hypnotisiert, verzaubert oder bestrahlt zu werden 5. Gefühl, ausspioniert zu werden 6. Gefühl, verfolgt zu werden 7. Wahnhafter Glaube Teil von geheimen Experimenten und Tests zu sein 8. Vergiftungs- oder andere akute Bedrohungsideen
Stompe et al. (2004)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verfolgungs- und/oder Vergiftungswahn sowie andere wahnhafte Überzeugungen, dass Leib und Leben bedroht seien 2. Gedankenentzug 3. Gedankeneingebung 4. Wahnhafte Überzeugung, dass äußere Mächte die eigenen Gefühle, Handlungen und Wünsche steuern
Kröber (2008)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unmittelbares subjektives Erleben von Bedrohung (Verfolgung, Bestrahlung, Vergiftung) 2. Kontrolliertsein von äußeren Mächten (Gedankenentzug, Gedankenbeeinflussung) 3. Ausgeliefertsein und beginnende Überwältigung (Ich-Verlust, Untergang)
Nederlof et al. (2011), <i>TCOQ</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Other people have tried to poison me or to do me harm. 2. Someone has deliberately tried to make me ill. 3. Other people have been secretly plotting to ruin me. 4. Someone has had evil intentions against me. 5. I have the thought that I was being followed for a special reason. 6. People have tried to drive me insane. 7. I am under the control of an external force that determines my actions. 8. Other people control my way of movements. 9. Other people can insert thoughts into my head. 10. My thoughts are dominated by an external force. 11. I have the feeling that other people can determine my thoughts. 12. Other people can insert thoughts into my mind. 13. I have the feeling that other people have control over me. 14. My life is being determined by something or someone except for myself.
Stompe (2011)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Systematisierter Verfolgungs- oder Vergiftungswahn einhergehend mit massiver Todesdrohung durch konkrete Personen oder Personengruppen 2. Diffuses Bedrohungserleben (abgehört/beobachtet zu werden) 3. Gedankenentzug und/oder -eingebung, Gedankenlautwerden sowie Halluzinationen (imperative, kommentierende, dialogisierende Stimmen, Körperhalluzinationen)
Stompe et al. (2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Systematisierter Verfolgungs- oder Vergiftungswahn einhergehend mit massiver Todesdrohung durch konkrete Personen oder Personengruppen 2. Gedankenentzug 3. Gedankeneingebung 4. Wahnhafte Überzeugung, dass äußere Mächte die eigenen Gefühle, Handlungen und Wünsche steuern

Anmerkungen:

TCO – Threat/Control-Override; TCOQ – Threat/Control-Override Questionnaire.

Während Gedankenentzug, Fremdkontrolle (*movement control*) und Verfolgungsideen bei Link und Stueve (1994) kein Teil des *TCO*-Komplexes bilden, gehören diese Symptome bei Swanson et al. (1996) zur *TCO*-Definition. Die Autoren um Appelbaum (2000) differenzieren das Gefühl der Fremdbeeinflussung weiter aus: Das Gefühl hypnotisiert, verzaubert, bestrahlt, ausspioniert oder verfolgt zu werden und ein wahnhafter Glaube Teil von geheimen Experimenten und Tests zu sein. Stompe (2011) definiert *Threat* als systematisierten Verfolgungs- und/oder Vergiftungswahn verbunden mit der wahnhaften Überzeugung, dass Leib und Leben durch konkrete Personen oder Personengruppen bedroht sind sowie als diffuses Bedrohungserleben (abgehört/beobachtet zu werden). Er differenziert in Übereinstimmung mit der Definition von Swanson et al. (1996) zwischen Vergiftungs- und Verfolgungswahn.

Control-Override-Symptome werden von Stompe (2011) in Anlehnung an die Schneiderschen Erstrangsymptome mit Gedankenentzug und/oder -eingung, Gedankenlautwerden sowie Halluzinationen (imperative, kommentierende, dialogisierende Stimmen, Körperhalluzinationen) definiert. Später präziserte Stompe (2018) die *Threat*-Symptomatik als eine besonders bedrohliche Form des Verfolgungswahns, bei dem der Patient der Überzeugung ist, dass sein Leib und Leben akut bedroht werden.

Kröber (2008) beschreibt den *TCO*-Symptomkomplex als „sehr akute paranoid-halluzinatorische Symptomatik“, die mit existentieller Bedrohung und Selbstverlust in kognitiv komplexen, emotional bedeutsamen und aggressiv aufgeladenen Situationen einhergeht. Nederlof et al. (2011) haben mit ihrem *Threat/Control-Override Questionnaire (TCOQ)* die bislang ausführlichste Definition erstellt: Die ersten sechs Fragen bilden die *Threat*-Symptomatik ab, die folgenden acht Fragen die *Control-Override*-Symptome (Tabelle 1).

Zusammenfassend kann der *TCO*-Komplex als ein Kondensat verschiedener schizophrenietypischer, jedoch nicht schizophreniespezifischer Symptome verstanden werden, deren endgültige Definition weiterhin ausstehend ist und dessen Vorhersagewert für Gewalttaten schizophrener Patienten umstritten bleibt. Ein positiver Zusammenhang scheint zwischen der *Threat*-Symptomatik und schweren Gewalttaten oder Tötungsdelikten zu bestehen.

5.1.6 Tatmerkmale

Stompe und Schanda (2018) publizierten mit ihrer retrospektiven Untersuchung über Tatmerkmale schizophrener Tötungsdelinquenten, die zwischen 1985 und 2006 im

österreichischen Maßnahmenvollzug untergebracht waren ($n = 98$), erstmals Daten aus dem deutschsprachigen Raum.

Sie fanden, dass die meisten Tötungsdelikte in den Nachmittagsstunden zwischen 13 Uhr und 16 Uhr verübt wurden. Diese Tageszeit steht im Widerspruch zu den Tatzeitpunkten gesunder Tötungsdelinquenten, die vorrangig zwischen 20 Uhr und 4 Uhr morgens töten.

Etwa 60 % der Tötungsdelikte schizophrener Patienten finden im privaten Raum statt. Dann waren mehrheitlich Familienmitglieder und Bekannte betroffen. Im öffentlichen Raum waren eher Fremde die Opfer.

Nichtpsychotische Tatmotive waren vor allem Konflikte im Tatvorfeld (knapp 35 %), gefolgt von Eskalationen und Impulstaten (je etwa 16 %). Sexualität (etwa 8 %) und Rache (etwa 4 %) waren als Tatmotive deutlich seltener vertreten. Eifersucht oder Tötung zur Verdeckung anderer Delikte kamen in der Stichprobe von Stompe und Schanda (2018) nicht vor.

Die psychotischen Tatmotive waren insgesamt häufiger vertreten, allem voran der Verfolgungswahn mit dem Gefühl vitaler Bedrohung (61,2 %) und imperative Stimmen (34,7 %).

Letztlich waren psychotische und nichtpsychotische Tatmotive miteinander verwoben und lagen oft nebeneinander vor.

Bezüglich der verwendeten Tatwaffen fanden Stompe und Schanda (2018), dass in über 60 % der Tötungsdelikte Messer, Äxte oder Hacken verwendet wurden; meist Tatwaffen, die dem Täter im Tatmoment spontan zur Verfügung standen. Bei knapp 15 % der Taten kamen Schusswaffen zum Einsatz und in etwa 6 % wurde mit der eigenen Körperkraft getötet. Über drei Viertel der Tötungsdelikte wurden ohne Vorbereitungen durchgeführt und auch bei den restlichen Taten kam es allenfalls zum Besorgen von Waffen und nicht zu umfangreicheren Tatvorbereitungen. Die Tötung selbst lief in den meisten Fällen zügig ab; lediglich bei knapp einem Viertel der schizophrenen Tötungsdelinquenten kam es zu ausgedehnten Tötungen mit teilweise rituellen Handlungen am Tatort oder Opfer.

Hinsichtlich des Nachtatverhaltens fanden Stompe und Schanda (2018), dass der Großteil der Tötungsdelinquenten nach der Tat am Tatort verblieb; nur etwa 30 % der Täter entfernten sich nach Begehung der Tat vom Tatort. In keinem Fall wurde versucht, die Tat zu verschleiern. Gleichwohl gab es nur wenige Selbststeller (etwa 10 %).

5.1.7 Täter- und Tattypologien

Kröber (2008) hat auf Grundlage von Fallanalysen schizophrener Taten 15 Risikofaktoren für Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis formuliert. Sie ergeben sich sowohl aus allgemeinen Kriminalitäts- und prämorbidem Risikofaktoren sowie aus der zum Tatzeitpunkt vorherrschenden Psychopathologie. Für das Ergebnis einer erhöhten Gefährlichkeit sei dabei keine Addition der auffälligen Merkmale nötig, sondern das Zutreffen eines Merkmals gebe bereits Anlass zur Prüfung eines weiteren Interventionsbedarfs. Die Anwendung dieser Risikoevaluation in der stationären und ambulanten Allgemein- und Sozialpsychiatrie könne einen Fortschritt in der Gewaltprävention bei schizophren erkrankten Patienten darstellen. Eine systematische Überprüfung der Risikofaktoren ist noch ausstehend:

1. „Frühere rechtswidrige Taten, insbesondere frühere Gewalttaten (zu erfahren durch Befragung, Fremdanamnese, polizeiliche Mitteilungen), frühere Ermittlungsverfahren und Verurteilungen;
2. Schizophrene Erkrankung, insbesondere vom paranoiden Typus, mit zeitweilig produktiv psychotischer Symptomatik (im Sinne von TCO Symptomen: Verfolgungswahn, Auflösung der Ichgrenzen und der Meinhaftigkeit, Gefühlen der Fremdkontrolle und der Überwältigung);
3. Stark feindselige, manichäische, destruktive Wahnthematik mit intensivem Erleben existentieller Bedrohung;
4. Leibhalluzinationen und quälende Zoenästhesien, die den Verfolgern zugeschrieben werden;
5. Hoher Angstpegel, Gespanntheit, Misstrauen und Feindseligkeit, zunehmende Verworrenheit, hohe akute Wahndynamik;
6. Identifizierung nahestehender Personen als solche, die vom Feind beherrscht und instrumentalisiert sind (der Feind steht plötzlich im eigenen Lager);
7. Eigene Gewaltdrohungen, Ankündigung finaler Auseinandersetzungen, bedingte und unbedingte Tötungsankündigungen, Besorgen von Waffen, Tragen von Waffen;
8. Frühere Suizidversuche, jetzige Suizidankündigungen (sie sind stets auch Indikator des Risikos fremdaggressiven Verhaltens);
9. Comorbider Substanzmissbrauch, führend sind Cannabis und Alkohol, auch und gerade wenn seit einigen Tagen plötzlich abstinent;
10. Bizarre, nicht strafbare Fehlhandlungen gegenüber anderen, z.B. plötzliches Anfassen von Kindern, Lärmen, erkennbare aggressive Gespanntheit, chaotisches Verhalten;
11. Soziale Depravation (Obdachlosigkeit, Hunger, körperliche Verwahrlosung, Betteln, Kleinkriminalität);
12. Vorlaufende Dissozialität seit Kindheit oder Jugend, dissoziales Verhalten nach Remission im Intervall;
13. Fehlende Therapeuten- und Medikamentencompliance, geringe Absprachefähigkeit;
14. Extremes Einzelgängertum und große Verschlossenheit; (bei psychomotorisch ruhigen, besonnen agierenden Tätern fällt manchmal die Diskrepanz auf zwischen großer Kühle und Emotionslosigkeit bei gleichzeitiger Verbalisierung äußerst brutaler Vernichtungsphantasien – in der Täter- oder Opferrolle);
15. Therapiefeindliches soziales Umfeld (v. a. Angehörige, Sekten etc.), das von einer Kooperation mit der Psychiatrie und sozialen Hilfesystem abrät und Behandlungspläne sabotiert.“ (Kröber, 2008)

Habermeyer und Lau (2012) haben diese Risikomerkmale fortentwickelt und sehen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ein besonderes Risiko für Gewaltdelikte, wenn diese:

1. „wiederholt im Rahmen akuter Krankheitsphasen gewalttätig wurden,
2. im Kontext dieser Gewalthandlungen Waffen eingesetzt haben,
3. ihre Gewalthandlungen durch Wahnsymptome der Verfolgung und insbesondere leiblichen, Beeinträchtigungen begründet haben,
4. eine Tötungsabsicht oder massive Verletzungsabsicht bzw. einen sexuellen Übergriff vorhatten,
5. eine Vorgeschichte mit Gewaltdelinquenz auch unabhängig von der Schizophrenie aufweisen,
6. einen massiven Drogenabusus aufweisen und intoxikiert Gewalt eingesetzt haben,
7. wiederholt ihre Behandlung eigenmächtig beendet bzw. die Medikation eigenmächtig reduziert oder abgesetzt haben,
8. einen erheblichen sozialen Abstieg erlitten haben und vor ungeklärten privaten, Wohn- und Arbeitsverhältnissen stehen,
9. Gewalt angedroht haben,
10. im Vorfeld Suizidhandlungen begangen haben,
11. eine Vorgeschichte, bizarrer, möglicherweise auch nicht strafbarer Fehlhandlungen aufweisen, einen sozialen Rückzug und eine massive Verschlossenheit aufweisen.“ (Habermeyer & Lau, 2012)

Auffallend ist, dass Habermeyer und Lau (2012) im Vergleich zu Kröber (2008) deutlich weniger Fokus auf die vorherrschende Psychopathologie legen. Lediglich Verfolgungswahn, leibliches Beeinträchtigungserleben, sozialer Rückzug, Verschlossenheit und bizarre Fehlhandlungen werden benannt. Die von Kröber aufgeführten psychopathologischen Symptome der Auflösung der Ich-Grenzen und Meinhaftigkeit, der Gefühle von Fremdkontrolle und Überwältigung, einer stark feindseligen, manichäischen, destruktiven Wahnthematik mit dem Erleben existentieller Bedrohung und hoher akuter Wahndynamik, Leibhalluzinationen, Zoenästhesien, Angst, Gespanntheit, Misstrauen, Feindseligkeit, Verworrenheit und Personenverkenning, kommen in Habermeyer und Laus Risikomerkmale nicht vor. Stattdessen liegen die Schwerpunkte bei einem massiven Drogenabusus und der sozialen Desintegration des Patienten.

Die Autoren sehen ein Gewaltrisiko bereits dann, wenn der Patient einen sozialen Abstieg durchgemacht hat und mit ungeklärten privaten, Wohn- und Arbeitsverhältnissen konfrontiert ist. Bei Kröber (2008) ist dieses Merkmal schärfer formuliert – ein Gewaltrisiko liegt erst bei weiterer Eskalation der sozialen Desintegration vor (Obdachlosigkeit, Hunger, körperliche Verwahrlosung, Betteln, Kleinkriminalität). Außerdem stellt bei Habermeyer und Lau (2012)

bereits die frühere Tötungsabsicht ein Risikofaktor für ein drohendes Gewaltdelikt dar. Bei Kröber wird diesbezüglich nur das tatsächlich stattgefundene Delikt benannt.

Zusammenfassend konzentrieren sich Kröbers (2008) Risikofaktoren deutlicher auf die Psychopathologie des Patienten und greifen bei Merkmalen der sozialen Desintegration erst später. Habermeyer und Lau (2012) hingegen legen ihren Fokus auf den komorbiden Substanzkonsum und die soziale Desintegration der Patienten.

Kröber differenziert außerdem drei Typen von schizophrenen Gewaltdelinquenten: 1. Den Typus, der impulsiv und in wahnhafter Verkennung nicht oder nur kurzfristig vorbereitet aus der akuten psychotischen Überwältigung (*TCO*) heraus handelt. 2. Den Typus des chronisch Schizophrenen, dessen Tat lange vorbereitet ist, der geschickt an ihrer Durchführung arbeitet und sich bewusst der Strafverfolgung entziehen möchte. 3. Den Typus des sozial Verwahrlosten, der oft im Rahmen eines schizophrenen Residualzustands Delikte geringerer Intensität begeht, um seinen Lebensunterhalt zu sichern (Kröber, 2008; 2014).

Stompe (2013) hat eine auf narrativen Interviews und der Aufarbeitung von Kranken- und Gerichtsakten basierende Typologie von schizophrenen Tötungsdelikten entworfen. Sie setzt sich aus Tatmotiv, psychotischer und affektiver Symptomatik und dem Tatablauf zusammen: Die „Tötung als wahnhafte Notwehr“ begehen Patienten mit akut bedrohlichem paranoiden Erleben, Verfolgungswahn und imperativen oder kommentierenden akustischen Halluzinationen. Der Affekt ist dabei gereizt, die Stimmung dysphorisch. Im Rahmen des vital bedrohlichen Wahnerlebens werde im Tatvorfeld nicht selten erfolglos die Polizei kontaktiert, woraufhin der Patient beschließt, sich eigenmächtig zur Wehr zu setzen. In diesem Zusammenhang komme es im Tatvorfeld zum Besorgen und Tragen von Waffen.

Der „katatone Overkill“ zeichnet sich durch ein besonders hohes Maß an Gewalt aus (katatoner Raptus) und sei seltener als die Tötung aus wahnhafter Notwehr. Das akut bedrohliche paranoide Erleben gehe bei diesem Typ über die vermeintliche Gefährdung des Patienten selbst hinaus und betrifft nicht selten die gesamte Menschheit. Die Bedrohung geht dabei von bösen übermenschlichen Mächten aus. Es kommt zu Ich-Verlust, wahnhafter Personenverkennung, Überwältigung und großer Angst. Die Tatwaffen sind häufig Hieb- und Stichwaffen und während der Tatausübung kann es zu rituellen Handlungen kommen, um sich von den dämonischen Mächten zu befreien. Dabei kann der Tatablauf bis zu einer Stunde lang sein.

In beiden Tattypen sind die Täter auch nach Ausübung davon überzeugt, die Tat sei der einzige Ausweg gewesen, um sich selbst und gegebenenfalls sogar die gesamte Menschheit zu retten.

Beim dritten Typ kommt es zu einem „eskalierenden Konflikt“, der unabhängig von der psychotischen Symptomatik vorliegt. Auslöser sind reale Konflikte wie Eifersucht oder Rache. Der Patient tötet im Rahmen seiner affektiven Verflachung und kognitiven Defizite. Die Tatwaffe ist dabei beliebig und die Tat verläuft relativ kurz (Stompe, 2013).

5.2 Gewalt und Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

In Deutschland haben etwa 6 % der Gesamtbevölkerung ein klinisch relevantes Alkoholproblem (Atzendorf et al., 2019). Die Lebenszeitprävalenz für den Konsum illegaler Drogen liegt bei einem Viertel bis die Hälfte der Bevölkerung (Wendt & Kröber, 2006).

Bei Patienten mit Suchtproblematik ist das Risiko für die Begehung schwerer Gewaltdelikte erhöht (Duke et al., 2017; Kuhns et al., 2014; Shaw et al., 2006; Wiczorek et al., 1990).

Im Jahr 2014 stand ein Drittel aller tatverdächtigen Tötungsdelinquenten unter dem Einfluss von Alkohol (BKA, 2014); es ist die am häufigsten konsumierte Substanz unter Tötungsdelinquenten (Ellickson et al., 2003; Scott et al., 1999; Wells & Graham, 2003). Darüber hinaus sind Kokain, Cannabis und Methamphetamine mit schweren Gewaltdelikten assoziiert, wobei diese Substanzen eher von jüngeren Patienten konsumiert werden (Fendrich et al., 1995; Shaw et al., 2006; Wiczorek et al., 1990). Bei regelmäßigem Konsum der genannten Psychostimulanzien ist außerdem ein erhöhtes Risiko für paranoid-halluzinatorisches Erleben belegt, welches das Risiko für die Begehung schwerer Gewaltdelikte ebenfalls erhöht (Darke et al., 2008; McKetin et al., 2006, 2008).

Der Konsum von Opioiden hingegen birgt kein erhöhtes Risiko für schwere Gewalt- oder Tötungsdelikte (Hoaken & Stewart, 2003).

Die Angaben zum Einfluss von Alkohol und Drogen auf Tötungsdelikte weichen deutlich voneinander ab: Etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Tötungsdelinquenten standen zum Tatzeitpunkt unter dem Einfluss von Alkohol (Darke, 2010; Holcomb & Anderson, 1983; Kuhns et al., 2014; Shaw et al., 2006; Wiczorek et al., 1990). Etwa 10 % (Wiczorek et al., 1990) bis 40 % (Holcomb & Anderson, 1983; Shaw et al., 2006) aller Tötungsdelinquenten standen zum Tatzeitpunkt unter dem Einfluss von Drogen.

Whiting et al. (2021) beschreiben ein erhöhtes Risiko von über 10 % für die Begehung schwerer Gewaltdelikte von Patienten mit Suchtproblematik.

Goldstein (1985) fasste in den 1980er Jahren drei wesentliche Begründungszusammenhänge für die bestehende Assoziation von Gewalt und Substanzkonsum zusammen: Zum einen geht das Gewaltrisiko – vermittelt über psychische Auswirkungen auf Kritikfähigkeit und Affektregulation – von der Psychopharmakologie der einzelnen Substanzen aus. Zum anderen würden Handlungen aufgrund der besonderen ökonomischen Zwänge im Rahmen des Substanzkonsums zu einem erhöhten Gewaltverhalten beitragen (Beschaffungskriminalität). Der dritte Zusammenhang setze sich aus systemischen Faktoren zusammen, die Besonderheiten des Milieus, der Konsumumgebung und des Drogenmarktes abbilden. Die beiden letzteren Begründungszusammenhänge sind vor allem bei illegalen Drogen zu berücksichtigen, obwohl insbesondere bei den psychoaktiven Substanzen auch der unmittelbare Einfluss der Psychopharmakologie einen erheblichen Einfluss auf das Risiko für Gewalt und Tötungsdelikte darstellt.

Laut Wieczorek et al. (1990) stellen Goldsteins systemische Gründe die häufigste Ursache für Tötungsdelikte bei Patienten mit Suchtproblematik dar.

Kürzlich fanden Nielssen et al. (2022) in ihrer retrospektiven Untersuchung aller schuldunfähigen Tötungsdelinquenten aus dem australischen New South Wales aus den Jahren 1993 bis 2016 ($n = 169$), dass 60,7 % der Probanden zum Indextatzeitpunkt eine Abhängigkeitsdiagnose aufwiesen. Diese Angaben schließen jedoch komorbide Abhängigkeitsdiagnosen ein; knapp 90 % der Probanden litten primär unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Etwa die Hälfte betrieb multiplen Substanzkonsum, wobei Cannabis und Alkohol die Hauptsubstanzen waren. Eine hauptdiagnostische Abhängigkeitsdiagnose wiesen knapp 6 % der 169 Tötungsdelinquenten auf.

Shaw et al. (2006) untersuchten alle Tötungsdelinquenten aus dem Zeitraum 1996 bis 1999 in England und Wales ($n = 1594$) und fanden, dass bei etwa 40 % ein Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit und bei ebenso vielen ein Drogenmissbrauch bzw. eine Drogenabhängigkeit vorlag. Tötungsdelinquenten mit Substanzkonsum waren meist ohne Arbeitsverhältnis, ohne feste Partnerschaft und wiesen eine auffällige Delinquenzgeschichte auf. Ihre Opfer waren häufiger männlich und unbekannt. Zudem waren psychiatrische Komorbiditäten verbreitet, insbesondere bestimmte Persönlichkeitsstörungen, wie die dissoziale oder die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ.

Eine andere australische Studie zu Alkohol- und Drogenkonsum bei Tötungsdelinquenten macht etwas niedrigere Angaben: Über ein Drittel der Tötungsdelinquenten wies starke

Alkoholprobleme und etwa ein Drittel starke Drogenprobleme auf; knapp 20 % betrieben multiplen Substanzmissbrauch. Die Studie unterschied dabei zwischen Probanden, die während der Begehung des Indexdelikts „lediglich“ intoxikiert gewesen sind und denjenigen, die einen starken chronischen Substanzkonsum (über mindestens ein Jahr vor Begehung des Indexdelikts) aufwiesen. Die Probanden mit starkem chronischen Konsum wiesen häufiger eine kriminelle Vorgeschichte, ein niedrigeres Bildungsniveau, finanzielle Probleme sowie Konflikte in der Kernfamilie auf. Außerdem waren ihnen ihre Opfer zuvor meist unbekannt. Die Gruppe der Probanden mit multipltem Substanzmissbrauch wies die größten Auffälligkeiten hinsichtlich krimineller Vorgeschichte und deprivierter Kindheit auf (Eriksson et al., 2021).

Bezüglich der Tatausgestaltung suchtkranker Tötungsdelinquenten fanden Kuhns et al. (2014) in ihrer Metaanalyse, dass signifikant seltener Schusswaffen als Tatwaffe genutzt wurden. Kröber und Trofimova (2022) führen auf, dass Schusswaffen vornehmlich bei kriminellen Tötungsdelikten und in der organisierten Kriminalität genutzt werden; Messer hingegen eher im Rahmen „privater“ Konflikte. Die Tötungsdelinquenten aus der Metaanalyse von Kuhns et al. (2014) töteten eher mit stumpfen oder scharfen Waffen. Außerdem war der Konsum illegaler Drogen vor dem 25. Lebensjahr am verbreitetsten und nahm nachfolgend sukzessive ab, sodass es kaum Tötungsdelinquenten mit illegalem Substanzkonsum jenseits des 44. Lebensjahres gab. Bezüglich des Alkoholkonsums bestand ein umgekehrtes Verhältnis.

Lindqvist (1991) untersuchte 71 schwedische Tötungsdelinquenten mit missbräuchlichem Substanzkonsum oder Substanzabhängigkeit; ausgeschlossen waren Probanden mit komorbiden psychotischen Störungen, emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ und nicht alkoholbedingten hirnrorganischen Störungen. Er fand eine hohe Rate an anderen komorbiden Persönlichkeitsstörungen sowie alkoholbedingten hirnrorganischen Störungen. Bis auf einen Konsumenten illegaler Drogen waren zum Indextatzeitpunkt alle Probanden intoxikiert. Außerdem fand Lindqvist (1991), dass fast alle Opfer selbst Substanzkonsumenten, Teil des Milieus oder Bekannte bzw. (Ex-)Partner waren. Nur fünf Opfer von Probanden mit Alkoholabhängigkeit waren Unbekannte. Bei den Probanden mit illegalem Drogenkonsum war hingegen knapp die Hälfte der Opfer unbekannt und in den meisten Fällen deutlich älter als die Täter.

Über die Hälfte der untersuchten Tötungsdelinquenten wuchs unter broken-home Bedingungen auf und etwa ein Drittel hatte mindestens ein substanzkonsumierendes Elternteil. Über 90 % hatten keine Berufsausbildung und über drei Viertel der Probanden waren zum

Indextatzeitpunkt ohne Arbeitsverhältnis. Jeweils etwa die Hälfte der untersuchten Tötungsdelinquenten lebte in einer festen Partnerschaft und hat zuvor bereits Gewaltdelikte begangen. Knapp 90 % der Probanden hatten in der Vergangenheit bereits stationär-psychiatrische Aufenthalte.

Bezüglich der Tatmotive gingen bei über zwei Drittel der Tötungsdelikte Streit mit dem Opfer voraus; in etwa 10 % der Fälle handelte es sich um Raubmord, Rache oder Tötung aufgrund psychotischer Verkennung. Insgesamt gingen den alkoholassozierten Delikten mehr Streit-situationen voraus als den drogenassozierten Delikten. Alle Raubmorde wurden von Konsumenten illegaler Drogen begangen. Nahezu alle alkoholassozierten Delikte wurden in den privaten Wohnräumen der Opfer oder Täter begangen, während die drogenassozierten Delikte häufiger im öffentlichen Raum begangen wurden. Bezüglich der Tatwerkzeuge unterschieden sich die beiden Substanzgruppen nicht: In knapp der Hälfte der Delikte wurden Messer oder eigene Körpergewalt als Tatwaffen genutzt. Sonstige Tatwerkzeuge waren Schusswaffen, Strangulation oder Elektrizität (Lindqvist, 1991).

In ihrer retrospektiven Beobachtungsstudie mit 3.930 Tötungsdelinquenten aus England und Wales fanden Rodway et al. (2009), dass Patienten mit Alkoholabhängigkeit häufiger körperliche Gewalt als Tatwerkzeug anwandten und die Opfer mehrheitlich Bekannte waren. Im Gegensatz dazu haben Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vornehmlich Familienmitglieder in der Häuslichkeit mit scharfen Gegenständen getötet.

In der Studie von Spunt et al. (1995) wurden 268 Tötungsdelinquenten in Gefängnissen des Bundesstaats New York, USA, interviewt, um deren Drogenkonsum und die Auswirkungen auf den Tathergang zu untersuchen. Bis auf drei Frauen waren alle Täter männlich und knapp drei Viertel waren jünger als 30 Jahre. 60 % lebten ohne feste Partnerschaft und über die Hälfte der Probanden war zum Indextatzeit ohne Arbeitsverhältnis. 65 % aller Probanden gaben an, vor Tatbegehung abhängig von einer Substanz gewesen zu sein und über die Hälfte der Probanden gab an, während der Indextatbegehung unter dem Einfluss einer Substanz gestanden zu haben. Eine Abhängigkeit lag bei etwa einem Drittel der Probanden vor. Etwa die Hälfte betrieb multiplen Substanzkonsum. Am häufigsten waren Alkohol, gefolgt von Kokain, Heroin und Cannabis, vertreten. Letztlich gab etwa ein Drittel aller Probanden an, dass das Tötungsdelikt im unmittelbaren Zusammenhang (Intoxikation, Craving) mit dem Substanzkonsum gestanden habe.

Holcomb und Anderson (1983) fanden in ihrer retrospektiven Vergleichsstudie mit vier Teilstichproben (Tötungsdelinquenten ohne Substanzkonsum, mit ausschließlichem Alkoholkonsum, mit multiplem Substanzkonsum und mit ausschließlichem Drogenkonsum), dass Patienten mit multiplem Substanzkonsum im Vergleich zu den drei anderen Gruppen vermehrt Overkill begingen und häufiger aus broken-home Verhältnissen stammten.

Maaß et al. (2016) fanden, dass abhängigkeiterkrankte Tötungsdelinquenten im Vergleich zu Abhängigkeiterkrankten mit leichten Delikten bei Erstinhaftierung jünger waren, weniger Eintragungen im Bundeszentralregister und einen signifikant niedrigeren Intelligenzquotienten aufwiesen.

Zusammenfassend bietet die verfügbare Literatur zahlreiche, teils divergierende Daten über den Nexus von Alkohol, illegalen Drogen und Gewaltverhalten. Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum und Studien zu hauptdiagnostisch suchtkranken Delinquenten sind jedoch limitiert.

5.3 Gewalt und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Knapp die Hälfte der nach § 63 StGB in einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs untergebrachten Patienten weist Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf (Leygraf, 2006); davon etwa 10 % als Hauptdiagnosen (Müller et al., 2017).

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) umfasst eine Vielzahl an Persönlichkeitsstörungen und -änderungen. Außerdem umfassen die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auch die Störungen der Sexualpräferenz.

Jenseits der ICD-10-Klassifikation bietet sich für eine Übersicht über die verschiedenen Typen von Persönlichkeitsstörungen die Cluster-Einteilung der DSM-V-Klassifikation (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) an: Cluster A umfasst die sonderbar-exzentrischen Persönlichkeitsstörungen. Betroffene zeichnen sich durch eine eingeschränkte emotionale Teilhabe, Distanziertheit und verzerrte Wahrnehmungsdeutung aus. Zu ihnen gehören die paranoide, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung.

Cluster B umfasst die dramatisch-launisch und emotionalen Persönlichkeitsstörungen, die sich durch besonders emotionales Erleben und impulsives Verhalten auszeichnen. Zu ihnen zählen

die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, die histrionische, die narzisstische und die antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Cluster C umfasst die ängstlich-furchtsamen, vermeidenden Persönlichkeitsstörungen mit der dependenten, der vermeidenden, der passiv-aggressiven und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist in der ICD-10 unter den anderen spezifischen Persönlichkeitsstörungen kodiert.

Während die Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung mit Werten zwischen 1 % und knapp 15 % angegeben wird, finden sich bei delinquenten Stichproben mit bis zu 80 % weitaus höhere Prävalenzen (Coid et al., 2006; Coid, 2011; Grant et al., 2004; Morana et al., 2006; Piselli et al., 2015). Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ein erhöhtes Risiko für die Begehung von schweren Gewalt- und Tötungsdelikten besteht. Die Metaanalyse von Yu et al. (2012) gibt ein dreifaches Risiko an und Eronen et al. (1996a) fanden, dass das Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung sogar mit einem zwölffachen Risiko einhergeht.

Die Angaben zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Tötungsdelinquenten schwanken zwischen 33 % (Eronen et al., 1996b) und 70 % (Putkonen et al., 2001). Später haben Putkonen et al. (2004) die Angaben auf 51 % korrigiert, wobei in 47 % der Fälle dissoziale Persönlichkeitsstörungen vertreten waren. Ähnliche Ergebnisse erzielten Hagelstam und Häkkänen (2006), in deren Stichprobe mit forensisch begutachteten Tötungsdelinquenten bei der Hälfte der Delinquenten eine Persönlichkeitsstörung vorlag.

Kürzlich fanden Swinson et al. (2021) in ihrer Stichprobe mit 600 Tötungsdelinquenten eine Prävalenz hauptdiagnostischer Persönlichkeitsstörungen von 35 %. Sie fanden zudem, dass die Tat- und Delinquenzmerkmale „Tötung von Fremden“, „Waffenbesitz“ und „vorangegangene Gewaltdelikte“ signifikant mit dem Vorliegen einer schweren Persönlichkeitsstörung assoziiert waren.

Mit etwa der Hälfte der Hauptdiagnosen haben vornehmlich die Störungen aus Cluster B (emotional-instabile, dissoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörung) forensisch-psychiatrische Relevanz. Außerdem mit je etwa einem Viertel auch Störungen aus Cluster A und C (Fountoulakis et al., 2008; Herpertz et al., 2017; Leygraf, 2006; Sass, 2010). Zwar ist die dissoziale Persönlichkeitsstörung in forensischen Stichproben am häufigsten vertreten, jedoch sind Cluster A Störungen mit einem signifikant erhöhten Risiko für die Begehung von

Tötungsdelikten assoziiert. Dies gilt insbesondere für schizoide und schizotype Persönlichkeitsstörungen (Apostolopoulos et al., 2018; Beauregard & DeLisi, 2021; Fazel et al., 2002; Stone, 2001). Komorbider Substanzkonsum, insbesondere Alkoholkonsum, ist verbreitet und erhöht das Risiko persönlichkeitsgestörter Patienten für die Begehung schwerer Gewalt- und Tötungsdelikte zusätzlich (Beauregard & DeLisi, 2021; Fountoulakis et al., 2008; Morana et al., 2006; Putkonen et al., 2004).

Der Anteil an Patienten mit Sexualdelikten in deutschen Maßregelvollzügen beträgt etwa 20 % bis 38 % (Kröber, 2009; Müller et al., 2017). Gleichwohl wird der Großteil der Sexualdelikte in Deutschland von voll schulfähigen Tätern begangen, deren Sexualdelikte von einer meist umfassenden polytropen Delinquenzgeschichte begleitet sind (Kröber, 2009; Müller et al., 2017). Das wird auch durch die Strafverfolgungsstatistik bestätigt, aus der hervorgeht, dass nur etwa 1 % aller wegen Sexualdelikten verurteilten Täter anschließend nach § 63 StGB untergebracht werden. Die Einweisungsdelikte in den Maßregelvollzug sind dann meist sexueller Missbrauch von Kindern, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung oder sexuell motivierte Tötungsdelikte.

Sexuell motivierte Tötungsdelikte sind von anderen Tötungen, die mit sexuellen Handlungen einhergehen, abzugrenzen. Lediglich die als sexuell erregend empfundene Tötung wird als sexuell motivierte Tötung bezeichnet, nicht jedoch eine Vertuschungstötung nach stattgehabter Vergewaltigung, eine Tötung im Rahmen des Kampfes mit dem Vergewaltigungsopfer oder die Tötung aus Wut aufgrund vorheriger (sexueller) Ablehnung des Opfers.

Der Großteil der Tötungsdelikte in Verbindung mit einem Sexualdelikt wird als Verdeckungs- oder Ermöglichungstat begangen (Kröber, 2009). Die Angaben zum Anteil sexuell motivierter Tötungsdelikte an der Gesamtzahl der Sexualdelikte schwanken zwischen etwa einem Fünftel und 50 % aller Sexualdelikte (Firestone et al., 1998; Hill et al., 2007; Langevin et al., 1988).

Hill et al. (2007) fanden, dass bei 80 % der Delinquenten mit sexuell motivierten Tötungsdelikten Persönlichkeitsstörungen vorlagen. Diese waren vorrangig Cluster B Störungen, obgleich auch schizoide, vermeidende und sadistische Persönlichkeitsstörungen vertreten waren. Elsner und Leygraf (2010) betonen, dass auch häufig Intelligenzminderungen vorliegen. Sie beschreiben in Anlehnung an Pfäfflin (2004) zwei Tätergruppen bei Tötungsdelikten mit sexuellen Handlungen, die sich hinsichtlich Biografie, sexueller Entwicklung, Psychopathologie, Delinquenz und Tatkonstellation unterscheiden.

Bei der einen Gruppe handelt es sich um sexuelle Sadisten mit sexuell motivierten Tötungsdelikten, die oft bereits seit der Pubertät intensive sadistische sexuelle Fantasien haben. Äußerlich sind diese Täter meist unauffällig, sozial gut integriert und ohne nennenswerte Delinquenzgeschichte oder Dissozialität (Beauregard & DeLisi, 2021; Kröber 2009). Die Tatkonstellation ist gekennzeichnet von kontrolliertem Vorgehen und häufig rituellen Handlungen am Opfer. Außerdem geht der Tat meist eine ausführliche Vorbereitungs- und Planungsphase voraus, während der detailliert über das geplante Verbrechen fantasiert wird. Dies verschafft den Tätern bereits sexuelle Lust. Bei der Tat selbst werden oft mehrere Werkzeuge (Knebel, Stricke, Klebeband) gebraucht, um das Opfer in einem lang hingezogenen Tatgeschehen möglichst ausgiebig zu quälen, zu demütigen und zu verstümmeln und sich an diesem Leid sexuell zu befriedigen (Beauregard & DeLisi, 2021; Karakasi et al., 2017; Kröber, 2009).

Von einer „bloßen“ postmortalen Verstümmelung des Opfers dürfe jedoch nicht unmittelbar auf einen sadistischen Täter geschlossen werden. Es hat sich vielmehr gezeigt, dass sowohl bei der Hälfte der sexuell motivierten als auch bei der Hälfte der nicht sexuell motivierten Tötungsdelikte mit sexuellen Handlungen postmortale Verstümmelungen zu finden waren (Langevin et al., 1988).

Hill et al. (2006) fanden sieben Variablen, die sexuell motivierte Tötungsdelinquenten von Tötungsdelinquenten mit sexuellen Handlungen unterscheiden: das Vorliegen von Masochismus und einer sadistischen sexuellen Präferenzstörung, Vernachlässigung in der Kindheit, eigene sexuelle Missbrauchserfahrungen, gleichbleibende Tatvorbereitungen und Tatdurchführungen sowie lang hingezogene Taten.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um Ermöglichungs- oder Verdeckungsmörder, also um Tötungsdelinquenten mit sexuellen Handlungen. Diese haben oft seit der frühen Kindheit eine konflikthafte und auffällige Entwicklung genommen. Es besteht kein sexueller Sadismus, jedoch ein dissoziales, polytrop delinquentes und aggressiv-destruktives Verhalten mit unreifer Sexualität und hoher Promiskuität. Die Tatkonstellation dieser Tätergruppe erscheint daher impulsiv, nicht ritualisiert und affektiv stark aufgeladen (Elsner & Leygraf, 2010).

Es existieren uneinheitliche Aussagen zu den sozialen Rahmenbedingungen von Tätern mit sexuell motivierten Tötungsdelikten. Im Gegensatz zu den Befunden von Elsner und Leygraf (2010) fanden einige Autoren, dass diese Täter häufiger unter depravierten und verwahrlosten Bedingungen aufwuchsen. Nicht selten hätten sie in der Kindheit sexuellen Missbrauch,

destruktive Gewalt und Erniedrigung durch die eigenen Eltern erlebt (Briken et al., 2006; Fountoulakis et al., 2008; Hagelstam & Häkkänen, 2006; Häkkänen-Nyholm et al., 2009; Warren et al., 1996). In Übereinstimmung mit Elsner und Leygraf (2010) konnten andere Autoren diese Befunde nicht bestätigen (Dietz et al., 1990; Grazer & Bradford, 1995; Hagelstam & Häkkänen, 2006).

Uneinheitliche Aussagen liegen auch für die Bekanntheit mit dem Opfer vor: Es gibt sowohl Daten über vorwiegend fremde Opfer (Geberth & Turco, 1997; Porter et al., 2003) als auch über den Tätern mehrheitlich bekannte Opfer (Häkkänen-Nyholm et al., 2009).

Hill et al. (2007) stellten fest, dass – trotz der hohen Rate an Persönlichkeitsstörungen – nur etwa 20 % der sexuell motivierten Tötungsdelinquenten vor dem ersten Delikt in psychiatrischer Behandlung gewesen sind und lediglich die Hälfte dieser Patienten eine störungsspezifische Behandlung erhielt (Hill et al., 2007).

Aus der Übersichtsarbeit von Karakasi et al. (2017) geht hervor, dass das durchschnittliche Alter von Tötungsdelinquenten mit sexuellen Handlungen bei knapp 27 Jahren liegt. Ein Viertel der Täter lebt in Partnerschaft und hat eigene Kinder. Knapp ein Drittel war zum Tatzeitpunkt ohne Arbeitsverhältnis und 40 % der Täter lebten zum Tatzeitpunkt noch im Elternhaus. Während Frauen und Kinder am häufigsten durch Strangulation zu Tode gebracht wurden und eine nachträgliche Verstümmelung der Geschlechtssteile verbreitet war, wurden männliche erwachsene Opfer am häufigsten erschossen und postmortale Verstümmelungen waren eher selten. Die Opfer waren überwiegend Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 28 Jahren. 60 % der Opfer waren den Tätern zuvor unbekannt; es waren in erster Linie ältere Frauen, Kinder oder männliche Opfer (Karakasi et al., 2017). Bei weiblichen Täterinnen hingegen waren über 80 % der Opfer Familienmitglieder (insbesondere Kinder), Freunde, Bekannte oder Intimpartner (Carabellese et al., 2020; Karakasi et al., 2017). Die finnische Studie über Delinquenten mit sexuell motivierten Tötungsdelikten von Häkkänen-Nyholm et al. (2009) zeigte, dass diese Täter ebenfalls in einem Viertel der Fälle in Partnerschaft leben und eigene Kinder haben.

Kröber (2000; 2001) fand, dass komorbider Alkoholkonsum bei Sexualdelikten eine untergeordnete Rolle spielt: Die bei den Tätern gemessenen tatzeitnahen Blutalkoholwerte lagen meist unter 1,5 ‰. Nach Kröber sei die Selbstkontrolle des Delinquenten bei einem solchen Alkoholisierungsgrad noch erhalten.

Neben der sadistischen Störung ist die zweithäufigste Störung der Sexualpräferenz bei Tötungsdelinquenten die Pädophilie. Sie ist durch eine sexuelle Präferenz für vor- oder frühpubertäre Kinder gekennzeichnet. Es ist jedoch festzuhalten, dass sexuelle Übergriffe auf Kinder in weniger als der Hälfte der Fälle von pädophilen Tätern begangen werden und Tötungen durch pädophile Täter generell sehr selten sind. Der etwas größere Teil der Sexualstraftaten an Kindern wird von so genannten Gelegenheitstätern ausgeübt, welche die Wehrlosigkeit und leichte Verfügbarkeit von Kindern nutzen, um sich sexuelle Befriedigung zu verschaffen (Wendt & Kröber, 2005).

Pädophile Täter zeichnen sich im Vergleich zu anderen Gewaltdelinquenten durch eine weniger depravierte Kindheit aus. Sie stammen seltener aus broken-home Verhältnissen und erreichen oft einen Schul- und Berufsabschluss. Eigener sexueller Missbrauch in der Kindheit scheint zudem nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorzukommen. So stützen die von Kröber (2009) zitierten Befunde von Salter et al. (2003) die These, dass eigener sexueller Missbrauch in der Kindheit kein Prädiktor für die Entwicklung einer Pädophilie ist: Salter et al. (2003) untersuchten in ihrer prospektiven Studie 224 in der Kindheit sexuell missbrauchte Jungen, von denen 26 (11,6 %) später ebenfalls Sexualdelikte begingen; 17 Taten (7,6 %) waren auf Kinder bezogen.

In der Untersuchung von Wendt und Kröber (2005) werden die Lebensverläufe von 22 pädosexuellen Männern mit sexuellem Missbrauch an Kindern ausgewertet. Es konnte ein Rückgang sexueller Übergriffe auf Kinder ab dem 40. Lebensjahr beobachtet werden, obgleich das Bedürfnis nach sexueller Befriedigung fortbestand. Es ist anzunehmen, dass sich die Betroffenen in der zweiten Lebenshälfte eine weithin legale und zufriedenstellende Lebensumgebung aufgebaut haben und so die Nichterfüllung des sexuellen Verlangens besser ertrugen als noch in der ersten Lebenshälfte. Außerdem bestätigte sich der Befund, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit nicht häufiger erlebt wurde als in der Allgemeinbevölkerung. Jedoch haben 25 % der Probanden in der Kindheit Gewalt mit- oder selberlebt und es herrschte ein feindseliges Klima in der Primärfamilie (Wendt & Kröber, 2005).

Die soziale und berufliche Entwicklung war zunächst weitgehend unauffällig; zum sozialen Abstieg kam es oft erst nach der ersten Verurteilung. Bis zum 20. Lebensjahr wurden sich alle Probanden ihrer pädophilen Neigungen bewusst. Die Hälfte der Probanden versuchte, legale Partnerschaften einzugehen, sodass bei einigen – parallel zu pädosexuellen Handlungen – auch Sexualekontakte zu Erwachsenen stattfanden. Ebenfalls im Alter von etwa 20 Jahren wurden die

ersten Straftaten begangen. Etwa 20 % der Pädophilen begingen auch andere Delikte wie Eigentums- oder Verkehrsdelikte.

Im Gegensatz zu Gelegenheitstätern fand sich bei den pädophilen Tätern eine robuste präferierte Altersgruppe von neun bis 13 Jahren. Interessant ist auch, dass nur ein kleiner Teil (10 %) der pädosexuellen Täter bei der Ausübung ihrer Taten Gewalt (oder gar Tötungen) angewendet haben. Oft konnten die sexuellen Handlungen mit Überreden, Einschüchterung oder Gegenleistungen durchgesetzt werden (Wendt & Kröber, 2005).

6 Ziel der Arbeit und Fragestellungen

Befunde aus dem deutschsprachigen Raum über forensisch-psychopathologische und kriminologische Zusammenhänge von psychischer Krankheit und Tatbegehung sind nach dem Stand der aktuellen Forschung begrenzt. Obgleich zahlreiche multinationale Studien Informationen über die Stichprobe der forensischen Tötungsdelinquenten bereithalten, sind deren Ergebnisse nicht unmittelbar auf die Gruppe der forensischen Tötungsdelinquenten in Deutschland übertragbar. Zu verschieden sind die Rechts- und Gesundheitssysteme sowie die forensisch-psychiatrischen Versorgungsstrukturen der Länder. Selbst innerhalb Deutschlands weichen die Vollzugspraxen auf Länderebene stark voneinander ab (Traub & Weithmann, 2008). Überdies widersprechen sich die publizierten Ergebnisse hinsichtlich der Charakteristik forensischer Tötungsdelinquenten nicht selten und es besteht Uneinigkeit der Autoren über wesentliche Befunde. Bisweilen lassen sich gegensätzliche Befunde auch auf unterschiedliche Methoden im Studiendesign, abweichende Definitionen von Begrifflichkeiten (wie Gewalt oder Delinquenz) und psychiatrischen Störungsbildern oder die verschiedenen Gesellschafts- und Rechtsformen zurückführen, wodurch ein inhaltlicher Vergleich erschwert wird.

Obwohl Menschen mit psychischen Erkrankungen viel häufiger selbst Opfer von Gewalttaten werden, als dass sie Täter sind (De Vries et al., 2019), werden psychisch Kranke in Deutschland nach wie vor für gefährlich gehalten (Angermeyer et al., 2013). Dazu tragen die mediale Überrepräsentanz und Polarisierung in der Gesellschaft bei (Martino et al., 2012; McGinty et al., 2013; Schomerus & Riedel-Heller, 2020; Torrey, 2011). Das sorgt für Stigmatisierung und daraus resultierende Desintegration von psychisch Kranken und im Besonderen psychisch kranken Rechtsbrechern in unserer Gesellschaft. Ein umfassenderes Wissen über das heterogene Täterkollektiv der psychisch kranken Tötungsdelinquenten kann nicht nur eine Unterstützung bei der Identifizierung von Patienten mit hohem Gewaltrisiko sein, sondern auch einen Beitrag zur Entstigmatisierung der Betroffenen leisten (Martino et al., 2012; Schomerus & Riedel-Heller, 2020).

Kröber (2014) fasst hinsichtlich schizophrener Gewaltdelinquenten zusammen, dass nicht voneinander isolierte Symptome die Tat herbeiführen, sondern eine „tiefgreifende Daseinsabwandlung“ des Schizophrenen. In diesem Sinne soll das Ziel der Arbeit die Erhellung der Tätergruppe der forensischen Tötungsdelinquenten sowie die Unterscheidung der verschiedenen Gruppen von Tötungsdelinquenten vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen psychiatrischen Diagnosen sein.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich die zwei zentralen Fragestellungen:

1. Was sind die Merkmale forensischer Tötungsdelinquenten und ihrer Tötungsdelikte?

2. Worin unterscheiden sich die verschiedenen Diagnosegruppen hinsichtlich dieser Merkmale voneinander?

Aufgrund fehlender gesicherter und eindeutiger empirischer Erkenntnisse über das Kollektiv forensischer Tötungsdelinquenten in Deutschland, werden die Variablen in dieser Arbeit explorativ untersucht. Aus der in der Einleitung vorgestellten Datenlage zum Zusammenhang von Gewalt und psychischer Störung oder Krankheit geht jedoch hervor, dass sich forensische Tötungsdelinquenten in psychiatrischen Diagnosen, sozialen Merkmalen, Krankheitsverläufen und Merkmalen der Indextatkonstellation wie auch hinsichtlich ihrer Motivation deutlich voneinander unterscheiden (Dingwall, 2006; Shaw et al., 2006; u. v. a). Um zu untersuchen, ob und wenn ja welche Unterschiede auch bei den forensischen Tötungsdelinquenten einer deutschen Maßregelvollzugsanstalt bestehen, werden folgende spezifische Fragen und ungerichtete Unterschiedshypothesen abgeleitet:

(1) Welche *soziodemografischen Merkmale* zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aus und in welchen *soziodemografischen Merkmalen* unterscheiden sich die Probanden der drei Diagnosegruppen voneinander?

H1,1: Die Gruppen der Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale voneinander.

(2) Welche *sozialen Merkmale* zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aus und in welchen *sozialen Merkmalen* unterscheiden sich die Probanden der drei Diagnosegruppen voneinander?

H2,1: Die Gruppen der Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch

psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer sozialen Merkmale voneinander.

- (3) Welche *Krankheitsmerkmale* zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aus und in welchen *Krankheitsmerkmalen* unterscheiden sich die Probanden der drei Diagnosegruppen voneinander?

H3,1: Die Gruppen der Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Krankheitsmerkmale voneinander.

- (4) Welche *Merkmale der Tatkonstellation* zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aus und in welchen *Merkmalen der Tatkonstellation* unterscheiden sich die Probanden der drei Diagnosegruppen voneinander?

H4,1: Die Gruppen der Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Merkmale der Tatkonstellation voneinander.

- (5) Welche Verteilung von Kröbers *Merkmalen erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* liegt in der vorliegenden Stichprobe bei Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vor und wie unterscheiden sich die Probanden der drei Diagnosegruppen hinsichtlich dieser Merkmale voneinander?

H5,1: Die Gruppen der Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unterscheiden

sich hinsichtlich der Verteilung von Kröbers Merkmalen erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte voneinander.

- (6) Welche Verteilung von TCO-Symptomen liegt in der vorliegenden Stichprobe bei Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vor und wie unterscheiden sich die Probanden der drei Diagnosegruppen hinsichtlich der TCO-Symptome voneinander?

H6,1: Die Gruppen der Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unterscheiden sich hinsichtlich der Verteilung von TCO-Symptomen voneinander.

7 Material und Methoden

7.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine aktenbasierte, explorative Querschnittsuntersuchung. Es wurden keine Patienteninterviews durchgeführt. Alle im Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs untergebrachten forensischen Tötungsdelinquenten wurden hinsichtlich bestimmter Merkmale untersucht und nach den drei vorherrschenden Diagnosegruppen verglichen. Die diagnostische Zuordnung der Krankheitsbilder richtet sich nach der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Retrospektiv wurden Unterschiede zwischen den Gruppen ermittelt und jene Variablen identifiziert, hinsichtlich derer sich die Diagnosegruppen voneinander unterscheiden.

Aus technischen und ethischen Gründen ist die Durchführung einer experimentellen oder quasi-experimentellen Untersuchung in diesem Kontext nicht möglich. Die Studie beruht demnach auf einem nicht-experimentellen Ex-post-facto-Design. Die Stichprobe kann als Totalerfassung der betreffenden Personengruppe gelten.

7.2 Datenbasis

Die Auswahl der erhobenen Variablen basiert auf den in der Literatur diskutierten Merkmalen und Risikofaktoren für schweres Gewaltverhalten psychisch Kranker. Es wurden soziodemografische und familienbezogene Variablen sowie Variablen zur Psychopathologie, Delinquenz- und Krankengeschichte, Persönlichkeit und Tatcharakterisierung aller Berliner Maßregelpatienten mit Tötungsdelikt erhoben.

Die Datenerhebung erfolgte eigenständig und ausschließlich durch die Verfasserin im Zeitraum von Januar 2014 bis November 2015. Dazu wurden die Patientenakten der im Maßregelvollzug untergebrachten Probanden gesichtet und folgende zwei Dokumente als Informationsquellen herangezogen: das Urteil zum Indexdelikt und das psychiatrische Schuldfähigkeitsgutachten.

7.3 Ethik und Datenschutz

Nach der Genehmigung durch die Senatsverwaltung für Justiz des Landes Berlin wurden die Patientenakten unter Wahrung der datenrechtlichen Vorgaben für personenbezogene Daten nach der aktuell gültigen Datenschutzgrundverordnung ((EU) 2016/679; anwendbar seit dem

25.05.2018) reversibel pseudonymisiert erfasst und ausgewertet. Eine persönliche Exploration oder schriftliche Befragung der Probanden fand nicht statt. Alle Daten wurden ausschließlich von der Verfasserin ausgewertet.

Die benötigten Patientenakten wurden in eigens dafür bereitgestellten Räumen des Krankenhauses des Maßregelvollzugs Berlin, Olbendorfer Weg 70, 13403 Berlin, mittels eines mobilen Scanners digitalisiert und anschließend auf einer externen Festplatte passwortgeschützt gespeichert. Die Festplatte wird in den Räumen des Instituts für Forensische Psychiatrie der Charité Berlin, Außenstandort Oranienburger Straße 285 (Haus 10), 13437 Berlin, in einem abgeschlossenen Tresorschrank gelagert. Die Auswertung der gescannten Patientenakten erfolgte ausschließlich in den Räumen des Instituts für Forensische Psychiatrie der Charité Berlin. Die reversibel pseudonymisierten Patienteninformationen wurden in einer Excel-Tabelle erfasst.

Das Dokument zur Re-Identifikation der reversibel pseudonymisierten Daten wird ebenfalls passwortgeschützt auf der externen Festplatte im abgeschlossenen Tresorschrank im Institut für Forensische Psychiatrie der Charité Berlin aufbewahrt.

Anhand der ausgewerteten pseudonymisierten Daten besteht keine Möglichkeit, die Patienten zu individualisieren. Um die Sicherheit der personenbezogenen Daten des Probanden der in Kapitel 8 vorgestellten Kasuistik zu wahren, wurden identitätsgebende Merkmale, wie Namenskürzel, Ortsbezeichnungen und Berufe geändert.

7.4 Stichprobenziehung

Einschlusskriterien

Die Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung setzt sich ausschließlich aus männlichen und weiblichen Patienten des Berliner Krankenhauses des Maßregelvollzugs zusammen. Eingeschlossen wurden alle Patienten mit versuchten oder vollendeten Tötungsdelikten, die zum Stichtag 31.12.2014 im Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin untergebracht waren ($N = 114$).

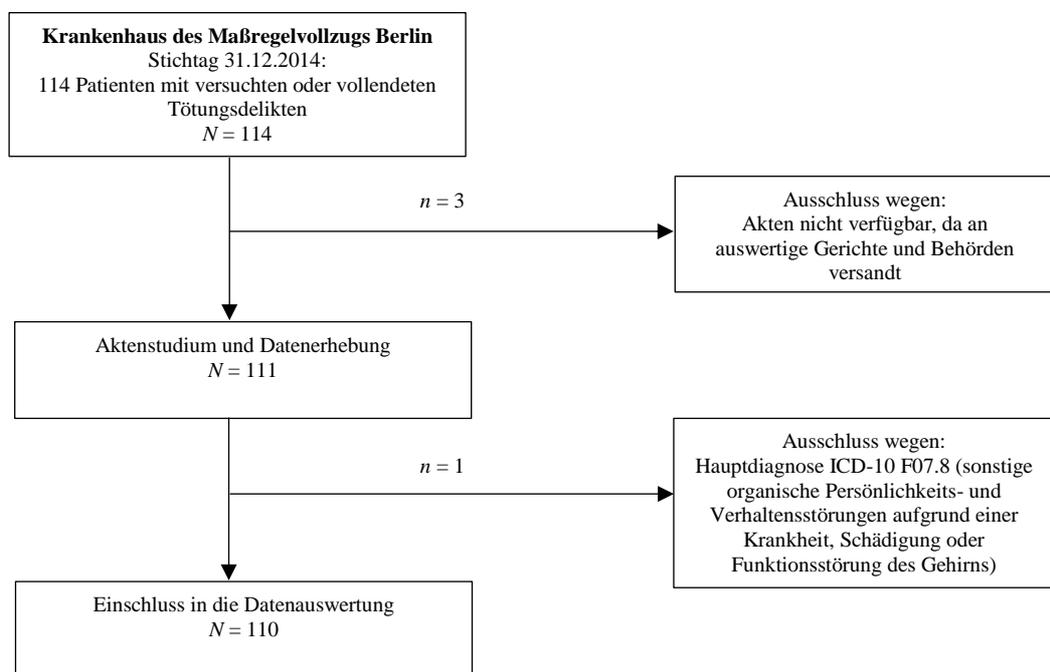
Ausschlusskriterien

Patienten, deren Personalakten nicht die erforderlichen Informationen enthielten, mussten aus der Untersuchung ausgeschlossen werden ($n = 3$). Außerdem wurden Patienten ausgeschlossen, deren Hauptdiagnose nicht den drei häufigsten Diagnosegruppen der forensischen Tötungs-

delinquenten entspricht. Dies traf auf einen Probanden mit der Hauptdiagnose ICD-10 F07.8 (sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) zu ($n = 1$).

Entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien setzt sich die Stichprobe aus 110 Patienten mit versuchten oder vollendeten Tötungsdelikten des Berliner Krankenhauses des Maßregelvollzugs zusammen ($N_{gesamt} = 110$; Abbildung 1).

Abbildung 1, Flow-Diagramm zur Selektion der in die Erhebung eingeschlossenen Patientenakten



Anmerkungen:

N/n – Größe der Stichprobe; ICD-10 – 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

7.5 Auswertungsmethoden

Die drei Teilstichproben wurden hinsichtlich 89 Variablen verglichen. Sämtliche statistische Analysen wurden mit der Software SPSS (IBM SPSS Statistics, for Mac, Version 29.0) durchgeführt. Das Signifikanzniveau (α) wurde für alle statistischen Tests auf .05 festgelegt. Mittelwertvergleiche wurden mittels einfaktorieller Varianzanalyse für unabhängige Stichproben berechnet. Bei Verletzung der Normalverteilungsannahme wurde auf ein nichtparametrisches Verfahren, den Kruskal-Wallis-Test, zurückgegriffen.

Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mit dem Levene-Test. Kategoriale Variablen wurden mithilfe des χ^2 -Tests nach Pearson auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen

den drei Gruppen (F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) getestet. Wenn die Annahmen für den χ^2 -Test nach Pearson verletzt waren, wurde der Exakte Test nach Fisher angewendet. Bei statistisch signifikanten Ergebnissen wurde anschließend als post-hoc-Test ein paarweiser Vergleich mittels χ^2 -Test oder bei Verletzung der Annahmen mittels Exaktem Test nach Fisher berechnet. Aufgrund des explorativen Ansatzes der Studie wurde auf eine p -Wert Adjustierung für multiples Testen verzichtet.

7.5.1 Unterschiede in *soziodemografischen Merkmalen*

Die statistische Hypothese für die Frage nach den Unterschieden in den *soziodemografischen Merkmalen* lautet:

$$H_{1,1}: \mu_{\text{soziodemografische Merkmale ICD-10 F1x}} \neq \mu_{\text{soziodemografische Merkmale ICD-10 F2x}} \neq \mu_{\text{soziodemografische Merkmale ICD-10 F6x}}$$

Anschließend an die deskriptive Gegenüberstellung der *soziodemografischen Merkmale* der drei Diagnosegruppen wurden die Merkmalsausprägungen in den Gruppen auf statistisch bedeutsame Unterschiede geprüft. Bei kategorialen Daten wurde aufgrund der gering erwarteten Zellhäufigkeiten der Exakte Test nach Fisher durchgeführt. Anschließend wurden die statistisch signifikanten Ergebnisse paarweise mittels χ^2 -Test oder Exaktem Test nach Fisher verglichen, um zu bestimmen, wo der statistisch signifikante Unterschied zwischen den drei Gruppen besteht. Die metrische Variable wurde mithilfe des Shapiro-Wilk-Tests und visueller Prüfung der Histogramme bezüglich Schiefe und Kurtosis auf Normalverteilung getestet. Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mithilfe des Levene-Tests. Da die Normalverteilungsannahme verletzt war, wurde auf den nichtparametrischen Kruskal-Wallis-Test zurückgegriffen.

7.5.2 Unterschiede in *sozialen Merkmalen*

Die statistische Hypothese für die Frage nach den Unterschieden in den *sozialen Merkmalen* lautet:

$$H_{2,1}: \mu_{\text{Soziale Merkmale ICD-10 F1x}} \neq \mu_{\text{Soziale Merkmale ICD-10 F2x}} \neq \mu_{\text{Soziale Merkmale ICD-10 F6x}}$$

Zur Auswertung der ausschließlich kategorialen Variablen wurde mittels χ^2 -Test nach Pearson auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen getestet. Wenn die Annahmen dafür verletzt waren, wurde der Exakte Test nach Fisher verwendet. Bei statistisch signifikanten Ergebnissen wurde im Anschluss als post-hoc-Test ein paarweiser Vergleich zwischen den Gruppen mittels χ^2 -Test oder Exaktem Test nach Fisher berechnet.

7.5.3 Unterschiede in *Krankheitsmerkmalen*

Die statistische Hypothese für die Frage nach den Unterschieden in den *Krankheitsmerkmalen* lautet:

$$H_{3,1}: \mu_{\text{Krankheitsmerkmale ICD-10 F1x}} \neq \mu_{\text{Krankheitsmerkmale ICD-10 F2x}} \neq \mu_{\text{Krankheitsmerkmale ICD-10 F6x}}$$

Kategoriale Variablen wurden aufgrund der gering erwarteten Zelhäufigkeiten mit dem Exakten Test nach Fisher berechnet. Bei statistisch signifikanten Ergebnissen wurde im Anschluss als post-hoc-Test ein paarweiser Vergleich zwischen den Gruppen mittels χ^2 -Test oder Exaktem Test nach Fisher berechnet. Für die metrische Variable wurde jeweils der Mittelwert, der Median und die Standardabweichung bestimmt. Zuvor wurde mithilfe des Shapiro-Wilk-Tests und visueller Prüfung der Histogramme bezüglich Schiefe und Kurtosis auf Normalverteilung getestet. Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mithilfe des Levene-Tests. Da die Normalverteilungsannahme verletzt war, wurde auf den nichtparametrischen Kruskal-Wallis-Test zurückgegriffen.

7.5.4 Unterschiede in *Merkmalen der Tatkonstellation*

Die statistische Hypothese für die Frage nach den Unterschieden in den *Merkmalen der Tatkonstellation* lautet:

$$H_{4,1}: \mu_{\text{Merkmale der Tatkonstellation ICD-10 F1x}} \neq \mu_{\text{Merkmale der Tatkonstellation ICD-10 F2x}} \neq \mu_{\text{Merkmale der Tatkonstellation ICD-10 F6x}}$$

Da alle Variablen kategorial sind, wurde aufgrund der zu gering erwarteten Zelhäufigkeiten der Exakte Test nach Fisher und bei statistisch signifikanten Ergebnissen anschließend als post-hoc-Test ein paarweiser Vergleich der Gruppen mittels χ^2 -Test oder Exaktem Test nach Fisher berechnet.

7.5.5 Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte

Die statistische Hypothese für die Frage nach der Verteilung der *Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* lautet:

$$H_{5,1}: \mu_{\text{Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte ICD-10 F1x}} \neq \mu_{\text{Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte ICD-10 F2x}} \neq \mu_{\text{Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte ICD-10 F6x}}$$

Zur Auswertung der ausschließlich kategorialen Variablen wurde mittels χ^2 -Test nach Pearson auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen getestet. Wenn die Annahmen dafür verletzt waren, wurde der Exakte Test nach Fisher verwendet. Bei statistisch signifikanten Ergebnissen wurde im Anschluss als post-hoc-Test ein paarweiser Vergleich zwischen den Gruppen mittels χ^2 -Test oder Exaktem Test nach Fisher berechnet. Die Ergebnisse wurden anschließend in Form eines Säulendiagramms grafisch dargestellt.

7.5.6 Threat/Control-Override

Die statistische Hypothese für die Frage nach der Verteilung der *TCO-Symptome* lautet:

$$H_{6,1}: \mu_{\text{TCO-Symptome ICD-10 F1x}} \neq \mu_{\text{TCO-Symptome ICD-10 F2x}} \neq \mu_{\text{TCO-Symptome ICD-10 F6x}}$$

Zur Auswertung der ausschließlich kategorialen Variablen wurde aufgrund der zu gering erwarteten Zelhäufigkeiten der Exakte Test nach Fisher und bei statistisch signifikanten Ergebnissen anschließend als post-hoc-Test ein paarweiser Vergleich der Gruppen mittels χ^2 -Test oder Exaktem Test nach Fisher berechnet. Die Ergebnisse wurden anschließend ebenfalls in Form eines Säulendiagramms grafisch dargestellt.

7.6 Erhebungsinstrumente

Für die Untersuchung des Gewaltverhaltens psychisch kranker Menschen hat Kröber (2015) die Dimensionen Tatgeschehen, Tatvorgeschichte, Täterpersönlichkeit und das „So-Gewordensein“ des Täters hervorgehoben. Mullen benannte für seine Untersuchung zu Risikofaktoren für schizophreses Gewaltverhalten prämorbid, erkrankungsbedingte und durch sekundäre Krankheitsfolgen verursachte Risikofaktoren (Mullen, 2006). Stompe et al. (2018) verwendeten in ihrer Langzeitstudie zu Risikofaktoren für delinquentes Verhalten schizophrener Patienten die Kategorie „Soziale Faktoren“.

Daran anknüpfend wurden für die vorliegende Arbeit drei Merkmale zur Charakterisierung der Täter und ihrer Taten definiert. Sie ermöglichen eine Analyse der Täterpersönlichkeit, des Krankheitsverlaufs und der jeweiligen Tatkonstellation aller Probanden. Vorangestellt sind außerdem *soziodemografische Merkmale* aller Tötungsdelinquenten (Tabelle 2).

Tabelle 2, *Operationalisierung der soziodemografischen Variablen*

Variable	Ausprägungen
Alter	- Jahre
Geschlecht	- Männlich - Weiblich
Familienstand bei Indexdelikt	- In Partnerschaft - Ohne Partnerschaft
Berufliche Situation bei Indexdelikt	- Erwerbslos - Berentet - Erwerbstätig - Studium/Ausbildung
Wohnsituation bei Indexdelikt	- Eigene Wohnung - Heim - Obdachlos
Finanzielle Situation bei Indexdelikt	- Eigenes Einkommen - Sozialleistungen/Rentenzahlung - Kein Einkommen
Nationalität bei Indexdelikt	- Deutsch - Deutsch mit Migrationshintergrund - Nicht deutsch
Paragraph Unterbringung Indexdelikt	- § 63 StGB - § 64 StGB
Paragraph Schuldfähigkeit Indexdelikt	- § 20 StGB - § 21 StGB
Schulabschluss	- Kein Schulabschluss - Mittlere Reife - Allgemeine Hochschulreife
Ausbildung	- Keine Ausbildung - Abgeschlossene Berufsausbildung - Abgeschlossenes Studium

Anmerkung:
StGB – Strafgesetzbuch.

Die drei Merkmale lauten: *Soziale Merkmale*, *Krankheitsmerkmale* und *Merkmale der Tatkonstellation*. Jedes Merkmal wird von bestimmten Variablen charakterisiert, die auf der Grundlage der in der Literatur diskutierten Risikofaktoren für schweres Gewaltverhalten psychisch kranker Menschen basieren. Es gibt keine Doppelzuordnungen. Die Bedeutung der Variablen ist selbsterklärend oder wird andernfalls nachstehend erläutert.

Die *Sozialen Merkmale* setzen sich aus biografischen Variablen (Tabelle 3), Variablen zur Delinquenzgeschichte (Tabelle 4) und den Variablen für die allgemeinen Kriminalitätsfaktoren (Tabelle 5) zusammen. Die allgemeinen Kriminalitätsfaktoren umfassen die Variablen „soziale Herkunft“ und „komorbiden Substanzkonsum“ der Probanden (Stompe et al., 2004a).

Die soziale Herkunft wurde nach der *Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations* (CASMIN)-Klassifikation vereinfacht ermittelt (Brauns et al., 2003). Die CASMIN ist eine international vergleichbare Bildungsklassifikation, die es ermöglicht, die gesellschaftliche Klassenbildung darzustellen. In ihr werden Angaben zur allgemeinen und beruflichen Ausbildung berücksichtigt. Die CASMIN-Klassifikation sieht drei Klassen mit drei Untergruppen für die niedrige und jeweils vier Untergruppen für die mittlere und hohe Klasse vor (Brauns et al., 2003). Da in der Literatur der forensischen Psychiatrie üblicherweise Klassifikationen mit drei Klassen genutzt werden, wurde die CASMIN-Klassifikation vereinfacht ohne Untergruppen angewendet. Es erfolgte demnach eine Einteilung in niedrige, mittlere oder hohe gesellschaftliche Klassenzugehörigkeit. Dadurch ist ein Vergleich mit anderen Klassifikationen zur sozialen Herkunft möglich (Soziale Selbsteinstufung nach Kleining & Moore 1968 bei Stompe et al., 2004).

Eine niedrige Klassenzugehörigkeit ergibt sich, wenn der Proband nicht mindestens eine mittlere Berufsbildung aufweist. Eine mittlere Klassenzugehörigkeit liegt vor, wenn der Proband mindestens eine mittlere Berufsbildung, nicht aber die allgemeine Hochschulreife erlangt hat. Hat der Proband die allgemeine Hochschulreife oder weiterführende Abschlüsse absolviert, liegt eine hohe gesellschaftliche Klassenzugehörigkeit vor (Brauns et al., 2003).

Die Variable „Frühere(s) sonstige(s) Delikt(e)“ erfasst Verurteilungen wegen nicht gewaltassoziierten Delikten in der Vergangenheit.

Tabelle 3, Operationalisierung der biografischen Variablen

Variable	Ausprägungen
Therapiefeindliches soziales Umfeld	- Ja
	- Nein
Heimaufenthalte in der Kindheit	- Ja
	- Nein
Körperliche/psychische Misshandlung in der Kernfamilie	- Ja
	- Nein
Substanzkonsum der Eltern	- Ja
	- Nein
Körperliche/psychische Misshandlung außerhalb der Kernfamilie	- Ja
	- Nein
Psychiatrische Erkrankung der Eltern	- Ja
	- Nein
Inhaftierung der Eltern	- Ja
	- Nein
Dissoziales Verhalten	- Ja
	- Nein
Soziale Deprivation	- Ja
	- Nein
Sozialer Rückzug	- Ja
	- Nein
Geringe Absprachefähigkeit	- Ja
	- Nein

Tabelle 4, Operationalisierung der Variablen zur Delinquenzgeschichte

Variable	Ausprägungen
Frühere(s) Tötungsdelikt(e)	- Ja
	- Nein
Frühere(s) Sexualdelikt(e)	- Ja
	- Nein
Frühere(s) sonstige(s) Delikt(e)	- Ja
	- Nein
Anzahl der Eintragungen im BZR	- 0
	- 1 – 5
	- > 5
Früheres gewalttätiges Verhalten	- Ja
	- Nein
Frühere Haftstrafe(n)	- Ja
	- Nein
Delinquenz vor Krankheitsbeginn	- Ja
	- Nein
Frühere zivilrechtliche Unterbringung(en)	- Ja
	- Nein
Frühere Unterbringung(en) nach §§ 63/64 StGB	- Ja
	- Nein

Anmerkungen:

StGB – Strafgesetzbuch; BZR – Bundeszentralregister.

Tabelle 5, Operationalisierung der Variablen für die allgemeinen Kriminalitätsfaktoren

Variable	Ausprägungen
Substanzmissbrauch zum Indextatzeitpunkt	- Ja - Nein
Soziale Herkunft (CASMIN-Klassifikation, vereinfacht)	- Niedrig - Mittel - Hoch

Anmerkung:

CASMIN – Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations.

Die *Krankheitsmerkmale* umfassen Variablen zum Krankheitsverlauf (Tabelle 6) und zur Psychopathologie während des Indexdelikts (Tabelle 7). Die Variablen „aggressive Vorkommnisse innerhalb einer Woche vor dem Indexdelikt“ und „aggressive Vorkommnisse innerhalb von sechs Monaten vor dem Indexdelikt“ sind aus Kröbers (2008) *Merkmalen erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* entnommen und sollen aggressive und „bizarre, nicht strafbare Fehlhandlungen gegenüber anderen, z. B. plötzliches Anfassen von Kindern, Lärmen, erkennbare aggressive Gespanntheit, chaotisches Verhalten“ (Kröber, 2008) erfassen.

Tabelle 6, Operationalisierung der Variablen zum Krankheitsverlauf

Variable	Ausprägungen
Psychiatrische Nebendiagnose(n) nach ICD-10	- ICD-10 F1x - Sonstige - ICD-10 F1x und sonstige - Keine
Krankheitsdauer bis Indexdelikt	- Jahre
Frühere stationär-psychiatrische Behandlung(en)	- Ja - Nein
Frühere Suizidversuche	- Ja - Nein
Diagnosestellung durch Indexdelikt	- Ja - Nein
Behandlungsangebot	- Ja - Nein
Ablehnung der Behandlung	- Ja - Nein
Aggressive Vorkommnisse innerhalb einer Woche vor dem Indexdelikt	- Ja - Nein
Aggressive Vorkommnisse innerhalb von sechs Monaten vor dem Indexdelikt	- Ja - Nein

Anmerkungen:

ICD-10 – 10. International Classification of Diseases; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Tabelle 7, Operationalisierung der Variablen zur Psychopathologie während des Indexdelikts

Variable	Ausprägungen
Maniert/bizarre Antriebs- und psychomotorische Störung	- Ja
	- Nein
Wahndynamik	- Ja
	- Nein
Körperhalluzinationen	- Ja
	- Nein
Ängstlicher Affekt	- Ja
	- Nein
Affektarmut	- Ja
	- Nein
Religiöser Wahn	- Ja
	- Nein
Systematisierter Wahn	- Ja
	- Nein
Suizidalität	- Ja
	- Nein
Paraphilien	- Ja
	- Nein
Pädophilie	- Ja
	- Nein
Fetischismus	- Ja
	- Nein
Sadismus	- Ja
	- Nein
Substanzkonsum plötzlich vor Indexdelikt pausiert	- Ja
	- Nein
Derealisation/Depersonalisation	- Ja
	- Nein
Gedankeneingebung/-entzug/-ausbreitung	- Ja
	- Nein
Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn	- Ja
	- Nein
Vergiftungswahn	- Ja
	- Nein
Feindselig-destruktiver Wahn	- Ja
	- Nein
Stimmenhören	- Ja
	- Nein
Imperative Stimmen	- Ja
	- Nein
Optische Halluzinationen	- Ja
	- Nein
Beziehungswahn	- Ja
	- Nein

Die *Merkmale der Tatkonstellation* (Tabelle 8) umfassen alle Variablen zur Tatvorbereitung, Tatausführung und zum Nachtatverhalten. Außerdem werden spezifische Merkmale der Opfer erfasst. Unter der Variable „Overkill“ ist eine massive Gewaltanwendung bei der Tötung des Opfers zu verstehen, die über das Maß dessen, was notwendig wäre, um das Opfer zu töten, weit hinausgeht. Die Variable „lang hingezogene Tat“ erfasst Taten, deren zeitliche Dauer deutlich über die, die der Täter zur „reinen Tötung“ des Opfers bräuchte, hinausgeht.

Variablen, welche die Psychopathologie der Probanden betreffen, entsprechen dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) und sind somit standardisiert. Außerdem wurden die von Kröber verfassten *Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* (Kröber, 2008) und die TCO-Symptome nach Stompe et al. (2018) verwendet.

Tabelle 8, *Operationalisierung der Variablen für die Merkmale der Tatkonstellation*

Variable	Ausprägungen
Indexdelikt	- Mord - Versuchter Mord - Totschlag - Versuchter Totschlag
Anzahl der Opfer	- 1 - > 1
Geschlecht des Opfers	- Männlich - Weiblich - Beide (bei mehr als einem Opfer)
Alter des Opfers	- < 18 - 18 – 59 - > 59
Bekanntheit mit dem Opfer	- Ja - Nein
Psychiatrische Erkrankung des Opfers	- Ja - Nein
Streit mit dem Opfer vor Indextat	- Ja - Nein
Impulsive Tat	- Ja - Nein
Sorgfältig vorbereitete Tat	- Ja - Nein
Gewaltankündigung vor dem Indexdelikt	- Ja - Nein
Tötungsankündigung vor dem Indexdelikt	- Ja - Nein
Besorgen von Waffen vor Indexdelikt	- Ja - Nein
Tragen von Waffen vor Indexdelikt	- Ja - Nein

Variable	-	Ausprägungen
Tatort	-	Öffentlicher Raum - Privater Raum
Tageszeit des Indexdelikts	-	Tag (6 – 22 Uhr) - Nacht (22 – 6 Uhr)
Tatwaffe	-	Spitz oder scharf - Stumpf - Eigene Körperkraft durch Würgen - Schusswaffe - Sonstige
Lang hingezogene Tat	-	Ja - Nein
Zielgerichtete Tat	-	Ja - Nein
Art der Festnahme	-	Selbststeller - Innerhalb von 24 Stunden - Später als 24 Stunden
Zeitpunkt der Geständigkeit	-	Sofort - Im Verlauf - Nie
Verstümmelung des Opfers	-	Ja - Nein
Overkill	-	Ja - Nein
Rituelle Handlungen am Opfer/Tatort	-	Ja - Nein
Verstümmelung der Geschlechtsteile des Opfers	-	Ja - Nein
Sexuelle Handlungen am Opfer	-	Ja - Nein

7.6.1 *AMDP*-System

Das *AMDP*-System wurde ab 1965 von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (*AMDP*) erarbeitet. Es bietet einen internationalen Standard zur einheitlichen Erfassung des psychopathologischen Befunds, körperlicher Symptome und Anamnesedaten von psychisch Kranken. Es wird als einziges standardisiertes psychopathologisches Befundsystem in der deutschen ärztlichen Weiterbildungsordnung für Psychiatrie und Psychotherapie aufgeführt. In Tabelle 9 sind alle für die vorliegende Arbeit verwendeten psychopathologische Symptome des *AMDP*-Systems und ihre Ausprägungen aufgelistet:

Tabelle 9, *Operationalisierung der Variablen aus dem AMDP-System*

Variable	Ausprägung
Sozialer Rückzug	- Ja
	- Nein
Beziehungswahn	- Ja
	- Nein
Stimmenhören	- Ja
	- Nein
Imperative Stimmen	- Ja
	- Nein
Optische Halluzinationen	- Ja
	- Nein
Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn	- Ja
	- Nein
Gedankenausbreitung/ -entzug/ -eingung	- Ja
	- Nein
Derealisation/Depersonalisation	- Ja
	- Nein
Suizidalität	- Ja
	- Nein
Systematisierter Wahn	- Ja
	- Nein
Affektarmut	- Ja
	- Nein
Misstrauen	- Ja
	- Nein
Ängstlicher Affekt	- Ja
	- Nein
Körperhalluzinationen	- Ja
	- Nein
Wahndynamik	- Ja
	- Nein
Maniert/bizarre Antriebs- und psychomotorische Störung	- Ja
	- Nein
Ablehnung der Behandlung	- Ja
	- Nein

Anmerkung:

AMDP – Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie.

7.6.2 Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte

Zunächst wurde jedem von Kröbers *Merkmalen erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* entsprechende Variablen zugeordnet (Tabelle 10). Merkmale, welche die Psychopathologie betreffen, wurden nach dem AMDP-System standardisiert. Den 15 Merkmalen wurden 30 Variablen zugeordnet. Ein Merkmal gilt als erfüllt, wenn mindestens eine zugeordnete Variable für das entsprechende Merkmal zutrifft.

Tabelle 10, *Operationalisierung der Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte*

Merkmal	Variablenentsprechungen
1. „Frühere rechtswidrige Taten, insbesondere frühere Gewalttaten, frühere Ermittlungsverfahren und Verurteilungen	<ul style="list-style-type: none"> • Frühere(s) sonstige(s) Delikt(e) • Anzahl der Eintragungen im BZR • Frühere(s) Gewaltdelikt(e)
2. Schizophrene Erkrankung, insbesondere vom paranoiden Typus, mit zeitweilig produktiv psychotischer Symptomatik (im Sinne von TCO Symptomen: Verfolgungswahn, Auflösung der Ichgrenzen und der Meinhaftigkeit, Gefühlen der Fremdkontrolle und der Überwältigung)	<ul style="list-style-type: none"> • Derealisation/Depersonalisation • Gedankenausbreitung/ -entzug/ -eingebung • Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn
3. Stark feindselige, manichäische, destruktive Wahnthematik mit intensivem Erleben existentieller Bedrohung	<ul style="list-style-type: none"> • feindselig-destruktiver Wahn
4. Leibhalluzinationen und quälende Zoenästhesien, die den Verfolgern zugeschrieben werden	<ul style="list-style-type: none"> • Körperhalluzinationen
5. Hoher Angstpegel, Gespanntheit, Misstrauen und Feindseligkeit, zunehmende Verworrenheit, hohe akute Wahndynamik	<ul style="list-style-type: none"> • Wahndynamik • Ängstlicher Affekt
6. Identifizierung nahestehender Personen als solche, die vom Feind beherrscht und instrumentalisiert sind (der Feind steht plötzlich im eigenen Lager)	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungswahn
7. Eigene Gewaltdrohungen, Ankündigung finaler Auseinandersetzungen, bedingte und unbedingte Tötungsankündigungen, Besorgen von Waffen, Tragen von Waffen	<ul style="list-style-type: none"> • Besorgen von Waffen vor dem Indexdelikt • Tragen von Waffen vor dem Indexdelikt • Tötungsankündigungen vor dem Indexdelikt • Gewaltankündigung vor dem Indexdelikt
8. Frühere Suizidversuche, jetzige Suizidankündigungen (sie sind stets auch Indikator des Risikos fremdaggressiven Verhaltens)	<ul style="list-style-type: none"> • Frühere Suizidversuche • Suizidalität
9. Komorbider Substanzmissbrauch, führend sind Cannabis und Alkohol, auch und gerade wenn seit einigen Tagen plötzlich abstinent	<ul style="list-style-type: none"> • Substanzmissbrauch zum Zeitpunkt Indexdelikt • Substanzkonsum plötzlich vor Indexdelikt pausiert
10. Bizarre, nicht strafbare Fehlhandlungen gegenüber anderen, z.B. plötzliches Anfassen von Kindern, Lärmen, erkennbare aggressive Gespanntheit, chaotisches Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Maniert/bizarre Antriebs- und psychomotorische Störung • Aggressive Vorkommnisse innerhalb einer Woche vor dem Indexdelikt • Aggressive Vorkommnisse innerhalb von sechs Monaten vor dem Indexdelikt
11. Soziale Depravation (Obdachlosigkeit, Hunger, körperliche Verwahrlosung, Betteln, Kleinkriminalität)	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Depravation • Wohnsituation bei Indexdelikt
12. Vorlaufende Dissozialität seit Kindheit oder Jugend, dissoziales Verhalten nach Remission im Intervall	<ul style="list-style-type: none"> • Dissoziales Verhalten
13. Fehlende Therapeuten- und Medikamentencompliance, geringe Absprachefähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung der Behandlung • Geringe Absprachefähigkeit
14. Extremes Einzelgängertum und große Verslossenheit; (bei psychomotorisch ruhigen, besonnen agierenden Tätern fällt manchmal die Diskrepanz auf zwischen großer Kühle und Emotionslosigkeit bei gleichzeitiger Verbalisierung äußerst brutaler Vernichtungphantasien – in der Täter- oder Opferrolle)	<ul style="list-style-type: none"> • Affektarmut • Sozialer Rückzug
15. Therapiefeindliches soziales Umfeld (v.a. Angehörige, Sekten etc.), das von einer Kooperation mit der Psychiatrie und sozialen Hilffssystem abrät und Behandlungspläne sabotiert“ (Kröber, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Therapiefeindliches soziales Umfeld

Anmerkungen:

BZR – Bundeszentralregister, TCO – Threat/Control-Override; v. a. – vor allem; etc. – et cetera.

7.6.3 Threat/Control-Override

In der vorliegenden Arbeit wird die *TCO*-Definition von Stompe et al. (2018) verwendet. Diese Definition ist die Aktuellste und basiert auf der Grundlage einer Untersuchung, die zusätzlich zwischen der Schwere der Delikte differenziert. Das ist besonders für die Stichprobe der vorliegenden Studie geeignet.

Stompe et al. (2004, 2018) verglichen retrospektiv schizophrene Rechtsbrecher mit schweren und mit leichten Delikten sowie mit schizophrenen nicht delinquenten Probanden. Es zeigte sich eine alleinige statistisch signifikante Häufung von *TCO*-Symptomen in der Gruppe der schweren Gewaltdelikte. Die *Threat*-Symptomatik war als besonders bedrohliche Form des Verfolgungs-wahns definiert, bei dem der Patient der Überzeugung ist, dass sein Leib und Leben akut bedroht sind. Die Prävalenz der *Threat*-Symptome lag bei den Patienten mit schweren Delikten bei 70,7 %, bei den Patienten mit leichten Delikten bei 16,7 % und bei den nicht delinquenten Patienten bei 46,1 %.

Control-Override-Symptome wurden von den Autoren in Anlehnung an die Schneiderschen Erstrangsymptome mit Gedankenentzug und/oder Gedankeneingebung sowie der wahnhaften Überzeugung, von äußeren Mächten gesteuert zu werden, definiert (Stompe et al., 2018).

In Tabelle 11 sind die Definition des *TCO*-Komplexes von Stompe et al. (2018) sowie die Variablenentsprechungen zusammengefasst. *Threat* und *Control-Override* gelten als erfüllt, wenn alle zugeordneten Variablen zutreffen.

Tabelle 11, *Operationalisierung der TCO-Symptome*

<i>TCO</i> -Symptome	Definition nach Stompe et al. (2018)	Variablenentsprechungen
<i>Threat</i>	- Systematisierter Verfolgungs- oder Vergiftungswahn einhergehend mit massiver Todesdrohung durch konkrete Personen oder Personengruppen	1. Systematisierter Wahn 2. Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn oder Vergiftungswahn 3. Feindselig-destruktiver Wahn
<i>Control-Override</i>	- Gedankenentzug/ -eingebung - Wahnhafte Überzeugung, dass äußere Mächte die eigenen Gefühle, Handlungen und Wünsche steuern	1. Gedankeneingebung/-entzug/-ausbreitung

Anmerkung:

TCO – *Threat/Control-Override*.

8 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den jeweiligen Fragestellungen dargestellt. Sofern nicht explizit aufgeführt, sind alle verfügbaren Antworten der Teilstichproben vollständig. Falls nicht anders gekennzeichnet, wurde als Teststatistik der Exakte nach Fisher berechnet.

Zum Untersuchungsstichtag befanden sich 614 Patienten im Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs (Tabelle 12). Davon waren 419 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, 130 mit Suchtproblematik und 47 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen; 18 Patienten hatten andere Hauptdiagnosen.

Von den 114 Tötungsdelinquenten konnten 110 in die vorliegende Studie aufgenommen werden. Dies entspricht einem Anteil von 17,9 % aller Maßregelinsassen.

Es waren 101 Probanden nach § 63 StGB und neun Probanden nach § 64 StGB untergebracht. Die ausgewerteten Tötungsdelikte umfassen mehrheitlich Totschlag (41 Fälle) und versuchten Totschlag (34 Fälle). Das entspricht mit 75 der insgesamt 110 Fälle einem Anteil von 68,1 %. Die Fallsumme der Morde (19 Fälle) und versuchten Morde (16 Fälle) beträgt 35 und bildet einen Anteil von 31,8 % aller Tötungsdelikte.

Unter den Tötungsdelinquenten waren insgesamt zwölf Frauen (10,9 %).

Unter den 110 Tötungsdelinquenten waren elf Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (10,0 %), 78 Probanden aus dem schizophrenen Formenkreis (70,9 %) sowie 21 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (19,1 %). Die schizophrenen Tötungsdelinquenten machen 18,6 % aller schizophrenen Maßregelinsassen, die suchtkranken Tötungsdelinquenten 8,4 % aller suchtkranken Insassen und die persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten machen 44,6 % ihrer Diagnosegruppe aus.

Tabelle 12, Übersicht KMV-Patienten zum Stichtag 31.12.2014

KMV-Patienten	Gesamtanzahl	F1x	F2x	F6x	Sonstige
KMV-Patienten _{kein Tötungsdelikt} n (%)	500 (81.4)	119 (91.5)	341 (81.3)	26 (55.3)	17 (94.4)
KMV-Patienten _{Tötungsdelikt} n (%)	111 (18.0) *3 (0.4)	11 (8.4)	78 (18.6)	21 (44.6)	1 (5.5)
Summe, n (%)	614 (100.0)	130 (100.0)	419 (100.0)	47 (100.0)	18 (100.0)

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; KMV – Krankenhaus des Maßregelvollzugs; * – nicht verfügbare Patienteninformationen.

Unter den in ICD-10 F2 ausgewiesenen Erkrankungen erscheinen im untersuchten Probandenkollektiv 65 Schizophrenien (ICD-10 F20), drei schizotype Störungen (ICD-10 F21), drei wahnhaftige Störungen (ICD-10 F22.0), eine akute vorübergehende psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1) und fünf schizoaffektive Störungen (ICD-10 F25).

Unter den fünf Patienten mit schizoaffektiver Störung befanden sich drei Probanden in einer manischen Episode und je einer in einer depressiven und gemischten Episode. Von den 65 schizophrenen Probanden litten 55 unter einer paranoiden (ICD-10 F20.0), sechs unter einer hebephrenen (ICD-10 F20.1) und drei unter einer undifferenzierten (ICD-10 F20.3) Schizophrenie. Jeweils ein Proband beging sein Indexdelikt im schizophrenen Residuum (ICD-10 F20.5) und im Rahmen einer nicht näher bezeichneten nichtorganischen Psychose (ICD-10 F29).

Von den elf Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen litten sieben hauptdiagnostisch an einem Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) und drei Probanden an einem Abhängigkeitssyndrom bei multiplem Substanzmissbrauch (ICD-10 F19.2). In einem Fall lag ein Alkoholentzugssyndrom (ICD-10 F10.3) vor.

Unter den 21 Probanden mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind 14 Probanden mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen: Neun schizoide (ICD-10 F60.1), eine emotional-instabile vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30), eine emotional-instabile vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31), zwei dissoziale (ICD-10 F60.2) sowie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8); außerdem fünf kombinierte Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) und zwei sadomasochistische Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10 F65.5).

Da keine Verhaltensstörungen vorlagen, wird im Folgenden die Formulierung Persönlichkeitsstörung gewählt.

Komorbide Suchterkrankungen lagen bei 55 der 110 Probanden (50,0 %), Intelligenzminderung bei fünf Probanden (4,5 %), komorbide Persönlichkeitsstörungen bei neun Probanden (8,2 %) und eine organisch-psychische Störung bei einem Probanden (0,9 %) vor. Komorbide affektive Erkrankungen waren nicht vertreten.

Von den zwölf in die Untersuchung eingeschlossenen Frauen hatten zwei eine Suchtproblematik (16,6 %), neun Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (75,0 %) und eine Patientin wies eine Persönlichkeitsstörung auf (8,3 %).

8.1 Welche soziodemografischen Merkmale zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen soziodemografischen Merkmalen unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?

Die soziodemografischen Merkmale sind in Tabelle 13 dargestellt.

Alter bei Indexdelikt

Da das Alter der Probanden der Stichprobe nicht normalverteilt war (Shapiro-Wilk-Test; $\alpha = .05$), wurde der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test berechnet. Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mittels des Levene-Tests, gemäß dem eine Gleichheit der Varianzen angenommen werden kann ($p = .805$).

Bei den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis war der jüngste Proband zum Tatzeitpunkt 19, der älteste 67 Jahre alt. Der Mittelwert liegt bei $32,5 \pm 9,6$ Jahren und der Median bei 29 Jahren. Der jüngste Proband mit einer Erkrankung aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen war zum Indextatzeitpunkt 22 Jahre alt, der älteste war 56 Jahre alt. Der Mittelwert liegt bei $34,5 \pm 11,3$ Jahren und der Median bei 30 Jahren. Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren zum Indextatzeitpunkt im Mittel $29,8 \pm 10,1$ Jahre alt, wobei der jüngste Proband 18 und der älteste Proband 53 Jahre alt waren. Der Median liegt bei 26 Jahren.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant (Kruskal-Wallis-Test; $p = .304$).

Geschlecht

Unter den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren 69 Männer (88,5 %) und neun Frauen (11,5 %). Es gab neun Männer (81,8 %) und zwei Frauen (18,2 %) mit Erkrankung aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Unter den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren 20 Männer (95,2 %) und eine Frau (4,8 %).

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geschlechts nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .479$).

Paragrafen §§ 20/21 und 63/64 StGB

Alle Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurden nach § 63 StGB verurteilt. Davon waren 71 Patienten (91,0 %) nach § 20 StGB schuldunfähig und sieben Patienten (9,0 %) vermindert schulfähig (§ 21 StGB).

Bis auf zwei Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht waren (18,2 %), wurden alle Patienten mit Suchtproblematik nach § 64 StGB untergebracht (81,8 %). Vier waren nach § 20 StGB schuldunfähig (36,4 %) und sieben Patienten vermindert schulfähig (63,6 %).

Alle Probanden mit Persönlichkeitsstörungen wurden nach § 63 StGB verurteilt, wobei sechs schuldunfähig (28,6 %) und 15 vermindert schulfähig waren (71,4 %).

Die Gruppen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der angewandten Paragrafen §§ 20 und 21 StGB ($p = .001$) als auch §§ 63 und 64 StGB ($p = .001$) statistisch signifikant voneinander. In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die schizophrenen Probanden statistisch signifikant häufiger nach § 20 StGB verurteilt worden sind als die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) und die suchtkranken ($p = .001$) Probanden.

Außerdem zeigte sich, dass die suchtkranken Probanden statistisch signifikant häufiger nach § 64 StGB untergebracht waren als die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) und die schizophrenen ($p = .001$) Probanden.

Nationalität

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren 45 deutscher Nationalität (57,7 %), neun deutscher Nationalität mit Migrationshintergrund (11,5 %) und 24 Probanden waren anderer Nationalität (30,8 %).

Von den Probanden mit Suchtproblematik waren neun deutscher (81,2 %) und zwei Probanden anderer Nationalität (18,2 %). Niemand war deutscher Nationalität mit Migrationshintergrund.

Von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren 18 deutscher (85,7 %) und drei nicht deutscher (14,3 %) Nationalität. Hier war ebenso niemand deutscher Nationalität mit Migrationshintergrund.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Nationalität nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .118$).

Familienstand bei Indexdelikt

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lebten zum Indextatzeitpunkt 17 in einer Partnerschaft (21,8 %). Dies gilt ebenso für drei Probanden mit Suchtproblematik (27,3 %) und sechs Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (28,6 %).

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .713$).

Berufliche Situation bei Indexdelikt

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren zum Indexzeitpunkt 62 erwerbslos (79,5 %), sieben waren berentet (9,0 %), fünf erwerbstätig (6,4 %) und vier in Ausbildung oder Studium (5,1 %).

Von den Probanden mit Suchtproblematik waren zehn erwerbslos (90,9 %) und einer erwerbstätig (9,1 %).

Von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren zum Indexdeliktzeitpunkt 16 erwerbslos (76,2 %), einer berentet (4,8 %) und jeweils zwei Probanden waren erwerbstätig (9,5 %) und in Ausbildung oder Studium (9,5 %).

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer beruflichen Situation zum Zeitpunkt des Indexdelikts nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .881$).

Wohnsituation bei Indexdelikt

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten 54 zum Indexzeitpunkt eine eigene Wohnung (69,2 %), elf lebten in Heimen (14,1 %) und 13 waren obdachlos (16,7 %). Acht Probanden mit Suchtproblematik lebten in einer eigenen Wohnung (72,7 %) und drei waren obdachlos (27,3 %). Von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen lebten zum Indexdeliktzeitpunkt 16 in einer eigenen Wohnung (76,2 %), drei in Heimen (14,3 %) und zwei waren obdachlos (9,5 %).

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .614$).

Finanzielle Situation bei Indexdelikt

Acht Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten bei Begehung des Indexdelikts ein eigenes Einkommen (10,3 %), 59 lebten von staatlichen Sozialleistungen oder Rentenzahlungen (75,6 %) und elf Probanden hatten überhaupt kein Einkommen (14,1 %). Alle Probanden mit Suchtproblematik lebten von staatlichen Sozialleistungen oder Rentenzahlungen. Von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen hatten fünf ein eigenes Einkommen (23,8 %), 14 lebten von staatlichen Sozialleistungen oder Rentenzahlungen (66,7 %) und zwei hatten überhaupt kein Einkommen (9,5 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer finanziellen Situation zum Zeitpunkt des Indexdelikts nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .213$).

Schulabschluss

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben 20 keinen Schulabschluss (25,6 %), 47 erreichten die mittlere (60,3 %) und elf Probanden die allgemeine Hochschulreife (14,1 %). Sechs Probanden mit Suchtproblematik haben keinen Schulabschluss (54,5 %), fünf erreichten die mittlere (45,5 %) und keiner die allgemeine Hochschulreife. Von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen haben acht keinen Schulabschluss (38,1 %), zehn erreichten die mittlere (47,6 %) und drei Probanden die allgemeine Hochschulreife (14,3 %). Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .280$).

Ausbildung

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben 50 keine abgeschlossene Ausbildung (64,1 %); 27 haben eine abgeschlossene Berufsausbildung (34,6 %) und ein Proband hat ein abgeschlossenes Studium (1,3 %). Neun Probanden mit Suchtproblematik haben keine abgeschlossene Ausbildung (81,8 %) und jeweils einer hat eine abgeschlossene Berufsausbildung (9,1 %) und ein abgeschlossenes Studium (9,1 %). Von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen haben zehn keine abgeschlossene Ausbildung (47,6 %), neun absolvierten eine Berufsausbildung (42,9 %) und zwei haben ein abgeschlossenes Studium (9,5 %).

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausbildung zum Zeitpunkt des Indexdelikts statistisch signifikant voneinander ($p = .046$). Bei den paarweisen Vergleichen hat sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen gezeigt.

Tabelle 13, *Soziodemografische Merkmale (n = 110)*

Variable	Ausprägung	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
Alter bei Indexdelikt, M (SD), Spannweite, Median		34.5 (11.3), 34.0, 30.0	32.5 (9.6), 48.0, 29.0	29.8 (10.1), 35.0, 26.0	z = 2.3	.304	
Geschlecht, n (%)	Männlich Weiblich	9 (81.8) 2 (18.2)	69 (88.5) 9 (11.5)	20 (95.2) 1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 1.2	.479	
Familienstand bei Indexdelikt, n (%)	In Partnerschaft Ohne Partnerschaft	3 (27.3) 8 (72.7)	17 (21.8) 61 (78.2)	6 (28.6) 15 (71.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 0.7	.713	
Berufliche Situation bei Indexdelikt, n (%)	Erwerbslos Berentet Erwerbstätig Studium/Ausbildung	10 (90.9) 0 (0.0) 1 (9.1) 0 (0.0)	62 (79.5) 7 (9.0) 5 (6.4) 4 (5.1)	16 (76.2) 1 (4.8) 2 (9.5) 2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.5	.881	
Wohnsituation bei Indexdelikt, n (%)	Eigene Wohnung Heim Obdachlos	8 (72.7) 0 (0.0) 3 (27.3)	54 (69.2) 11 (14.1) 13 (16.7)	16 (76.2) 3 (14.3) 2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.7	.614	
Finanzielle Situation bei Indexdelikt, n (%)	Eigenes Einkommen Sozialleistungen/Ren- tenzahlungen Kein Einkommen	0 (0.0) 11 (100.0) 0 (0.0)	8 (10.3) 59 (75.6) 11 (14.1)	5 (23.8) 14 (66.7) 2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.3	.213	
Nationalität bei Indexdelikt, n (%)	Deutsch Deutsch mit Migra- tionshintergrund Nicht deutsch	9 (81.8) 0 (0.0) 2 (18.2)	45 (57.7) 9 (11.5) 24 (30.8)	18 (85.7) 0 (0.0) 3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 6.7	.118	
Paragraph Unter- bringung Indexdelikt, n (%)	§ 63 StGB § 64 StGB	2 (18.2) 9 (81.8)	78 (100.0) 0 (0.0)	21 (100.0) 0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 46.7	.001**	F1x-F2x .001** F1x-F6x .001** F2x-F6x a
Paragraph Schuld- fähigkeit Indexdelikt, n (%)	§ 20 StGB § 21 StGB	4 (36.4) 7 (63.6)	71 (91.0) 7 (9.0)	6 (28.6) 15 (71.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 39.7	.001**	F1x-F2x .001** F1x-F6x .703 F2x-F6x .001**
Schulabschluss, n (%)	Kein Schulabschluss Mittlere Reife Allgemeine Hochschul- reife	6 (54.5) 5 (45.5) 0 (0.0)	20 (25.6) 47 (60.3) 11 (14.1)	8 (38.1) 10 (47.6) 3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 4.8	.280	
Ausbildung, n (%)	Keine Ausbildung Abgeschlossene Berufsausbildung Abgeschlossenes Studium	9 (81.8) 1 (9.1) 1 (9.1) 0 (0.0)	50 (64.1) 27 (34.6) 1 (1.3)	10 (47.6) 9 (42.9) 2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 8.7	.046*	F1x-F2x .074 F1x-F6x .134 F2x-F6x .089

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; M – Mittelwert; SD – Standardabweichung; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; StGB – Strafgesetzbuch; a – es wird keine Statistik berechnet, da die Variable eine Konstante ist; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01.

8.2 Welche sozialen Merkmale zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen sozialen Merkmalen unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?

Die sozialen Merkmale umfassen Variablen der Biografie, der Delinquenzgeschichte und der allgemeinen Kriminalitätsfaktoren. Sie sind in den Tabellen 14 bis 16 dargestellt.

8.2.1 Biografische Variablen

Therapiefeindliches soziales Umfeld

Sieben Probanden mit Suchtproblematik (63,6 %), 26 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (33,3 %) und acht Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (38,1 %) lebten zum Indexzeitpunkt in einem therapiefeindlichen sozialen Umfeld.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant ($p = .167$).

Heimaufenthalte in der Kindheit

Elf Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (14,1 %), zwei Probanden mit Suchtproblematik (18,2 %) und elf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (52,4 %) hatten Heimaufenthalte in der Kindheit.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant seltener Heimaufenthalte in der Kindheit aufwiesen als die persönlichkeitsgestörten Probanden ($p = .001$).

Körperliche/psychische Misshandlung in der Kernfamilie²

62 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (79,5 %), drei Probanden mit Suchtproblematik (27,3 %) und zehn Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (47,6 %) erlebten in ihrer Kindheit körperliche oder psychische Misshandlung in der Kernfamilie.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant häufiger körperliche oder psychische Misshandlung in der Kernfamilie erlebten als die suchtkranken ($p = .001$) oder persönlichkeitsgestörten ($p = .004$) Patienten.

Substanzkonsum der Eltern

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten 17 mindestens ein Elternteil, das Substanzkonsum betrieb (21,8 %). Dies gilt ebenso für fünf

² Kernfamilie wird hier als die Gemeinschaft von Mutter, Vater und den im Haushalt lebenden Kindern definiert (Lüschen et al., 1970).

Probanden mit Suchtproblematik (45,5 %) und acht Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (38,1 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Substanzkonsums der Eltern nicht statistisch signifikant ($\chi^2(2) = 4.2; p = .119$).

Körperliche/psychische Misshandlung außerhalb der Kernfamilie

Drei Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (3,8 %) erfuhren körperliche oder psychische Misshandlung außerhalb der Kernfamilie. Dies gilt auch für zwei Probanden mit Suchtproblematik (18,2 %) sowie für fünf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (23,8 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .010$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant seltener körperliche oder psychische Misshandlung außerhalb der Kernfamilie erlebten als die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .010$).

Psychiatrische Erkrankung der Eltern

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten 25 Eltern, die selbst an einer psychiatrischen Erkrankung litten (32,1 %). Dies trifft auch für fünf suchtkranke (45,0 %) und elf persönlichkeitsgestörte (52,4 %) Probanden zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant ($\chi^2(2) = 3.2; p = .194$).

Inhaftierung der Eltern

Drei Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (3,8 %) und jeweils ein suchtkranker (9,1 %) und ein persönlichkeitsgestörter (4,8 %) Proband hatten ein Elternteil, das ebenfalls mindestens einmal inhaftiert gewesen ist.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .583$).

Soziale Depravation

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren 35 zum Tatzeitpunkt des Indexdelikts sozial depraviert (44,9 %). Dies trifft auch für sechs Probanden mit Suchtproblematik (54,5 %) und 15 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (71,4 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich sozialer Depravation zum Indextatzeitpunkt nicht statistisch signifikant voneinander ($\chi^2(2) = 4.7; p = .094$).

Dissoziales Verhalten

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wiesen zum Indextatzeitpunkt 20 dissoziales Verhalten auf (25,6 %). Dies trifft auch für sechs Probanden mit Suchtproblematik (54,5 %) und 15 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (71,4 %) zu. Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($\chi^2(2) = 16.3; p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zum Indextatzeitpunkt statistisch signifikant seltener dissoziales Verhalten aufwiesen als die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .001$).

Sozialer Rückzug

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigten sich zum Indextatzeitpunkt 45 sozial rückzügig (57,7 %). Dies trifft auch für 13 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (61,9 %) zu. Bei keinem der suchtkranken Probanden lag zum Indextatzeitpunkt ein sozialer Rückzug vor.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass sich Patienten mit Suchtproblematik statistisch signifikant seltener sozial rückzügig zeigten als die schizophrenen ($p = .001$) oder persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Geringe Absprachefähigkeit

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wiesen 37 eine geringe Absprachefähigkeit auf (47,4 %). Dies trifft auch für sieben Probanden mit Suchtproblematik (63,6 %) und zwölf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (57,1 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .484$).

Tabelle 14, *Biografische Variablen (n = 110)*

Variable	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
Therapiefeindliches soziales Umfeld, n (%)	7 (63.6)	26 (33.3)	8 (38.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 3.6	.167	
Heimaufenthalte in der Kindheit, n (%)	2 (18.2)	11 (14.1)	11 (52.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 12.4	.001**	F1x–F2x .660 F1x–F6x .128 F2x–F6x .001**
Körperliche/psychische Misshandlung in der Kernfamilie, n (%)	3 (27.3)	62 (79.5)	10 (47.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 16.3	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x .450 F2x–F6x .004**
Substanzkonsum Eltern, n (%)	5 (45.5)	17 (21.8)	8 (38.1)	$\chi^2 = 4.2$	.119	
Körperliche/psychische Misshandlung außerhalb der Kernfamilie, n (%)	2 (18.2)	3 (3.8)	5 (23.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 8.8	.010*	F1x–F2x .113 F1x–F6x .100 F2x–F6x .010*
Psychiatrische Erkrankung der Eltern, n (%)	5 (45.0)	25 (32.1)	11 (52.4)	$\chi^2 = 3.2$	.194	
Inhaftierung der Eltern, n (%)	1 (9.1)	3 (3.8)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 1.3	.583	
Soziale Deprivation, n (%)	6 (54.5)	35 (44.9)	15 (71.4)	$\chi^2 = 4.7$	.094	
Dissoziales Verhalten, n (%)	6 (54.5)	20 (25.6)	15 (71.4)	$\chi^2 = 16.3$	.001**	F1x–F2x .074 F1x–F6x .442 F2x–F6x .001**
Sozialer Rückzug, n (%)	0 (0.0)	45 (57.7)	13 (61.9)	[Exakter Test nach Fisher] = 15.0	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x .001** F2x–F6x .728
Geringe Absprachefähigkeit, n (%)	7 (63.6)	37 (47.4)	12 (57.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 1.4	.484	

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; KMV – Krankenhaus des Maßregelvollzugs; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01.

8.2.2 Delinquenzgeschichte

Eintragungen im Bundeszentralregister (BZR)

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten 33 vor Begehung des Indexdelikts keine Eintragungen im BZR (42,3 %); 32 wiesen bis zu fünf Eintragungen im BZR auf (41,0 %) und 13 Probanden hatten mehr als fünf BZR-Eintragungen (16,7 %).

Drei Probanden mit Suchtproblematik hatten vor Begehung des Indexdelikts keine Eintragung im BZR (27,3 %); vier wiesen bis zu fünf Eintragungen auf (36,4 %) und weitere vier Probanden hatten mehr als fünf BZR-Eintragungen (36,4 %).

Fünf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen hatten vor Begehung des Indexdelikts keine Eintragung im BZR (23,8 %); 13 wiesen bis zu fünf Eintragungen auf (61,9 %) und drei Probanden hatten mehr als fünf BZR-Eintragungen (14,3 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Anzahl der Eintragungen im Bundeszentralregister vor Begehung des Indexdelikts nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .225$).

Frühere sonstige Delikte

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben 48 vor Begehung des Indexdelikts bereits ein sonstiges Delikt begangen (61,5 %). Dies trifft auch für acht Probanden mit Suchtproblematik (72,7 %) und 17 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (81,0 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .255$).

Früheres gewalttätiges Verhalten

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigten 28 vor Begehung des Indexdelikts bereits gewalttätiges Verhalten (36,4 %). Dies trifft auch für sechs Probanden mit Suchtproblematik (54,5 %) und zehn Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (47,6 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($\chi^2(2) = 2.1; p = .335$).

Frühere Tötungsdelikte

Zwei Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (2,6 %) und drei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (14,3 %) haben vor Begehung des Indexdelikts bereits ein Tötungsdelikt begangen. Keiner der suchtkranken Probanden hat vor dem Indexdelikt ein Tötungsdelikt begangen.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .090$).

Frühere Sexualdelikte

Vier Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (5,1 %), ein Proband mit einer Suchtproblematik (9,1 %) und elf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (52,4 %) haben vor Begehung des Indexdelikts mindestens ein Sexualdelikt begangen.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger Sexualdelikte begangen haben als die schizophrenen ($p = .001$) und die suchtkranken ($p = .023$) Patienten.

Delinquenz vor Krankheitsbeginn

Für diese Variable fehlt die Antwort eines Probanden mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis.

Von den schizophrenen Probanden wiesen 23 vor Krankheitsbeginn delinquentes Verhalten auf (29,9 %). Dies trifft auch für vier Probanden mit Suchtproblematik (36,4 %) und acht Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (38,1 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .781$).

Frühere Haftstrafen

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben 59 vor Begehung des Indexdelikts mindestens eine Haftstrafe verbüßt (75,6 %). Dies trifft auch für zehn Probanden mit Suchtproblematik (90,9 %) und 14 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (66,7 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .323$).

Frühere zivilrechtliche Unterbringung

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind 35 vor Begehung des Indexdelikts mindestens einmal zivilrechtlich untergebracht gewesen (44,9 %). Dies trifft auch für einen suchtkranken Probanden (9,1 %) und drei persönlichkeitsgestörte Probanden (14,3 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .005$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vor Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger zivilrechtlich untergebracht gewesen waren als die suchtkranken ($p = .025$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .012$) Patienten.

Frühere Unterbringung nach §§ 63/64 StGB

Fünf Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (6,4 %) sind vor Begehung des Indexdelikts bereits nach § 63 StGB untergebracht gewesen. In den anderen beiden Diagnosegruppen ist kein Proband zuvor nach §§ 63 oder 64 StGB untergebracht gewesen.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .755$).

Tabelle 15, *Delinquenzgeschichte* ($n = 110$)

Variable	Ausprägung	F1x <i>n</i> = 11	F2x <i>n</i> = 78	F6x <i>n</i> = 21	Teststatistik	<i>p</i>	<i>p post-hoc-Test</i>
Frühere(s) Tötungsdelikt(e), <i>n</i> (%)	Ja	0 (0.0)	2 (2.6)	3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 4.3	.090	
Anzahl der Eintragungen im BZR, <i>n</i> (%)	0 1 – 5 > 5	3 (27.3) 4 (36.4) 4 (36.4)	33 (42.3) 32 (41.0) 13 (16.7)	5 (23.8) 13 (61.9) 3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.5	.225	
Frühere(s) sonstige(s) Delikt(e), <i>n</i> (%)	Ja	8 (72.7)	48 (61.5)	17 (81.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.8	.255	
Früheres gewalttätiges Verhalten, <i>n</i> (%)	Ja	6 (54.5)	28 (36.4)	10 (47.6)	$\chi^2 = 2.1$	.335	
Frühere(s) Sexualdelikt(e), <i>n</i> (%)	Ja	1 (9.1)	4 (5.1)	11 (52.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 23.4	.001**	F1x–F2x .491 F1x–F6x .023* F2x–F6x .001**
Delinquenz vor Krankheitsbeginn, <i>n</i> (%)	Verfügbare Antworten Ja	<i>n</i> = 11 4 (36.4)	<i>n</i> = 77 23 (29.9)	<i>n</i> = 21 8 (38.1)	[Exakter Test nach Fisher] = .7	.756	
Frühere Haftstrafe(n), <i>n</i> (%)	Ja	10 (90.9)	59 (75.6)	14 (66.7)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.1	.323	
Frühere zivilrechtliche Unterbringung(en), <i>n</i> (%)	Ja	1 (9.1)	35 (44.9)	3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 10.4	.005**	F1x–F2x .025* F1x–F6x 1.00 F2x–F6x .012*
Frühere Unterbringung(en) nach §§ 63/64 StGB, <i>n</i> (%)	Ja	0 (0.0)	5 (6.4)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 1.0	.755	

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; *p* – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01; BZR – Bundeszentralregister; StGB – Strafgesetzbuch.

8.2.3 Allgemeine Kriminalitätsfaktoren

Substanzmissbrauch zum Tatzeitpunkt

Alle Probanden mit Suchtproblematik haben (diagnosegemäß) zum Zeitpunkt des Indexdelikts Substanzkonsum betrieben. Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben 50 (64,1 %) und von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen 14 komorbiden Substanzkonsum betrieben (66,7 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .043$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis zum Zeitpunkt der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant seltener Substanzmissbrauch betrieben haben als die suchtkranken Patienten ($p = .015$).

Soziale Herkunft (CASMIN-Klassifikation, vereinfacht)

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis wiesen 50 eine niedrige soziale Herkunft auf (64,1 %); 27 wiesen eine mittlere (34,6 %) und ein Proband eine hohe (1,3 %) soziale Herkunft auf. Neun Probanden mit Suchtproblematik wiesen eine niedrige soziale Herkunft (81,8 %) und jeweils einer eine mittlere (9,1 %) und eine hohe (9,1 %) soziale Herkunft auf. Zehn Probanden mit Persönlichkeitsstörungen wiesen eine niedrige soziale Herkunft (47,6 %), neun eine mittlere (42,9 %) und zwei eine hohe (9,5 %) soziale Herkunft auf.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .046$). Bei den paarweisen Vergleichen hat sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen gezeigt.

Tabelle 16, *Allgemeine Kriminalitätsfaktoren (n = 110)*

Variable	Ausprägung	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
Substanzmissbrauch zum Indexzeitpunkt, n (%)	Ja	11 (100.0)	50 (64.1)	14 (66.7)	[Exakter Test nach Fisher] = 6.4	.043*	F1x–F2x .015*
							F1x–F6x .066
							F2x–F6x .827
Soziale Herkunft (CASMIN-Klassifikation, vereinfacht), n (%)	Niedrig	9 (81.8)	50 (64.1)	10 (47.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 8.7	.046*	F1x–F2x .074
	Mittel	1 (9.1)	27 (34.6)	9 (42.9)			F1x–F6x .134
	Hoch	1 (9.1)	1 (1.3)	2 (9.5)			F2x–F6x .089

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01; CASMIN – Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations.

8.3 Welche Krankheitsmerkmale zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen Krankheitsmerkmalen unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?

Die Krankheitsmerkmale umfassen Variablen zum Krankheitsverlauf bis zum Indexdelikt und zur Psychopathologie während des Indexdelikts. Sie sind in den Tabellen 17 und 18 dargestellt.

8.3.1 Krankheitsverlauf bis zum Indexdelikt

Psychiatrische Nebendiagnosen (nach ICD-10)

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten 48 keine psychiatrische Nebendiagnose (61,5 %), vier hatten eine Nebendiagnose aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (5,1 %) und 26 zusätzlich eine weitere psychiatrische Nebendiagnose (33,3 %).

Zwei Probanden mit Suchtproblematik wiesen keine psychiatrische Nebendiagnose auf (18,2 %), vier eine aus demselben Spektrum (36,4 %), ein Proband eine sonstige psychiatrische Nebendiagnose (9,1 %) und vier eine Suchtproblematik kombiniert mit einer sonstigen psychiatrischen Nebendiagnose (36,4 %).

Drei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen wiesen keine psychiatrische Nebendiagnose auf (14,3 %), sieben eine Suchtproblematik (33,3 %), sechs eine sonstige psychiatrische Nebendiagnose und fünf eine Suchtproblematik kombiniert mit einer sonstigen psychiatrischen Nebendiagnose (23,8 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant seltener psychiatrische Nebendiagnosen aufwiesen als die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Krankheitsdauer bis zum Indexdelikt

Da die Krankheitsdauer der Probanden bis zum Indexdelikt nicht normalverteilt war (Shapiro-Wilk-Test; $\alpha = .05$), wurde der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test berechnet. Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mit dem Levene-Test, gemäß dem eine Gleichheit der Varianzen angenommen werden kann ($p = .188$).

Bei den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gab es Fälle, in denen die Diagnosestellung³ erst mit dem Indexdelikt erfolgte und Fälle mit einer Krankheitsdauer von bis zu 37 Jahren. Der Mittelwert liegt bei $7,4 \pm 6,7$ Jahren und der Median bei 6,5 Jahren.

³ Sofern nicht eindeutig in den Patientenakten dokumentiert, wird der Zeitpunkt der Diagnosestellung als Krankheitsbeginn gewertet, da keine anderen verlässlichen Informationen über einen früheren Krankheitsbeginn verfügbar waren.

Die kürzeste Krankheitsdauer der Probanden mit Suchtproblematik betrug ein Jahr; die längste 30 Jahre. Der Mittelwert liegt bei $9,9 \pm 9,1$ Jahren und der Median bei 7 Jahren.

Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren zum Indexzeitpunkt im Mittel $10,3 \pm 8,7$ Jahre krank; wobei es auch Probanden gab, deren Diagnosestellung zum Indexdelikt erfolgte und Fälle mit einer Krankheitsdauer von bis zu 34 Jahren. Der Median liegt bei 7 Jahren.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Krankheitsdauer bis zur Begehung des Indexdelikts nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .315$).

Frühere stationär-psychiatrische Behandlungen

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind 64 vor Begehung des Indexdelikts mindestens einmal in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen (82,1 %). Dies trifft auch für acht Probanden mit Suchtproblematik (72,7 %) und zwölf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (57,1 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .061$).

Diagnosestellung durch Indexdelikt

Bei 25 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erfolgte die Diagnosestellung einhergehend mit den Feststellungen zum Indexdelikt (32,1 %). Dies gilt auch für zwei Probanden mit Suchtproblematik (18,2 %) und für 16 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (76,2 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Diagnosestellung im Rahmen der Feststellungen zum Indexdelikt statistisch signifikant häufiger bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erfolgte als bei den suchtkranken ($p = .003$) und bei den schizophrenen ($p = .001$) Patienten.

Behandlungsangebot

Für 58 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (74,4 %), drei Probanden mit Suchtproblematik (27,3 %) und sechs Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (28,6 %) lag vor der Begehung des Indexdelikts ein Behandlungsangebot vor. Entsprechend erhielten 25,6 % der schizophrenen, 72,7 % der suchtkranken und 71,4 % der persönlichkeitsgestörten Täter kein Behandlungsangebot.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass für die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant häufiger ein Behandlungsangebot vorlag als für die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Ablehnung der Behandlung

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit Behandlungsangebot, wurde dieses in 53 Fällen zum Zeitpunkt des Indexdelikts abgelehnt (67,9 %). Daraus folgt, dass insgesamt fünf schizophrene Probanden (6,5 %) zum Indextatzeitpunkt eine psychiatrische Behandlung erhielten.

Ein Proband mit einer Suchtproblematik (9,1 %) lehnte die Behandlung ab. Daraus folgt, dass zwei suchtkranke Probanden (18,2 %) zum Indextatzeitpunkt eine psychiatrische Behandlung erhielten.

Fünf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (23,8 %) lehnten die Behandlung ab, woraus folgt, dass ein Proband (4,8 %) zum Indextatzeitpunkt eine psychiatrische Behandlung erhielt.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die Behandlung statistisch signifikant häufiger ablehnten als die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Aggressive Vorkommnisse⁴ innerhalb einer Woche vor dem Indexdelikt

Bei 54 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kam es innerhalb der Woche vor dem Indexdelikt zu aggressiven Vorkommnissen (69,2 %). Dies trifft auch für vier Probanden mit Suchtproblematik (36,4 %) und neun Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (42,9 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .020$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass es bei den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis innerhalb der Woche vor Indextatbegehung statistisch signifikant häufiger zu aggressiven Vorkommnissen gekommen ist als bei den suchtkranken ($p = .044$) und den persönlichkeitsgestörten ($p = .026$) Patienten.

⁴Aggressive und „bizarre, nicht strafbare Fehlhandlungen gegenüber anderen, z. B. plötzliches Anfassen von Kindern, Lärmen, erkennbare aggressive Gespanntheit, chaotisches Verhalten“ (Kröber, 2008).

Aggressive Vorkommnisse⁵ innerhalb von sechs Monaten vor dem Indexdelikt

Bei 41 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis fanden sich innerhalb der sechs Monate vor Begehung des Indexdelikts aggressive Vorkommnisse (52,6 %). Dies trifft auch für vier Probanden mit Suchtproblematik (36,4 %) und zwölf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (57,1 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .266$).

Frühere Suizidversuche

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben 25 vor Begehung des Indexdelikts mindestens einen Suizidversuch unternommen (32,1 %). Dies trifft auch für drei Probanden mit Suchtproblematik (27,3 %) und elf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (52,4 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .210$).

⁵ Aggressive und „bizarre, nicht strafbare Fehlhandlungen gegenüber anderen, z. B. plötzliches Anfassen von Kindern, Lärmen, erkennbare aggressive Gespanntheit, chaotisches Verhalten“ (Kröber, 2008).

Tabelle 17, Krankheitsverlauf bis zum Indexdelikt (n = 110)

Variable	Ausprägung	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
psychiatrische Nebendiagnose(n) (nach ICD-10), n (%)	Keine	2 (18.2)	48 (61.5)	3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 41.8	.001**	F1x–F2x .001**
	ICD-10 F1x	4 (36.4)	4 (5.1)	7 (33.3)			F1x–F6x .311
	Sonstige	1 (9.1)	0 (0.0)	6 (28.6)			F2x–F6x .001**
Krankheitsdauer bis zum Indexdelikt, M (SD), Median		9.9 (9.1), 7.0	7.4 (6.7), 6.5	10.3 (8.7), 7.0	z = 2.3	.315	
	Frühere stationär- psychiatrische Behandlung(en), n (%)	Ja	8 (72.7)	64 (82.1)	12 (57.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.6	.061
Diagnosestellung durch Indexdelikt, n (%)	Ja	2 (18.2)	25 (32.1)	16 (76.2)	[Exakter Test nach Fisher] = 15.1	.001**	F1x–F2x .493 F1x–F6x .003** F2x–F6x .001**
Behandlungsangebot, n (%)	Ja	3 (27.3)	58 (74.4)	6 (28.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.2	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x 1.00 F2x–F6x .001**
Ablehnung der Behandlung, n (%)	Ja	1 (9.1)	53 (67.9)	5 (23.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 25.3	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x .344 F2x–F6x .001**
Aggressive Vor- kommnisse innerhalb einer Woche vor dem Indexdelikt, n (%)	Ja	4 (36.4)	54 (69.2)	9 (42.9)	[Exakter Test nach Fisher] = 7.7	.020*	F1x–F2x .044* F1x–F6x 1.00 F2x–F6x .026*
Aggressive Vor- kommnisse innerhalb von sechs Monaten vor dem Indexdelikt, n (%)	Ja	4 (36.4)	41 (52.6)	12 (57.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.5	.266	
Frühere Suizidversuche, n (%)	Ja	3 (27.3)	25 (32.1)	11 (52.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 3.2	.210	

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; M – Mittelwert; SD – Standardabweichung; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01; ICD-10 – 10. International Classification of Diseases.

8.3.2 Psychopathologie während des Indexdelikts

Manieriert/bizarre Antriebs- und psychomotorische Störungen

Bei 45 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lagen zum Indexzeitpunkt manieriert/bizarre Antriebs- und psychomotorische Störungen vor (57,7 %). Dies trifft auch für zwei Probanden mit Suchtproblematik (18,2 %) und drei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (14,3 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander (p = .001).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger manieriert/bizarre Antriebs- und psychomotorische Störungen aufwiesen als die suchtkranken (p = .022) und die persönlichkeitsgestörten (p = .001) Patienten.

Wahndynamik

Bei 54 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lag zum Indexzeitpunkt eine hohe Wahndynamik vor (69,2 %). Dies trifft auch für zwei suchtkranke Probanden (18,2 %) und einen persönlichkeitsgestörten Probanden (4,8 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger eine hohe Wahndynamik aufwiesen als die suchtkranken ($p = .002$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Körperhalluzinationen

Bei 17 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lagen zum Indexzeitpunkt Körperhalluzinationen vor (21,8 %). Dies trifft auch für einen suchtkranken Probanden (9,1 %) zu. Keiner der persönlichkeitsgestörten Probanden litt zur Indexzeit unter Körperhalluzinationen.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .026$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger Körperhalluzinationen aufwiesen als die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .020$).

Ängstlicher Affekt

Bei 44 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lag zum Indexzeitpunkt ein ängstlicher Affekt vor (56,4 %). Dies trifft auch für zwei suchtkranke Probanden (18,2 %) und einen persönlichkeitsgestörten Probanden (4,8 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger einen ängstlichen Affekt aufwiesen als die suchtkranken ($p = .024$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Affektarmut

Zehn Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigten sich während der Begehung des Indexdelikts affektarm (12,8 %). Dies trifft auch für vier suchtkranke Probanden (36,4 %) und 17 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (81,0 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass sich die persönlichkeitsgestörten Patienten während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger affektarm zeigten als die suchtkranken ($p = .020$) und die schizophrenen ($p = .001$) Patienten.

Vergiftungswahn

Bei 21 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (26,9 %) und einem suchtkranken Probanden (9,1 %) lag zum Indextatzeitpunkt ein Vergiftungswahn vor. Keiner der persönlichkeitsgestörten Probanden litt zur Indextatzeit unter Vergiftungswahn.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .005$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger einen Vergiftungswahn aufwiesen als die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .005$).

Religiöser Wahn

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis litten 18 während der Begehung des Indexdelikts unter religiösem Wahn (23,1 %). Dies trifft für keinen der suchtkranken oder persönlichkeitsgestörten Probanden zu.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .006$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger einen religiösen Wahn aufwiesen als die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .011$).

Systematisierter Wahn

Bei 57 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lag zum Indexzeitpunkt ein systematisierter Wahn vor (73,1 %). Dies trifft auch für einen suchtkranken Probanden (9,1 %) und einen persönlichkeitsgestörten Probanden (4,8 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger einen systematisierten Wahn aufwiesen als die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Suizidalität

Fünf Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren zum Indexzeitpunkt suizidal (6,4 %). Dies trifft auch für einen Probanden mit einer Suchtproblematik (9,1 %) und für vier Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (19,0 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .176$).

Paraphilien

Bei zwei Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (2,6 %) und zwölf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (57,1 %) lag zum Indexzeitpunkt eine Paraphilie vor. Keiner der suchtkranken Probanden wies eine Paraphilie auf.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger Paraphilien vorlagen als bei den suchtkranken ($p = .002$) und den schizophrenen ($p = .001$) Patienten.

Pädophilie

Bei einem Probanden mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (1,3 %) und drei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (14,3 %) wurde eine Pädophilie diagnostiziert. Keiner der suchtkranken Probanden wies eine Pädophilie auf.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .042$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger eine Pädophilie vorlag als bei den schizophrenen Patienten ($p = .029$).

Sadismus

Bei einem Probanden mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (1,3 %) und elf Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (52,4 %) wurde eine sadistische Störung der Sexualpräferenz diagnostiziert. Dies traf für keinen der suchtkranken Probanden zu.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger ein Sadismus vorlag als bei den suchtkranken ($p = .005$) und den schizophrenen ($p = .001$) Patienten.

Fetischismus

Bei zwei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (14,0 %) wurde Fetischismus diagnostiziert. Keiner der schizophrenen oder suchtkranken Probanden wies einen Fetischismus auf.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .044$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger ein Fetischismus vorlag als bei den schizophrenen Patienten ($p = .043$).

Gedankenausbreitung/ -entzug/ -eingung

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis litten 44 zum Indexzeitpunkt unter Gedankenausbreitung, -entzug oder -eingung (56,4 %). Dies trifft auch für zwei Probanden mit Suchtproblematik (18,2 %) zu. Keiner der persönlichkeitsgestörten Probanden wies diese Psychopathologie auf.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger unter Gedankenausbreitung, -entzug oder -eingung litten als die suchtkranken ($p = .024$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Derealisation/Depersonalisation

Bei 27 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (34,6 %) und zwei Probanden mit Suchtproblematik (18,2 %) lag zum Indextatzeitpunkt Derealisations- und/oder Depersonalisationserleben vor. Dies traf für keinen der persönlichkeitsgestörten Probanden zu. Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant häufiger unter Derealisations- und/oder Depersonalisationserleben litten als die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .001$).

Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn

Bei 40 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (51,3 %) und jeweils einem suchtkranken (9,1 %) und einem persönlichkeitsgestörten (4,8 %) Probanden lag zum Indextatzeitpunkt Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn vor.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger einen Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn aufwiesen als die suchtkranken ($p = .010$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Feindselig-destruktiver Wahn

Bei 55 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (70,5 %), einem suchtkranken Probanden (9,1 %) und zwei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (9,5 %) lag zum Indextatzeitpunkt ein feindselig-destruktiver Wahn vor.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger einen feindselig-destruktiven Wahn aufwiesen als die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Stimmenhören

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hörten 47 zum Indextatzeitpunkt Stimmen (60,3 %). Dies trifft auch für zwei Probanden mit Suchtproblematik (18,2 %) zu. Keiner der persönlichkeitsgestörten Probanden wies diese Psychopathologie zum Indextatzeitpunkt auf.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger Stimmen hörten als die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Imperative Stimmen

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hörten 31 zum Indextatzeitpunkt imperative Stimmen (39,7 %). Dies traf für keinen der suchtkranken oder persönlichkeitsgestörten Probanden zu.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger imperative Stimmen hörten als die suchtkranken ($p = .007$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Optische Halluzinationen

Bei 14 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (17,9 %) lagen zum Indextatzeitpunkt optische Halluzinationen vor. Dies traf für keinen der anderen beiden Diagnosegruppen zu.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .031$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass bei den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant häufiger optische Halluzinationen vorlagen als bei den persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .037$).

Beziehungswahn

Bei 52 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lag zum Indexzeitpunkt ein Beziehungswahn vor (66,7 %). Dies trifft auch für jeweils einen suchtkranken (9,1 %) und einen persönlichkeitsgestörten (4,8 %) Probanden zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis während der Begehung des Indexdelikts statistisch signifikant häufiger einen Beziehungswahn aufwiesen als die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Substanzkonsum plötzlich vor Indexdelikt pausiert

Zehn Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis pausierten ihren Substanzkonsum plötzlich vor dem Indexdelikt (12,8 %). Dies trifft auch für zwei suchtkranke Probanden (18,2 %) und einen persönlichkeitsgestörten Probanden (4,8 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .104$).

Tabelle 18, *Psychopathologie während des Indexdelikts (n = 110)*

Variable	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
Maniert/bizarre Antriebs- und psychomotorische Störung, n (%)	2 (18.2)	45 (57.7)	3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 15.5	.001**	F1x-F2x .022* F1x-F6x 1.00 F2x-F6x .001**
Wahndynamik, n (%)	2 (18.2)	54 (69.2)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 35.4	.001**	F1x-F2x .002** F1x-F6x .266 F2x-F6x .001**
Körperhalluzinationen, n (%)	1 (9.1)	17 (21.8)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 6.5	.026*	F1x-F2x .450 F1x-F6x .344 F2x-F6x .020*
Ängstlicher Affekt, n (%)	2 (18.2)	44 (56.4)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 22.9	.001**	F1x-F2x .024* F1x-F6x .266 F2x-F6x .001**
Affektarmut, n (%)	4 (36.4)	10 (12.8)	17 (81.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 35.5	.001**	F1x-F2x .067 F1x-F6x .020** F2x-F6x .001*
Vergiftungswahn, n (%)	1 (9.1)	21 (26.9)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 9.1	.005**	F1x-F2x .280 F1x-F6x .344 F2x-F6x .005**
Religiöser Wahn, n (%)	0 (0.0)	18 (23.1)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 8.8	.006**	F1x-F2x .111 F1x-F6x a F2x-F6x .011*
Systematisierter Wahn, n (%)	1 (9.1)	57 (73.1)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 43.5	.001**	F1x-F2x .001** F1x-F6x 1.00 F2x-F6x .001**
Suizidalität, n (%)	1 (9.1)	5 (6.4)	4 (19.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 3.2	.176	

Variable	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post hoc-Test
Paraphilien, n (%)	0 (0.0)	2 (2.6)	12 (57.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 33.9	.001**	F1x-F2x 1.00 F1x-F6x .002** F2x-F6x .001**
Pädophilie, n (%)	0 (0.0)	1 (1.3)	3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.9	.042*	F1x-F2x 1.00 F1x-F6x .534 F2x-F6x .029*
Sadismus, n (%)	0 (0.0)	1 (1.3)	11 (52.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 33.2	.001**	F1-F2x 1.00 F1x-F6x .005** F2x-F6x .001**
Fetischismus, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.9	.044*	F1x-F2x a F1x-F6x .534 F2x-F6x .043*
Gedankenausbreitung/ -entzug/ -eingung, n (%)	2 (18.2)	44 (56.4)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 28.3	.001**	F1x-F2x .024* F1x-F6x .111 F2x-F6x .001**
Derealisation/Depersonalisation, n (%)	2 (18.2)	27 (34.6)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 12.5	.001**	F1x-F2x .493 F1x-F6x .111 F2x-F6x .001**
Beeinträchtigungs- /Verfolgungswahn, n (%)	1 (9.1)	40 (51.3)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 21.1	.001**	F1x-F2x .010* F1-F6x 1.00 F2x-F6x .001**
Feindselig-destruktiver Wahn, n (%)	1 (9.1)	55 (70.5)	2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 35.5	.001**	F1x-F2x .001** F1x-F6x 1.00 F2x-F6x .001**
Stimmenhören, n (%)	2 (18.2)	47 (60.3)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 31.9	.001**	F1x-F2x .011* F1x-F6x .111 F2x-F6x .001**
Imperative Stimmen, n (%)	0 (0.0)	31 (39.7)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 20.2	.001**	F1x-F2x .007** F1x-F6x a F2x-F6x .001**
Optische Halluzinationen, n (%)	0 (0.0)	14 (17.9)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 6.0	.031*	F1x-F2x .201 F1x-F6x a F2x-F6x .037*
Beziehungswahn, n (%)	1 (9.1)	52 (66.7)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 35.8	.001**	F1x-F2x .001** F1x-F6x 1.00 F2x-F6x .001**
Substanzkonsum plötzlich vor Indexdelikt pausiert, n (%)	2 (18.2)	10 (12.8)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 7.1	.104	

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01; a – es wird keine Statistik berechnet, da die Variable eine Konstante ist.

8.4 Welche Merkmale der Tatkonstellation zeichnen Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und mit Persönlichkeitsstörungen aus und in welchen Merkmalen der Tatkonstellation unterscheiden sich die drei Diagnosegruppen voneinander?

Die Variablen der *Merkmale der Tatkonstellation* sind in Tabelle 19 dargestellt.

Indexdelikt

Bei den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lagen in neun Fällen Mord (11,5 %), in zehn Fällen versuchter Mord (12,8 %), in 30 Fällen Totschlag (38,5 %) und in 29 Fällen versuchter Totschlag (37,2 %) vor.

Bei den Probanden mit Suchtproblematik lagen in jeweils drei Fällen versuchter Mord (27,3 %) und Totschlag (27,3 %) und in fünf Fällen versuchter Totschlag (45,5 %) vor; Mord kam nicht vor.

Bei den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen lagen in zehn Fällen Mord (47,6 %), in drei Fällen versuchter Mord (14,3 %) und in acht Fällen Totschlag (38,1 %) vor; versuchter Totschlag kam nicht vor.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Art des Tötungsdelikts statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger Mord begingen als die schizophrenen ($p = .001$) und die suchtkranken ($p = .001$) Patienten.

Anzahl der Opfer

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten 68 ein (87,2 %) und zehn Probanden mehr als ein (12,8 %) Opfer. Neun Probanden mit Suchtproblematik hatten ein (81,8 %) und zwei Probanden mehr als ein (18,2 %) Opfer. 16 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen hatten ein (76,2 %) und fünf Probanden mehr als ein (23,8 %) Opfer.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .438$).

Geschlecht des Opfers

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hatten 42 männliche Opfer (53,8 %), 33 hatten weibliche Opfer (42,3 %) und in drei Fällen waren es sowohl männliche als auch weibliche Opfer (3,8 %).

Sieben Probanden mit Suchtproblematik hatten männliche Opfer (63,6 %), jeweils zwei hatten weibliche (18,2 %) und Opfer beider Geschlechter (18,2 %).

Sechs Probanden mit Persönlichkeitsstörungen hatten männliche Opfer (28,6 %), elf hatten weibliche Opfer (52,4 %) und in vier Fällen waren es sowohl männliche als auch weibliche Opfer (19,0 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .018$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger weibliche Opfer hatten als die schizophrenen Patienten ($p = .025$).

Alter des Opfers

Für diese Variable fehlen vier Antworten von Probanden mit Suchtproblematik, 20 Antworten von Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und zwei von Probanden mit Persönlichkeitsstörungen.

Bei den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren die Opfer in vier Fällen minderjährig (6,9 %), in 37 Fällen zwischen 18 und 59 Jahre alt (63,8 %) und in 17 Fällen (29,3 %) 60 Jahre oder älter (29,3 %).

Bei den Probanden mit Suchtproblematik waren die Opfer in sechs Fällen zwischen 18 und 59 Jahre alt (85,7 %) und in einem Fall 60 Jahre oder älter (14,3 %).

Bei den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren die Opfer in zwei Fällen minderjährig (10,5 %), in 15 Fällen zwischen 18 und 59 Jahre alt (78,9 %) und in zwei Fällen 60 Jahre oder älter (10,5 %).

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .434$).

Bekanntheit mit dem Opfer

Den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren ihre Opfer in 59 Fällen bekannt (75,6 %); davon waren die Opfer in 31 Fällen Familienmitglieder (39,7 %). In 19 Fällen waren Fremde betroffen (24,4 %).

Den Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen waren ihre Opfer in neun Fällen bekannt (81,8 %); davon waren

drei Familienmitglieder (27,3 %). Den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren ihre Opfer in 16 Fällen bekannt (76,4 %); davon waren sechs Familienmitglieder (28,6 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = 1.00$).

Psychiatrische Erkrankung des Opfers

In 21 Fällen hatten die Opfer von Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis selbst eine psychiatrische Erkrankung (26,9 %). Dies trifft auch für vier Opfer von Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (36,4 %) und 13 Opfern von Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (61,9 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .011$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger Opfer mit psychiatrischen Erkrankungen hatten als die schizophrenen Patienten ($p = .003$).

Streit mit dem Opfer vor Indexdelikt

In 30 Fällen gab es vor dem Indexdelikt Streit zwischen dem Opfer und den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (38,5 %). Dies trifft auch für acht Fälle der Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (72,7 %) und sieben Fälle der Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (33,3 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .082$).

Impulsive Tat

Bei den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis begingen 54 ein impulsives Indexdelikt (69,2 %). Dies trifft auch für zehn Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (90,9 %) und 13 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (61,9 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .233$).

Sorgfältig vorbereitete Tat

Acht Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (10,3 %) und vier Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (19,0 %) bereiteten das Indexdelikt sorgfältig vor. Keiner der suchtkranken Probanden bereitete seine Indextat sorgfältig vor.

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .268$).

Gewaltankündigung vor dem Indexdelikt

Bei 31 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kam es vor dem Indexdelikt zu Gewaltankündigungen (39,7 %). Dies trifft auch für vier Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (36,4 %) und sieben Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (33,3 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .949$).

Tötungsankündigung vor dem Indexdelikt

Bei 23 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kam es vor dem Indexdelikt zu Tötungsankündigungen (29,5 %). Dies trifft auch für einen suchtkranken Probanden (9,1 %) und vier Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (19,0 %) zu.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .296$).

Besorgen von Waffen

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis besorgten sich 28 vor der Begehung des Indexdelikts Waffen (35,9 %). Dies trifft auch für zwei Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (18,2 %) und vier Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (19,0 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .267$).

Tragen von Waffen vor Indexdelikt

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis führten 30 vor der Begehung des Indexdelikts Waffen mit sich (38,5 %). Dies trifft auch für drei Probanden mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (27,3 %) und sechs Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (28,6 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .622$).

Tatort

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis begingen 31 ihr Indexdelikt in öffentlichen Räumen (27,3 %) und 47 Probanden in privaten Räumen (60,3 %). Bei den Probanden mit Suchtproblematik wurde das Indexdelikt in drei Fällen in öffentlichen Räumen (27,3 %) und in acht Fällen in privaten Räumen (72,7 %) begangen.

Sechs Tötungsdelikte der Probanden mit Persönlichkeitsstörungen fanden in öffentlichen (28,6 %) und 15 in privaten (71,4 %) Räumen statt.

Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant ($p = .590$).

Tageszeit des Indexdelikts

Für diese Variable fehlt eine Antwort von einem schizophrenen Probanden.

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis begingen 52 ihr Indexdelikt tagsüber (67,5 %) und 25 Probanden nachts (32,5 %).

Vier Probanden mit Suchtproblematik begingen ihr Indexdelikt tagsüber (36,4 %) und in sieben Fällen wurde es nachts begangen (63,6 %).

Drei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen begingen ihr Indexdelikt tagsüber (14,3 %) und 18 nachts (85,7 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant seltener tagsüber töteten als die schizophrenen Patienten ($p = .001$).

Tatwaffe

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nutzten 57 einen spitzen Gegenstand, meist ein Küchenmesser als Tatwaffe (73,1 %). In acht Fällen wurde ein stumpfer Gegenstand verwendet (10,3 %), in sechs Fällen die eigene Körperkraft durch Würgen (7,7 %), in drei Fällen eine Schusswaffe (3,8 %) und in vier Fällen wurden sonstige Tatwaffen⁶ gebraucht (5,1 %).

⁶ verbrennen, verhungern/verdurstet, U-Bahn-Stoß, Rohrbombe

Neun Probanden mit Suchtproblematik verwendeten einen spitzen Gegenstand als Tatwaffe (81,8 %) und in jeweils einem Fall wurde ein stumpfer Gegenstand (9,1 %) und eine sonstige Tatwaffe⁷ (9,1 %) genutzt.

In jeweils sechs Fällen der Probanden mit Persönlichkeitsstörungen war die Tatwaffe ein spitzer (28,6 %) und ein stumpfer (28,6 %) Gegenstand. In fünf Fällen wurde die eigene Körperkraft durch Würgen (23,8 %) als Tatwaffe eingesetzt, in einem Fall eine Schusswaffe (4,8 %) und in drei Fällen wurden sonstige Tatwaffen⁷ gebraucht (14,3 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .011$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der verschiedenen Tatwaffen des Indexdelikts zwischen den Gruppen der persönlichkeitsgestörten und der schizophrenen Probanden besteht ($p = .001$).

Lang hingezogene Tat

Fünf Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis begingen ein lang hingezogenes Indexdelikt (6,4 %). Dies trifft auch für einen suchtkranken Probanden (9,1 %) und acht Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (38,1 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger lang hingezogene Taten begingen als die schizophrenen Patienten ($p = .001$).

Zielgerichtete Tat

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis begingen 74 ihr Indexdelikt zielgerichtet (96,1 %). Dies trifft auch für zehn Probanden mit Suchtproblematik (90,9 %) und 20 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (95,2 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .588$).

⁷ verbrennen, verhungern/verdursten, U-Bahn-Stoß, Rohrbombe

Art der Festnahme

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis stellten sich 14 nach der Begehung des Indexdelikts selbst (17,9 %); 52 Probanden wurden innerhalb von 24 Stunden (66,7 %) und zwölf Probanden nach mehr als 24 Stunden festgenommen (15,4 %).

In sieben Fällen wurden die Probanden mit Suchtproblematik innerhalb von 24 Stunden festgenommen (63,6 %) und in vier Fällen nach mehr als 24 Stunden (15,4 %); Selbststeller gab es keine.

In vier Fällen stellten sich die Probanden mit Persönlichkeitsstörungen selbst (19,0 %). In acht Fällen kam es innerhalb von 24 Stunden zu einer Festnahme (38,1 %) und neun Probanden wurden nach mehr als 24 Stunden festgenommen (42,9 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .024$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant später festgenommen wurden als die schizophrenen Patienten ($p = .020$).

Zeitpunkt der Geständigkeit

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren 63 unmittelbar nach Ergreifung oder Selbststellung tatgeständig (80,8 %); zehn Probanden im Verlauf der Ermittlungen (12,8 %) und fünf Probanden zeigten sich bis zum Urteilsspruch nicht geständig (6,4 %).

Acht Probanden mit Suchtproblematik waren unmittelbar nach Ergreifung tatgeständig (72,7 %) und drei Probanden im Verlauf der Ermittlungen (27,3 %).

Von den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen waren 15 unmittelbar nach Ergreifung oder Selbststellung tatgeständig (71,4 %); fünf Probanden im Verlauf der Ermittlungen (23,8 %) und einer zeigte sich bis zum Urteilsspruch nicht geständig (4,8 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .513$).

Verstümmelung des Opfers

Vier Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis verstümmelten ihr Opfer im Rahmen des Indexdelikts (5,1 %). Dies trifft auch für einen suchtkranken Probanden (9,1 %) und sechs Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (28,6 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .007$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ihr Opfer statistisch signifikant häufiger verstümmelten als die schizophrenen Patienten ($p = .006$).

Overkill

Die Indexdelikte von 17 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurden als Overkill begangen (21,8 %). Dies trifft auch für das Indexdelikt eines suchtkranken Probanden (9,1 %) und die Indexdelikte von zehn Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (47,6 %) zu.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .031$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger ein Indexdelikt mit Overkill vorlag als bei den schizophrenen Patienten ($p = .018$).

Rituelle Handlungen am Opfer/Tatort

Vier Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (5,1 %), drei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (14,3 %) und keiner der suchtkranken Probanden führten rituelle Handlungen am Opfer oder Tatort des Indexdelikts durch.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable nicht statistisch signifikant voneinander ($p = .263$).

Verstümmelung der Geschlechtsteile des Opfers

Ein Proband mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (1,3 %), vier Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (19,0 %) und keiner der suchtkranken Probanden verstümmelten die Geschlechtsteile ihres Opfers im Rahmen des Indexdelikts.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .008$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger die Geschlechtsteile ihrer Opfer verstümmelten als die schizophrenen Patienten ($p = .007$).

Sexuelle Handlungen am Opfer

Ein Proband mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (1,3 %), sieben Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (33,3 %) und keiner der suchtkranken Probanden führten im Rahmen des Indexdelikts sexuelle Handlungen am Opfer durch.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Variable statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

In der post-hoc-Testung zeigte sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen statistisch signifikant häufiger sexuelle Handlungen am Opfer vornahmen als die schizophrenen Patienten ($p = .001$).

Tabelle 19, *Merkmale der Tatkonstellation (n = 110)*

Variable	Ausprägung	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
Indexdelikt, n (%)	Mord	0 (0.0)	9 (11.5)	10 (47.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 24.5	.001**	F1x-F2x .433 F1x-F6x .001** F2x-F6x .001**
	Versuchter Mord	3 (27.3)	10 (12.8)	3 (14.3)			
	Totschlag	3 (27.3)	30 (38.5)	8 (38.1)			
	Versuchter Totschlag	5 (45.5)	29 (37.2)	0 (0.0)			
Anzahl der Opfer, n (%)	1	9 (81.8)	68 (87.2)	16 (76.2)	[Exakter Test nach Fisher] = 1.9	.438	
	> 1	2 (18.2)	10 (12.8)	5 (23.8)			
Geschlecht des Opfers, n (%)	Männlich	7 (63.6)	42 (53.8)	6 (28.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 11.0	.018*	F1x-F2x .080 F1x-F6x .119 F2x-F6x .025*
	Weiblich	2 (18.2)	33 (42.3)	11 (52.4)			
	Beide (bei mehr als einem Opfer)	2 (18.2)	3 (3.8)	4 (19.0)			
Alter des Opfers, n (%)	Verfügbare Antworten	n = 7	n = 58	n = 19	[Exakter Test nach Fisher] = 3.5	.434	
	< 18 Jahre	0 (0.0)	4 (6.9)	2 (10.5)			
	18 – 59 Jahre	6 (85.7)	37 (63.8)	15 (78.9)			
	> 59 Jahre	1 (14.3)	17 (29.3)	2 (10.5)			
Bekanntheit mit dem Opfer, n (%)	Ja	9 (81.8)	59 (75.6)	16 (76.4)	[Exakter Test nach Fisher] = .1	1.00	
Psychiatrische Er- krankung des Opfers, n (%)	Ja	4 (36.4)	21 (26.9)	13 (61.9)	[Exakter Test nach Fisher] = 8.6	.011*	F1x-F2x .495 F1x-F6x .266 F2x-F6x .003**
Streit mit dem Opfer vor Indexdelikt, n (%)	Ja	8 (72.7)	30 (38.5)	7 (33.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.0	.082	
Impulsive Tat, n (%)	Ja	10 (90.9)	54 (69.2)	13 (61.9)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.8	.233	
Sorgfältig vorbereitete Tat, n (%)	Ja	0 (0.0)	8 (10.3)	4 (19.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.3	.268	
Gewaltankündigung vor dem Indexdelikt, n (%)	Ja	4 (36.4)	31 (39.7)	7 (33.3)	[Exakter Test nach Fisher] = .2	.949	
Tötungsankündigung vor dem Indexdelikt, n (%)	Ja	1 (9.1)	23 (29.5)	4 (19.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.3	.296	
Besorgen von Waffen, n (%)	Ja	2 (18.2)	28 (35.9)	4 (19.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.8	.267	
Tragen von Waffen vor Indexdelikt, n (%)	Ja	3 (27.3)	30 (38.5)	6 (28.6)	[Exakter Test nach Fisher] = .9	.622	

Variable	Ausprägung	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc Test
Tatort, n (%)	Öffentlicher Raum	3 (27.3)	31 (39.7)	6 (28.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 1.2	.590	
	Privater Raum	8 (72.7)	47 (60.3)	15 (71.4)			
Tageszeit des Indexdelikts, n (%)	Verfügbare Antworten	n = 11	n = 77	n = 21	[Exakter Test nach Fisher] = 20.8	.001**	F1x-F2x .089
	Tag (6 – 20 Uhr)	4 (36.4)	52 (67.5)	3 (14.3)			F1x-F6x .197
	Nacht (20 – 6 Uhr)	7 (63.6)	25 (32.5)	18 (85.7)			F2x-F6x .001**
Tatwaffe, n (%)	Spitz oder scharf	9 (81.8)	57 (73.1)	6 (28.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 19.4	.011*	F1x-F2x .893
	Stumpf	1 (9.1)	8 (10.3)	6 (28.6)			F1x-F6x .091
	Eigene Körperkraft durch Würgen	0 (0.0)	6 (7.7)	5 (23.8)			F2x-F6x .001**
	Schusswaffe	0 (0.0)	3 (3.8)	1 (4.8)			
	Sonstige	1 (9.1)	4 (5.1)	3 (14.3)			
Lang hingezogene Tat, n (%)	Ja	1 (9.1)	5 (6.4)	8 (38.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 12.1	.001*	F1x-F2x .558 F1x-F6x .115 F2x-F6x .001**
Zielgerichtete Tat, n (%)	Ja	10 (90.9)	74 (96.1)	20 (95.2)	[Exakter Test nach Fisher] = 1.3	.588	
Art der Festnahme, n (%)	Selbststeller	0 (0.0)	14 (17.9)	4 (19.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 10.4	.024*	F1x-F2x .104
	Innerhalb von 24 Stunden	7 (63.6)	52 (66.7)	8 (38.1)			F1x-F6x .265
	Später als 24 Stunden	4 (36.4)	12 (15.4)	9 (42.9)			F2x-F6x .020*
Zeitpunkt der Geständigkeit, n (%)	Sofort	8 (72.7)	63 (80.8)	15 (71.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.9	.513	
	Im Verlauf	3 (27.3)	10 (12.8)	5 (23.8)			
	Nie	0 (0.0)	5 (6.4)	1 (4.8)			
Verstümmelung des Opfers, n (%)	Ja	1 (9.1)	4 (5.1)	6 (28.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 8.4	.007**	F1x-F2 .491 F1x-F6 .374 F2x-F6 .006**
Overkill, n (%)	Ja	1 (9.1)	17 (21.8)	10 (47.6)	[Exakter Test nach Fisher] = 6.7	.031*	F1x-F2 .450 F1x-F6 .050 F2x-F6 .018*
Rituelle Handlungen am Opfer/Tatort, n (%)	Ja	0 (0.0)	4 (5.1)	3 (14.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.5	.263	
Verstümmelung der Geschlechtssteile des Opfers, n (%)	Ja	0 (0.0)	1 (1.3)	4 (19.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 8.6	.008**	F1x-F2x 1.00 F1x-F6x .272 F2x-F6x .007**
Sexuelle Handlungen am Opfer, n (%)	Ja	0 (0.0)	1 (1.3)	7 (33.3)	[Exakter Test nach Fisher] = 18.0	.001**	F1x-F2x 1.00 F1x-F6x .066 F2x-F6x .001**

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01.

8.5 Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte

Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 sowie in Tabelle 20 dargestellt.

In der untersuchten Stichprobe erwiesen sich hinsichtlich der Unterscheidung zwischen den drei Diagnosegruppen acht der 15 Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte (M1 – M15) als statistisch signifikant ($p_{M2} = .001$; $p_{M3} = .001$; $p_{M4} = .026$; $p_{M5} = .001$; $p_{M6} = .001$; $p_{M9} = .043$; $p_{M14} = .001$; χ^2 -Test nach Pearson: $p_{M12} = .001$).

Bei der post-hoc-Testung findet sich bei den Merkmalen *M2*, *M3*, *M5* und *M6* ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der schizophrenen Probanden und den beiden anderen Diagnosegruppen ($p_{M2} = \text{je } .001$; $p_{M3} = \text{je } .001$; $p_{M5} = \text{je } .001$; $p_{M6} = \text{je } .001$).

Das Merkmal *M2* „Schizophrene Erkrankung, insbesondere vom paranoiden Typus, mit zeitweilig produktiv psychotischer Symptomatik (im Sinne von TCO Symptomen: Verfolgungswahn, Auflösung der Ich-Grenzen und der Meinhaftigkeit, Gefühlen der Fremdkontrolle und der Überwältigung)“ (Kröber, 2008) weisen 56 schizophrene Probanden (71,8 %), zwei suchtkranke Probanden (18,2 %) und ein persönlichkeitsgestörter Proband (4,8 %) auf.

Das Merkmal *M3* „Stark feindselige, manichäische, destruktive Wahnthematik mit intensivem Erleben existentieller Bedrohung“ (Kröber, 2008) weisen 55 schizophrene Probanden (70,5 %), ein suchtkranker Proband (9,1 %) und zwei persönlichkeitsgestörte Probanden (9,5 %) auf.

Das Merkmal *M5* „Hoher Angstpegel, Gespanntheit, Misstrauen und Feindseligkeit, zunehmende Verworrenheit, hohe akute Wahndynamik“ (Kröber, 2008) weisen 60 schizophrene (76,9 %), zwei suchtkranke Probanden (18,2 %) und zwei persönlichkeitsgestörte Probanden (9,5 %) auf.

Das Merkmal *M6* „Identifizierung nahestehender Personen als solche, die vom Feind beherrscht und instrumentalisiert sind (der Feind steht plötzlich im eigenen Lager)“ (Kröber, 2008) trifft für 52 schizophrene Probanden (66,7 %), einen suchtkranken Probanden (9,1 %) und einen persönlichkeitsgestörten Probanden (4,8 %) zu.

Bei den Merkmalen *M4* und *M12* zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der schizophrenen und der Gruppe der persönlichkeitsgestörten Probanden ($p_{M4} = .020$; $p_{M12} = .001$).

Das Merkmal *M4* „Leibhalluzinationen und quälende Zoenästhesien, die den Verfolgern zugeschrieben werden“ (Kröber, 2008) weisen 17 schizophrene (21,8 %) und ein suchtkranker Proband (9,1 %) auf.

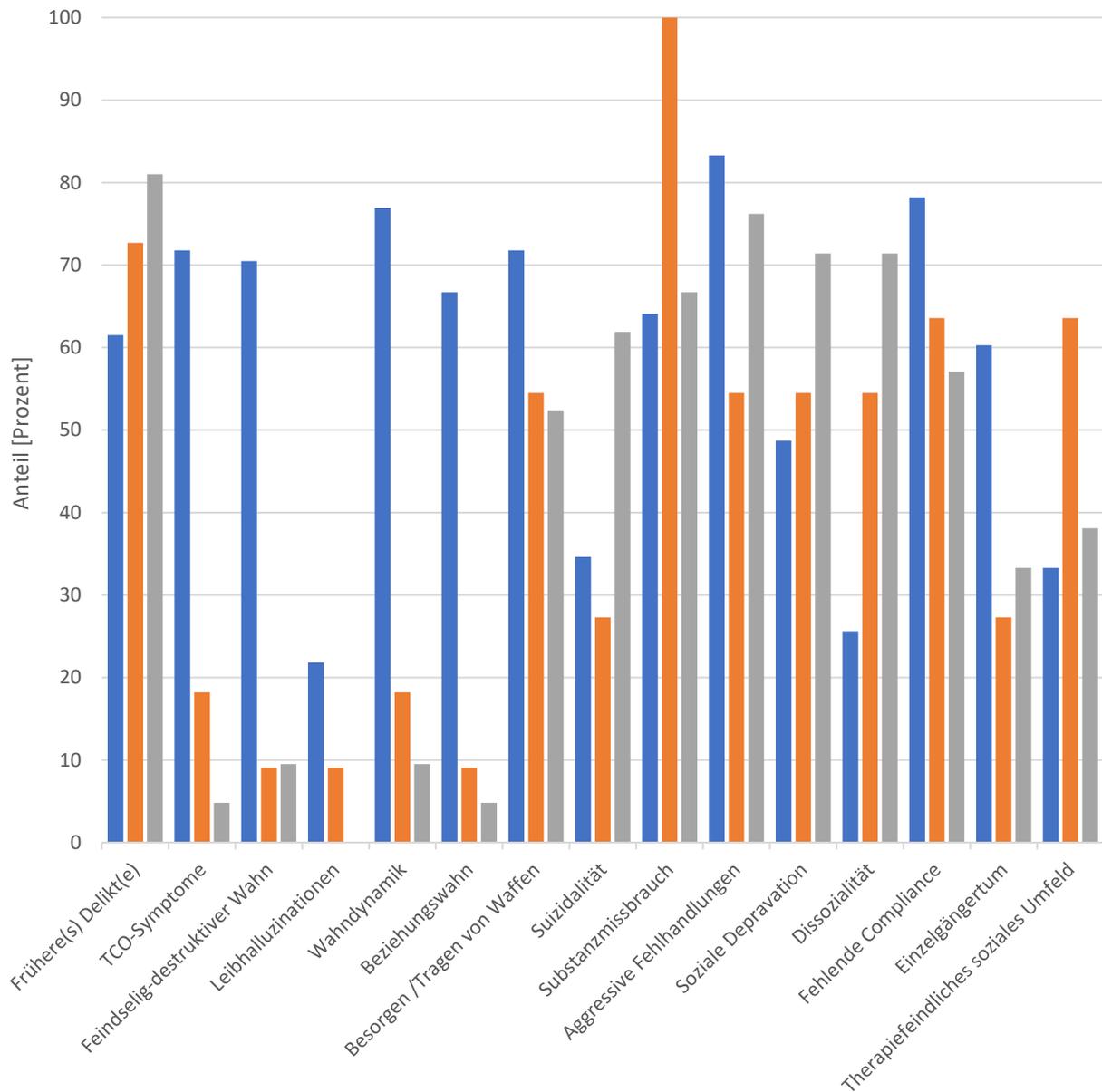
Das Merkmal *M12* „Vorlaufende Dissozialität seit Kindheit oder Jugend, dissoziales Verhalten nach Remission im Intervall“ (Kröber, 2008) weisen 20 schizophrene Probanden (25,6 %), sechs suchtkranke Probanden (54,5 %) und 15 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (71,4 %) auf.

Im Merkmal *M9* unterscheidet sich die Gruppe der schizophrenen Probanden statistisch signifikant von der Gruppe der suchtkranken Probanden ($p_{M9} = .015$).

Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis weisen 50 (64,1 %) das Merkmal *M9* „*Komorbider Substanzmissbrauch, führend sind Cannabis und Alkohol, auch und gerade wenn seit einigen Tagen plötzlich abstinent*“ (Kröber, 2008) auf. Dies trifft auch für alle Probanden mit Suchtproblematik und 14 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (66,7 %) zu.

Für das Merkmal *M14* liegt ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen der persönlichkeitsgestörten Probanden und den beiden anderen Diagnosegruppen vor. Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis weisen 47 (60,3 %) das Merkmal *M14* „*Extremes Einzelgängertum und große Verslossenheit; (bei psychomotorisch ruhigen, besonnen agierenden Tätern fällt manchmal die Diskrepanz auf zwischen großer Kühle und Emotionslosigkeit bei gleichzeitiger Verbalisierung äußerst brutaler Vernichtungsphantasien – in der Täter- oder Opferrolle)*“ (Kröber, 2008) auf. Dies trifft auch für drei suchtkranke Probanden (27,3 %) und 19 Probanden mit Persönlichkeitsstörungen (90,5 %) zu.

Abbildung 2, Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte (n = 110)



Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte

- Patienten mit Erkrankungen aus dem schizoprenen Formenkreis
- Patienten mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen:
 n – Größe der Stichprobe; TCO – Threat/Control-Override.

Tabelle 20, Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte (n = 110)

Merkmal	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
1. „Frühere rechtswidrige Taten, insbesondere frühere Gewalttaten, frühere Ermittlungsverfahren und Verurteilungen“, n (%)	8 (72.7)	48 (61.5)	17 (81.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 2.8	.255	
2. „Schizophrene Erkrankung, insbesondere vom paranoiden Typus, mit zeitweilig produktiv psychotischer Symptomatik (im Sinne von TCO Symptomen: Verfolgungswahn, Auflösung der Ich-Grenzen und der Meinhaftigkeit, Gefühlen der Fremdkontrolle und der Überwältigung)“, n (%)	2 (18.2)	56 (71.8)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 38.4	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x .266 F2x–F6x .001**
3. „Stark feindselige, manichäische, destruktive Wahnthematik mit intensivem Erleben existentieller Bedrohung“, n (%)	1 (9.1)	55 (70.5)	2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 35.5	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x 1.00 F2x–F6x .001**
4. „Leibhalluzinationen und quälende Zoenästhesien, die den Verfolgern zugeschrieben werden“, n (%)	1 (9.1)	17 (21.8)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 6.5	.026*	F1x–F2x .450 F1x–F6x .344 F2x–F6x .020*
5. „Hoher Angstpegel, Gespanntheit, Misstrauen und Feindseligkeit, zunehmende Verworrenheit, hohe akute Wahndynamik“, n (%)	2 (18.2)	60 (76.9)	2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 39.9	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x .593 F2x–F6x .001**
6. „Identifizierung nahestehender Personen als solche, die vom Feind beherrscht und instrumentalisiert sind (der Feind steht plötzlich im eigenen Lager)“, n (%)	1 (9.1)	52 (66.7)	1 (4.8)	[Exakter Test nach Fisher] = 35.8	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x 1.00 F2x–F6x .001**
7. „Eigene Gewaltdrohungen, Ankündigung finaler Auseinandersetzungen, bedingte und unbedingte Tötungsankündigungen, Besorgen von Waffen, Tragen von Waffen“, n (%)	6 (54.5)	56 (71.8)	11 (52.4)	$\chi^2 = 3.5$	.169	
8. „Frühere Suizidversuche, jetzige Suizidankündigungen (sie sind stets auch Indikator des Risikos fremdaggressiven Verhaltens)“, n (%)	3 (27.3)	27 (34.6)	13 (61.9)	[Exakter Test nach Fisher] = 5.6	.057	
9. „Komorbider Substanzmissbrauch, führend sind Cannabis und Alkohol, auch und gerade wenn seit einigen Tagen plötzlich abstinent“, n (%)	11 (100.0)	50 (64.1)	14 (66.7)	[Exakter Test nach Fisher] = 6.4	.043*	F1x–F2x .015* F1x–F6x .066 F2x–F6x 1.00
10. „Bizarre, nicht strafbare Fehlhandlungen gegenüber anderen, z.B. plötzliches Anfassen von Kindern, Lärmen, erkennbare aggressive Gespanntheit, chaotisches Verhalten“, n (%)	6 (54.5)	65 (83.3)	16 (76.2)	$\chi^2 = 4.9$	.084	
11. „Soziale Depravation (Obdachlosigkeit, Hunger, körperliche Verwahrlosung, Betteln, Kleinkriminalität)“, n (%)	6 (54.5)	38 (48.7)	15 (71.4)	[Exakter Test nach Fisher] = 3.4	.179	
12. „Vorlaufende Dissozialität seit Kindheit oder Jugend, dissoziales Verhalten nach Remission im Intervall“, n (%)	6 (54.5)	20 (25.6)	15 (71.4)	$\chi^2 = 16.3$	.001**	F1x–F2x .074 F1x–F6x .442 F2x–F6x .001**

Merkmal	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc Test
13. „Fehlende Therapeuten- und Medikamentencompliance, geringe Absprachefähigkeit“, n (%)	7 (63.6)	61 (78.2)	12 (57.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 4.3	.134	
14. „Extremes Einzelgängertum und große Verslossenheit; (bei psychomotorisch ruhigen, besonnen agierenden Tätern fällt manchmal die Diskrepanz auf zwischen großer Kühle und Emotionslosigkeit bei gleichzeitiger Verbalisierung äußerst brutaler Vernichtungsphantasien – in der Täter- oder Opferrolle)“, n (%)	3 (27.3)	47 (60.3)	19 (90.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 13.3	.001**	F1x–F2x .053 F1x–F6x .001** F2x–F6x .009**
15. „Therapiefeindliches soziales Umfeld (v.a. Angehörige, Sekten etc.), das von einer Kooperation mit der Psychiatrie und sozialen Hilfssystem abrät und Behandlungspläne sabotiert“ (Kröber, 2008), n (%)	7 (63.6)	26 (33.3)	8 (38.1)	[Exakter Test nach Fisher] = 3.6	.167	

Anmerkungen:

n – Größe der Stichprobe; TCO – Threat/Control-Override; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01; v. a. – vor allem; etc. – et cetera.

8.6 Threat/Control-Override

Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 sowie in Tabelle 21 dargestellt.

Ein suchtkranker Proband (9,1 %), zwei persönlichkeitsgestörte Probanden (9,5 %) und 54 Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (69,2 %) wiesen während des Indexdelikts *Threat*-Symptome auf.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Vorliegens der *Threat*-Symptomatik statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

Der post-hoc-Test ergab einen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich des Vorliegens der *Threat*-Symptomatik zwischen der Gruppe der schizophrenen Probanden und den anderen beiden Diagnosegruppen. Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wiesen die *Threat*-Symptomatik statistisch signifikant häufiger auf als die suchtkranken ($p = .001$) und die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .001$).

Control-Override-Symptome lagen bei zwei suchtkranken Probanden (18,2 %) und bei keinem Probanden mit Persönlichkeitsstörungen vor. Von den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wiesen 44 eine *Control-Override*-Symptomatik auf (56,4 %).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Vorliegens der *Control-Override*-Symptomatik statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

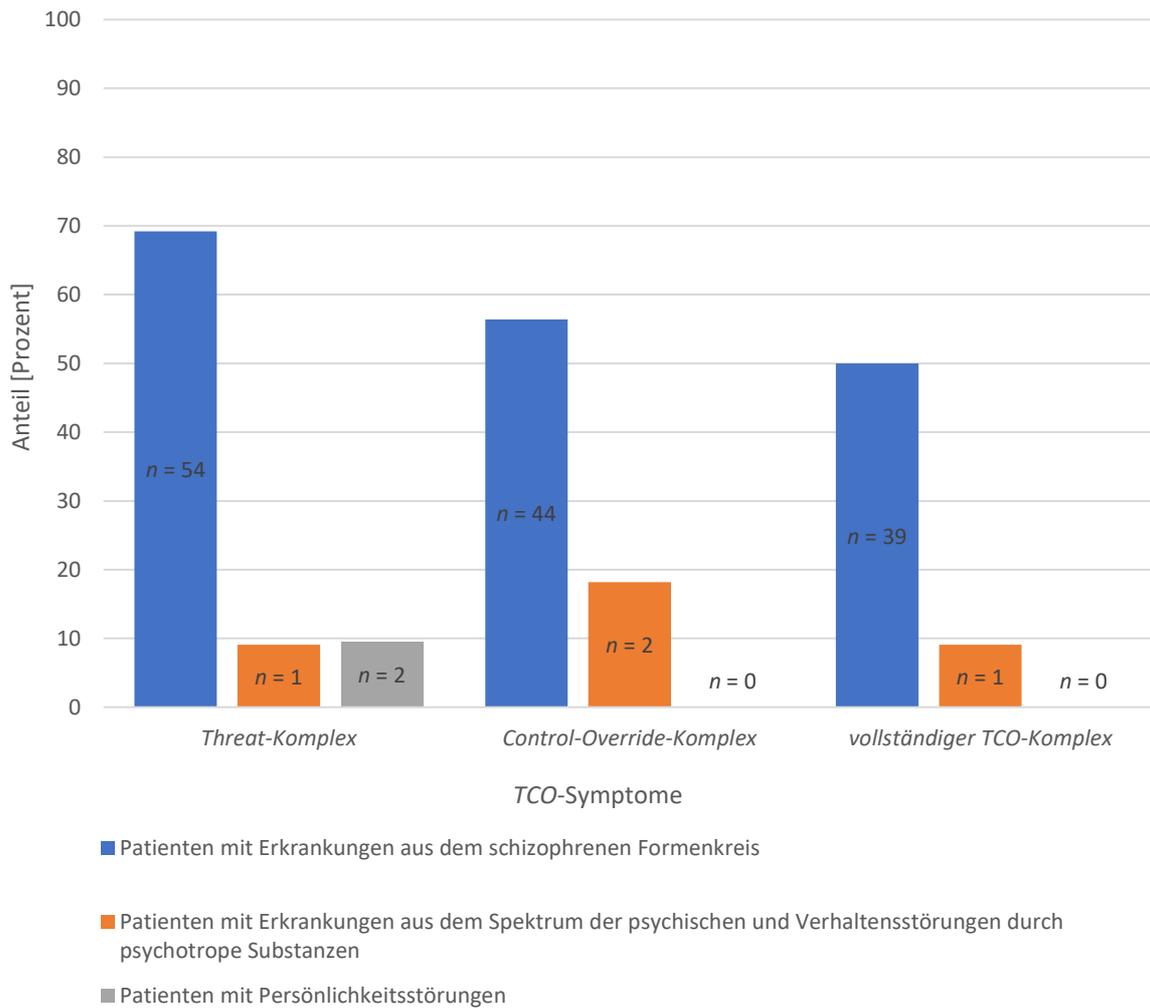
Der post-hoc-Test ergab einen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich des Vorliegens der *Control-Override*-Symptomatik zwischen der Gruppe der schizophrenen Probanden und den beiden anderen Diagnosegruppen. Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wiesen die *Control-Override*-Symptomatik statistisch signifikant häufiger auf als die suchtkranken ($p = .024$) und die persönlichkeitsgestörten Patienten ($p = .001$).

Der vollständige *TCO*-Komplex lag bei einem suchtkranken Probanden (9,1 %) und bei 39 schizophrenen Probanden (50,0 %) vor. Kein persönlichkeitsgestörter Proband erfüllte die Kriterien für den gesamten *TCO*-Komplex.

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Vorliegens des vollständigen *TCO*-Komplexes statistisch signifikant voneinander ($p = .001$).

Der post-hoc-Test ergab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der schizophrenen Probanden und den beiden anderen Diagnosegruppen. Bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lag der vollständige *TCO*-Komplex während der Begehung der Indextat statistisch signifikant häufiger vor als bei den suchtkranken ($p = .020$) und den persönlichkeitsgestörten ($p = .001$) Patienten.

Abbildung 3, TCO-Symptome (n = 110)



Anmerkungen:
n – Größe der Stichprobe; TCO – Threat/Control-Override.

Tabelle 21, Threat/Control-Override (n = 110)

TCO-Symptom	F1x n = 11	F2x n = 78	F6x n = 21	Teststatistik	p	p post-hoc-Test
Threat, n (%)	1 (9.1)	54 (69.2)	2 (9.5)	[Exakter Test nach Fisher] = 34.0	.001**	F1x–F2x .001** F1x–F6x 1.00 F2x–F6x .001**
Control-Override, n (%)	2 (18.2)	44 (56.4)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 28.3	.001**	F1x–F2x .024* F1x–F6x .111 F2x–F6x .001**
TCO, n (%)	1 (9.1)	39 (50.0)	0 (0.0)	[Exakter Test nach Fisher] = 25.1	.001**	F1x–F2x .020* F1x–F6x .344 F2x–F6x .001**

Anmerkungen:
n – Größe der Stichprobe; TCO – Threat/Control-Override; F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenieformen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen; p – Signifikanzwert; * < .05; ** < .01.

9 Diskussion

Herr K., 38 Jahre, wuchs gemeinsam mit seiner anderthalb Jahre jüngeren Schwester in geordneten Verhältnissen im Haushalt seiner verheirateten Eltern am nordöstlichen Stadtrand von Mannheim auf. Die Mutter war in der Erwachsenenbildung tätig und verstarb zehn Jahre vor Begehung des Indexdelikts; der Vater war Tischlermeister und verstarb ein Jahr vor Tatbegehung.

Regelrecht eingeschult, besuchte der überdurchschnittlich begabte Proband das Gymnasium und musste aufgrund seines mit 14 Jahren begonnenen Suchtmittelkonsums (damals vorwiegend Marihuana und Cannabis, aber auch Alkohol) und den daraus resultierenden Fehlzeiten zwei Klassen wiederholen und beendete seine Schulausbildung letztlich vorzeitig und ohne Abschluss.

Nach ersten Kostproben im Rahmen seiner Jugendweihe, konsumierte Herr K. fortan Alkohol, überwiegend Bier. Dies tat er in hohen Mengen und zunehmend auch in psychisch belastenden und Stresssituationen. Parallel dazu kiffte er und konsumierte Kokain, Speed und Pilze.

Den anschließenden Zivildienst musste er nach sieben Monaten abbrechen, da er seinen dortigen Aufgaben nicht mehr zuverlässig nachkam.

Aus dieser Zeit ist die erste psychotische Dekompensation bekannt: Auf dem Weg zu einer Technoparty überkam ihn plötzlich das Gefühl, zu seiner eigenen Hinrichtung gefahren zu werden und er war geplagt von akutem Bedrohungs- und Verfolgungserleben, Angst und hoher Wahndynamik. Er stürzte sich infolgedessen aus dem fahrenden Auto. In einer ähnlichen Situation glaubte Herr K. später, alle Zähne würden ihm ausfallen – auch tags darauf konnte er sich nicht von dieser Idee distanzieren, sodass er einen Zahnarzt aufsuchte, um sicherzugehen.

In der Annahme, dass diese Zustände vom Cannabis und Kokain ausgelöst wurden, verzichtete Herr K. zukünftig auf diese Substanzen.

Es folgten vergebliche Bemühungen um einen Studienplatz an einer Theaterhochschule und anschließende Arbeitslosigkeit. Mittlerweile in Mannheim lebend, ging er keiner geregelten Tätigkeit nach und lebte in den Tag hinein. Ab und an heuerte er als ungelernter Arbeiter im Heizungs- und Sanitärbereich oder als DJ an. Eine Berufsausbildung hat er nie absolviert; seine Lebenshaltungskosten bestritt er überwiegend durch öffentliche Transferleistungen.

Im Alter von 36 Jahren endete eine weitere psychotische Exazerbation nach tagelangem Umherirren in der Stadt mit einem suizidalen Brückensprung an einem S-Bahnhof. Später schilderte Herr K., den Tod als einzigen Ausweg einer rasenden Angst vor den Verfolgern gesehen zu haben. Nach vorübergehender antipsychotischer Behandlung im Rahmen des auf

den Suizidversuch folgenden vierwöchigen Krankenhausaufenthalts folgte keine fortdauernde Neuroleptie.

Es besteht eine Partnerschaft, aus der das jüngste seiner drei Kinder hervorging. Zu den anderen beiden Kindern besteht kein Kontakt; er zahlte für die Kinder keinen Unterhalt. Die Partnerin lebte mit dem gemeinsamen einjährigen Kind in der Nachbarwohnung eines Mehrfamilienhauses.

Tage vor dem Indexdelikt fühlte sich Herr K. von Neuem verfolgt, nach dem Leben getrachtet und von den engsten Vertrauten bedroht. Die Partnerin habe versucht, ihn mit dem Osterbraten zu vergiften, von engen Freunden fühlte er sich massiv bedroht. Infolgedessen schlief er kaum noch und verbarrikadierte sich in seiner Wohnung. Er sendete SMS an Freunde und Bekannte, in denen er um Entschuldigung für vermeintlich von ihm zugefügtes Unrecht bat und sich von ihnen verabschiedete. Zur Linderung seiner Ängste konsumierte er verstärkt Amphetamine. Als letzten Ausweg sah er in der Nacht vor der Indexstat abermals nur noch den Tod.

Er trank größere Mengen Bier, schnitt sich mit einem Skalpell die Pulsadern auf und schrieb mit seinem Blut „Ich bin dann mal weg. Evil Schlachthaus. 666“ an die Küchenwand. Danach versuchte er an mehreren Stellen in der Wohnung Feuer zu legen und drehte den Gasherd auf, um eine Explosion herbeizuführen. Letztlich fand die von der Partnerin wegen der Rauchentwicklung alarmierte Feuerwehr den bewusstlosen Herrn K. nackt im Wohnzimmer liegend. Es erfolgte eine Anklage wegen versuchten Mordes durch Verwenden eines gemeingefährlichen Mittels in Tateinheit mit schwerer Brandstiftung und versuchter Herbeiführung einer Sprengstoffexplosion. Der Angeklagte wurde wegen Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) freigesprochen und es wurde eine strafrechtliche Unterbringung nach § 64 StGB angeordnet. Vorstrafen hatte es nicht gegeben.

Die kasuistische Darstellung des Falls eines Probanden mit einer Erkrankung aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen soll Impuls und Anknüpfungspunkt für die folgende kritische Reflexion der *soziodemografischen* und *sozialen* Merkmale sowie der *Krankheitsmerkmale* und der *Merkmale der Tatkonstellation* sein.

Doch zunächst soll auch die diagnostische Einordnung des Falls beleuchtet werden, denn sie weist auf ein oft schwer zu lösendes Dilemma hin: Die Diagnostik einer substanzinduzierten psychotischen Störung in Abgrenzung zu einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis.

Im Schuldfähigkeitsgutachten des Probanden wurde bereits die Differentialdiagnose einer paranoiden Schizophrenie diskutiert. Für diese Diagnose sprechen die ausgeprägte und typische Psychopathologie sowie das Ersterkrankungsalter des Probanden. Außerdem wurde – zumindest im Schuldfähigkeitsgutachten – kaum von einem längsschnittlich überdauernden Substanzkonsum berichtet. Vielmehr ist der Proband zum einen in seiner Jugend eigenständig abstinent von Cannabis und Kokain geworden und zum anderen geht aus der gutachterlichen Stellungnahme hervor, dass der Proband vor allem in Momenten großer psychotisch motivierter Angst und Wahndynamik Substanzen (fraglich im Sinne einer Selbstmedikation) konsumiert hat.

Da der Patient jedoch seit seiner Jugend zu keinem Zeitpunkt über Wochen oder gar Monate komplett abstinent von Suchtmitteln war, ließ sich eine substanzinduzierte psychotische Störung (ICD-10 F15.5, drogeninduzierte Psychose) formal nicht ausschließen. Klinisch präsentieren sich beide Diagnosen nahezu identisch und als einzige Unterscheidungsgrundlage ist derzeit die vorherrschende Psychopathologie während einer mindestens sechsmonatigen Abstinenz zugelassen. Die hat der Proband aus dem vorliegenden Fall nie erreicht.

Vor dem Hintergrund der juristischen Entscheidung einer Verurteilung nach dem primär unbefristeten § 63 StGB oder aber dem auf zwei Jahre befristeten § 64 StGB wird eine sorgfältige Diagnostik schicksalsentscheidend. Dass es sich mitnichten nur um eine akademische Fragestellung handelt, stellte kürzlich auch die Arbeitsgruppe um Dressing dar (Hirjak et al., 2022) und betonte damit die forensische Relevanz einer präzisen differentialdiagnostischen Abgrenzung substanzinduzierter psychotischer Störungen von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Außerdem erarbeiteten die Autoren ein strukturelles Vorgehen zur korrekten Diagnosestellung für allgemeinspsychiatrische und forensische Psychiater.

Die Frage, ob die in der Kasuistik vergebene Diagnose zutreffend ist, darf offen und Gegenstand weiterer Diskussion bleiben.

9.1 Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erhellung der Tätergruppe der forensischen Tötungsdelinquenten und deren Taten sowie die Unterscheidung der verschiedenen Gruppen von Tötungsdelinquenten vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Diagnosen. Die zwei dafür formulierten zentralen Fragestellungen *„Was sind die Merkmale forensischer Tötungsdelinquenten und ihrer Tötungsdelikte?“* und *„Worin unterscheiden sich die verschiedenen Diagnosegruppen hinsichtlich dieser Merkmale voneinander?“* wurden anhand

von sechs Fragen und ungerichteten Hypothesen untersucht.

Im Folgenden werden diese Fragen beantwortet. Grundlage dafür sind die Ausprägungen der untersuchten Variablen. Aus ihnen setzen sich die drei Merkmale (*soziale Merkmale*, *Krankheitsmerkmale* und *Merkmale der Tatkonstellation*) sowie die *soziodemografischen Merkmale* zusammen. Berücksichtigt werden die im Gruppenvergleich statistisch signifikanten Variablen und jene, die im Gruppenvergleich dem Augenschein nach deutlich verschiedene Ausprägungen aufweisen (≥ 15 %-Punkte Differenz). Außerdem werden die Variablen diskutiert, die unabhängig vom Gruppenvergleich hohe Ausprägungen aufweisen (≥ 60 %-Punkte). Darauf aufbauend wird für jede Diagnosegruppe ein grafisches Täterprofil erstellt.

9.1.1 Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Reichlich zwei Drittel der untersuchten forensischen Tötungsdelinquenten weisen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Dieser Wert liegt etwas unterhalb der in der Literatur beschriebenen Angaben, nach denen 70 – 80 % der forensischen Tötungsdelinquenten unter Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden (Haller et al., 2001; Müller, et al., 2017; Schanda et al., 2004).

In Übereinstimmung mit den Angaben von Schanda et al. (2004) ist bei den untersuchten Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die paranoide Schizophrenie mit 70,5 % (versus 63,4 % bei Schanda et al., 2004) am häufigsten vertreten.

Die schizophrenen Patienten waren bei Begehung ihres Indexdelikts häufiger schuldunfähig (Verurteilung nach § 20 StGB) als die suchtkranken oder die persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten. Dieses Ergebnis nimmt eine wesentliche Erkenntnis über die Teilstichprobe der schizophrenen Probanden vorweg: Die bei den schizophrenen Tätern besonders ausgeprägte Psychopathologie führt zur fast ausschließlichen Schuldunfähigkeit. Während bei den suchtkranken und persönlichkeitsgestörten Probanden in jeweils über der Hälfte der Fälle lediglich eine Minderung der Schuldfähigkeit vorlag, waren die schizophrenen Tötungsdelinquenten in nahezu allen Fällen (91 %) unfähig, das Unrecht ihrer Taten zu erkennen und nach dieser Erkenntnis zu handeln.

Hinsichtlich der Psychopathologie zum Indextatzeitpunkt waren eine akute Wahndynamik, systematisierter und feindselig-destruktiver Wahn, Beziehungswahn sowie Stimmenhören besonders verbreitet. Am häufigsten war der feindselig-destruktive Wahn, unter dem zum Indextatzeitpunkt knapp drei Viertel aller schizophrenen Probanden litten.

Die Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den vielfach replizierten Befunden, dass bei schizophrenen Tötungsdelinquenten zum Indextatzeitpunkt eine besonders hohe psychopathologische Symptomlast vorliegt (Buchanan et al., 1993; Prüter, 2011; Stompe et al. 2004, 2018; Swanson et al., 2006; Witt et al., 2013). Stompe et al. (2004; 2018) beschrieben bei Patienten mit schwersten Gewaltdelikten dieselben häufigsten spezifischen Symptome: systematisierter Wahn und akute Wahndynamik.

Obwohl nur drei psychopathologische Symptome ausschließlich bei den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auftraten (imperative Stimmen, optische Halluzinationen und religiöser Wahn), bestand für das Auftreten der meisten psychopathologischen Symptome ein statistisch signifikanter Unterschied zu den beiden anderen Diagnosegruppen. Diese Symptome waren manieriertes Verhalten, Wahndynamik und systematisierter Wahn, ängstlicher Affekt, destruktiver-, Beziehungs- und Verfolgungswahn, Stimmenhören sowie Gedankenausbreitung, -entzug oder -eingung.

Drei der untersuchten psychopathologischen Symptome erwiesen sich im Gruppenvergleich lediglich hinsichtlich der Gruppe der persönlichkeitsgestörten Täter als statistisch signifikant: Körperhalluzinationen, Vergiftungswahn und Derealisation-/Depersonalisation.

Das Auftreten von Körperhalluzinationen und Vergiftungswahn in der Gruppe der suchtkranken Probanden lässt sich durch den in der Kasuistik erläuterten Fall mit der fraglich nichtdiagnostizierten paranoiden Schizophrenie erklären; diese beiden Symptome wies einzig dieser Proband auf.

Derealisations-/Depersonalisationserleben kann auch im Rahmen der möglichen psychopathologischen Zustände von Suchterkrankungen vorliegen. Dies sind die akute Intoxikation, das Entzugssyndrom mit Delir oder die substanzinduzierte psychotische Störung.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zum Vorkommen der *TCO*-Symptome zeigen im Gruppenvergleich eine statistisch signifikante Häufung von sowohl *Threat*- und *Control-Override*-Symptomen als auch des gesamten *TCO*-Komplexes bei den schizophrenen Tötungsdelinquenten. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zum Vorkommen des gesamten *TCO*-Komplexes (50,0 %) stimmen mit den Angaben von Stompe et al. (2018) überein, in der 52,0 % der Probanden mit schwersten Delikten zur Tatzeit den *TCO*-Komplex aufwiesen.

Zwar wurden in dieser Arbeit keine nicht oder weniger delinquenten Vergleichsgruppen untersucht, jedoch bestätigen die Ergebnisse die Häufung von *TCO*-Symptomen bei Probanden mit schwersten Delikten.

Threat-Symptome waren bei Stompe et al. (2018) und in der vorliegenden Untersuchung annähernd gleich häufig (70,7 % vs. 69,2 %). *Control-Override*-Symptome lagen bei Stompe et al. (2018) bei 64,0 % und in der vorliegenden Arbeit bei 56,4 % der Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenieformen Formenkreis vor. Diese geringfügige Abweichung kann durch die psychopathologisch weniger präzise Definition der *CO*-Symptome und der damit einhergehenden fehleranfälligen Operationalisierung erklärt werden. Während „Gedankenentzug/ -einkerbung“ eindeutige psychopathologische Symptome darstellen, ist das Kriterium „Wahnhaftes Überzeugen, dass äußere Mächte die eigenen Gefühle, Handlungen und Wünsche steuern“ nicht zweifelsfrei zu operationalisieren. Aus diesem Grund wurden für die vorliegende aktenbasierte retrospektive Erhebung der Psychopathologie lediglich die psychopathologischen Symptome „Gedankenentzug/ -einkerbung“ verwendet. Es bleibt unklar, welche konkreten psychopathologischen Symptome Stompe et al. (2018) mit dem Kriterium „Wahnhaftes Überzeugen, dass äußere Mächte die eigenen Gefühle, Handlungen und Wünsche steuern“ gemeint haben; es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Symptome zu dem geringfügig größeren Vorkommen von *CO*-Symptomen in deren Untersuchung geführt haben. Die Kriterien für *Threat* lassen sich hingegen eindeutiger operationalisieren: „Systematisierter Verfolgungs- oder Vergiftungswahn einhergehend mit massiver Todesdrohung durch konkrete Personen oder Personengruppen“ entsprechen den psychopathologischen Symptomen „Systematisierter Wahn“, „Beeinträchtigungs-, Verfolgungs- oder Vergiftungswahn“ und „feindselig-destruktiver Wahn“. Diese klarere Operationalisierung spiegelt sich auch in den übereinstimmenden Ergebnissen für *Threat* bei Stompe et al. (2018) und der vorliegenden Arbeit wider.

Verschiedene Autoren fanden, dass der Zusammenhang von *TCO* und Gewaltverhalten bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenieformen Formenkreis maßgeblich auf die *Threat*-Symptome zurückzuführen sind (Nederlof et al., 2011; Stompe et al., 2004, 2018; Teasdale et al., 2006). In der vorliegenden Arbeit waren sowohl *Threat*- als auch *Control-Override*-Symptome im Gruppenvergleich statistisch signifikant für die Gruppe der schizophrenen Täter. Es sollte geprüft werden, ob dieser Befund womöglich durch die schwierigere Operationalisierung von *Control-Override*-Symptomen begründet ist.

Die vorliegende Untersuchung ist die erste, die das Vorkommen der *TCO*-Symptome vergleichend in verschiedenen Diagnosegruppen untersucht. Es konnte eine Spezifität des

Komplexes für schizophrene Tötungsdelinquenten gezeigt werden. Dies ist ein bisher nicht publizierter Befund. Die erfassten Symptome sind also kein Anzeichen eines generell gesteigerten Gewaltpotentials psychisch Kranker, sondern bilden eine spezifisch schizophrene Psychopathologie ab.

Die Ergebnisse erlauben jedoch keine Rückschlüsse auf den Vorhersagewert des *TCO*-Komplexes von (schweren) Gewaltdelikten, denn es wurde eine post-hoc-Analyse durchgeführt. Das zu untersuchende Ereignis lag also bereits in der Vergangenheit und traf für alle Probanden gleichermaßen zu (Begehung eines schweren Gewalt-/Tötungsdelikts).

Statistisch signifikant gegenüber den anderen beiden Diagnosegruppen war überdies das häufigere Vorliegen eines Behandlungsangebots zum Indextatzeitpunkt sowie die Ablehnung dieses Angebots im genannten Zeitraum. Reichlich zwei Drittel der schizophrenen Probanden lehnten die ihnen angebotene Behandlung ab. Unter Berücksichtigung der Anzahl der Probanden, denen eine psychiatrische Therapie empfohlen worden ist, resultiert ein Wert von 6,5 % aller schizophrenen Tötungsdelinquenten, die sich zum Indextatzeitpunkt in psychiatrischer Behandlung befunden haben. Diese Befunde stimmen mit den Ergebnissen zur Medikamentencompliance schizophrener Delinquenten von Haller et al. (2001; 7 %) überein und liegen zwischen den Angaben von Kutscher et al. (2009; 9,3 %) und Stompe und Schanda (2018; 3 %).

Die Probanden der anderen beiden Diagnosegruppen erhielten in je etwa einem Viertel der Fälle ein Behandlungsangebot und lehnten dieses deutlich seltener ab als die schizophrenen Probanden.

Der erhebliche Einfluss von Noncompliance auf gewalttätiges Verhalten wurde vielfach repliziert (Haller et al., 2001; Kutscher et al., 2009; Stompe & Schanda, 2018). Das Risiko schizophrener Patienten, ein Tötungsdelikt zu begehen, sank in der Untersuchung von Niessen et al. (2011) mit Beginn einer adäquaten medikamentösen Behandlung signifikant. Heilmann und Schanda (2007) und Meier et al. (2016) folgerten aus ihren Untersuchungen, dass eine adäquate Behandlung der Grund für die im Großteil der Fälle ausbleibenden schweren Gewalthandlungen schizophrener Patienten darstellt.

Für die Vermeidung zukünftigen delinquenten Verhaltens schizophrener Patienten ist neben einem adäquaten Behandlungsangebot eine verlässliche Therapiecompliance essenziell.

Es bleibt zu klären, wo der *Circulus vitiosus* aus fehlender psychiatrischer Behandlung, zunehmend florider Psychopathologie und Noncompliance beginnt und wo er am besten zu durchbrechen ist.

Da für ein Viertel der schizophrenen Täter zum Indextatzeitpunkt kein Behandlungsangebot vorlag, ist davon auszugehen, dass maximal dieser Anteil Ersterkrankte darstellt. Dies ist ein deutlich geringerer Teil als in den Untersuchungen von Stompe und Schanda (2018).

Schizophrene Probanden waren vor Begehung ihres Indexdelikts durchschnittlich etwa sieben Jahre lang erkrankt, über 80 % haben sich bereits in stationär-psychiatrischer Behandlung befunden und knapp die Hälfte war mindestens einmal zivilrechtlich untergebracht. Sie unterscheiden sich damit statistisch signifikant von den anderen beiden Diagnosegruppen. Diese Ergebnisse stimmen mit den Angaben der Literatur überein (Haller et al., 2001; Hodgins & Müller-Isberner, 2004; Kutscher et al., 2009). Lediglich die Untersuchungen von Schanda und Stompe (2018) ergaben, dass sich etwa die Hälfte der Tötungsdelinquenten zuvor noch nie in psychiatrischer Behandlung befunden hat.

Interessant ist zudem, dass knapp zwei Drittel aller schizophrenen Tötungsdelinquenten keine psychiatrische Nebendiagnose hatten. Dies trifft für nur jeweils etwa ein Viertel der suchtkranken und persönlichkeitsgestörten Täter zu. Deutlich über die Hälfte der Probanden betrieb komorbiden Substanzkonsum (64,1 %). Das ist ein höherer Anteil als bei Schanda et al. (2004) und Stompe et al. (2018).

Die Angaben, dass mehr als die Hälfte der Probanden keine psychiatrischen Nebendiagnosen hatten und gleichzeitig über die Hälfte komorbiden Substanzkonsum betrieb, sind durch die unterschiedlichen Variablenerfassungen zu erklären. Während Nebendiagnosen nur dann erfasst wurden, wenn sie eindeutig und mit ICD-10-Kodierung in den Schuldfähigkeitsgutachten oder Urteilen zum Indexdelikt genannt waren, galt die Variable „komorbider Substanzkonsum“ als erfüllt, wenn dies aus dem Fließtext der beiden Informationsquellen hervorging.

Knapp zwei Drittel der schizophrenen Täter zeigten in der Woche vor der Tatbegehung auffälliges aggressives Verhalten. Sie unterscheiden sich damit statistisch signifikant von den anderen beiden Diagnosegruppen. Dieser Befund stärkt das Bild des schizophrenen Tötungsdelinquenten, der – geprägt von massivem Bedrohungserleben, Angst und systematisiert-feindseligem Wahn – vergeblich gegen die vermeintlichen Verfolger anzukämpfen versucht. Das resultierende Tötungsdelikt ist dann als eine unausweichliche wahnhafte Notwehr zu verstehen (Kröber, 2008; Stompe & Schanda, 2018).

Die Ergebnisse der soziodemografischen Daten stimmen weitgehend mit denen der Literatur überein (Kutscher et al., 2009; Maier et al., 2016; Nielssen & Large, 2010; Whiting et al., 2021; Stompe et al., 2018; u. v. a.): Über drei Viertel aller Probanden sind männlich, ohne Partnerschaft, erwerbslos und beziehen Sozialleistungen oder Rentenzahlungen. Hinsichtlich des Alters zum Indextatzeitpunkt (in der Stichprobe durchschnittlich 32,5 Jahre), können am ehesten die Befunde von Schanda et al. (2004) gestützt werden. Dort war der Großteil der schizophrenen Probanden bei der Begehung des Indexdelikts älter als 25 Jahre.

Der in der Literatur vielfach replizierte negative Einfluss eines niedrigen sozioökonomischen Status auf das Gewaltverhalten von schizophrenen Patienten (Schalast, 2012; Stompe et al., 2018; Whiting et al., 2021; Witt et al., 2013) kann durch die vorliegende Studie insofern bestätigt werden, dass etwa zwei Drittel der betroffenen Probanden aus einer niedrigen sozialen Schicht stammen.

Außerdem war zum Indextatzeitpunkt knapp jeder fünfte schizophrene Proband obdachlos. Bei Kutscher et al. (2009) war sogar jeder vierte forensische Maßregelpatient obdachlos. Die Obdachlosenrate der Allgemeinbevölkerung⁸ beträgt weniger als 1 % und ist damit deutlich niedriger als die der späteren forensischen Patienten. Kutscher et al. (2009) schlossen durch ihre Betrachtung aller forensischen Patienten auch Probanden mit leichteren Delikten und anderen Hauptdiagnosen in ihre Untersuchung ein. Die höhere Obdachlosenrate der forensischen Maßregelpatienten im Allgemeinen deutet auf eine bessere soziale Einbindung und geringere Depravation der Gruppe der Tötungsdelinquenten hin.

Der Unterschied hinsichtlich des prämorbidem Sozialisierungsniveaus zwischen Patienten mit schwersten Gewaltdelikten und Patienten mit weniger schweren Delikten wurde in der Literatur vielfach beschrieben (Hodgins & Müller-Isberner, 2014; Wang et al., 2019; Sonnweber et al., 2022; Stompe et al., 2018; Stompe & Schanda, 2018).

Hinsichtlich der biografischen Daten ergab sich ebenfalls ein bereits in der Literatur beschriebener Befund (Bosqui et al., 2014; Engelstad et al., 2019; Fazel et al., 2009a; Storvestre et al., 2020; Witt et al., 2013): Etwa vier von fünf schizophrenen Tätern haben in der Kindheit und Jugend Misshandlungen in der Kernfamilie erlebt. Diesbezüglich besteht ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zu beiden anderen Diagnosegruppen.

⁸ Derzeit sind 262.000 Menschen in Deutschland wohnungslos, von denen 38.500 tatsächlich auf der Straße leben, also obdachlos sind (BMAS, 2023).

Der Großteil der schizophrenen Tötungsdelinquenten hat also eine Gewaltsozialisation durchgemacht und in diesem Rahmen womöglich Gewaltanwendung zur Problemlösung erlernt. Außerdem sind bei zwei Drittel der Probanden die von Stompe (2018) definierten allgemeinen Kriminalitätsfaktoren erfüllt – Substanzmissbrauch im Zeitraum des Indexdelikts und niedriger sozioökonomischer Status. Diese Befunde stärken die Vermutung, dass eine gestörte soziale Entwicklung bedeutsam für die Delinquenzentwicklung schizophrener Patienten ist.

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Substanzkonsum ein verbreitetes Mittel der Selbstmedikation psychiatrischer Patienten darstellt und somit nicht ohne weiteres als Indiz einer gestörten sozialen Entwicklung gewertet werden kann (Wobrock et al., 2005).

Nicht repliziert werden konnten die Daten über Heimaufenthalte in der Kindheit und psychiatrische Erkrankungen der Eltern. Lediglich knapp ein Drittel der Eltern schizophrener Tötungsdelinquenten wies eine psychiatrische Erkrankung auf und 14 % der Probanden hatte frühere Heimaufenthalte. Somit sind die Ergebnisse insgesamt niedriger als in der Literatur beschrieben und im Gruppenvergleich sogar am niedrigsten. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass diese Variablen im Rahmen einer methodischen Limitation weder im Urteil zum Indexdelikt noch im psychiatrischen Schuldfähigkeitsgutachten dokumentiert worden sind und somit keinen Eingang in die vorliegende Untersuchung gefunden haben.

Bezüglich der Daten zur schulischen Bildung unterscheidet sich die untersuchte Stichprobe ebenfalls von den in der Literatur referierten Ergebnissen: Während bei Stompe et al. (2018) über die Hälfte der delinquenten Patienten keinen Schulabschluss aufwies, traf dies in der vorliegenden Stichprobe lediglich für ein Viertel der schizophrenen Probanden zu.

Im Gruppenvergleich erreichten die schizophrenen Probanden sogar am häufigsten die mittlere Reife oder einen noch höheren Abschluss (74,4 % versus 45,5 % der suchtkranken und 61,9 % der persönlichkeitsgestörten Probanden). Es sollte berücksichtigt werden, dass der Erkrankungsbeginn schizophrener Erkrankungen meist in der Adoleszenz liegt, also häufig genau in der Zeit der Erlangung eines Schul- oder Ausbildungsabschlusses.

Die schizophrenen Tötungsdelinquenten wiesen zudem im Vergleich zu den suchtkranken und persönlichkeitsgestörten Probanden seltener Eintragungen im BZR auf. Gleichwohl ist festzuhalten, dass trotzdem über die Hälfte der Probanden entsprechende Eintragungen hatte. Bei Habermeyer et al. (2010) hatten drei Viertel der Maßregelpatienten bereits Eintragungen im BZR.

Außerdem zeigten schizophrene Patienten im Gruppenvergleich am seltensten delinquentes Verhalten vor Krankheitsbeginn. Mit knapp einem Drittel der Probanden ordnet sich dieser Befund in die Mitte der in der Literatur zu findenden Angaben ein und stimmt am ehesten mit den Ergebnissen von Winsper et al. (2013) überein. Niedrigere Werte werden bei Haller et al. (2001) und Stompe et al. (2018) beschrieben. Höhere Angaben finden sich bei Hodgins und Müller-Isberner (2004) sowie bei Leygraf (1988).

Diese drei Befunde (Schulabschluss, BZR-Eintragungen und delinquentes Verhalten vor Krankheitsbeginn) sprechen für eine weniger stark gestörte soziale Entwicklung von schizophrenen Patienten mit schwersten Gewaltdelikten.

Bezüglich der Indextatgestaltung zeigte sich, dass nahezu alle schizophrenen Täter ein einziges Opfer hatten und dieses in mehr als drei Viertel der Fälle kannten. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse von Stompe und Schanda (2018) sowie Stompe et al. (2018), die fanden, dass 75,5 % der Opfer aus dem unmittelbaren Täterumfeld stammten.

Zudem war auffällig, dass reichlich zwei Drittel der Probanden tagsüber getötet haben. Das steht im Gegensatz zu den Tötungsdelikten psychisch gesunder Menschen, die vorrangig zwischen 20 Uhr und 4 Uhr morgens töten (Rasch, 1979). Dieser Befund steht außerdem im Gegensatz zu den Ergebnissen der anderen beiden Diagnosegruppen, obwohl nur hinsichtlich der Gruppe der persönlichkeitsgestörten Täter eine statistische Signifikanz vorliegt.

Etwa 60 % der Tötungsdelikte fanden im privaten Raum statt. Diese Befunde werden auch bei Stompe und Schanda (2018) beschrieben.

Schizophrene Probanden besorgten sich im Indextatvorfeld deutlich häufiger Waffen als die suchtkranken oder persönlichkeitsgestörten Probanden. In Übereinstimmung mit den Befunden von Stompe und Schanda (2018) war die Tatwaffe in knapp drei Viertel der Fälle ein Messer oder anderer spitz-scharfer Gegenstand; besonders häufig wurden Küchenmesser als Tatwaffe verwendet. Psychisch gesunde Tötungsdelinquenten nutzen hingegen mehrheitlich Schusswaffen (Kröber & Trofimova, 2022).

Besonderheiten wies das Nachtatverhalten auf, in welchem die schizophrenen Täter nicht selten selbst die Behörden alarmiert haben oder zumindest am Tatort verblieben sind, um sich dann widerstandslos abführen zu lassen. Ähnliches gilt für die Tatgeständigkeit: Über 90 % haben sich bis zur rechtskräftigen Verurteilung geständig gezeigt. Der Anteil an Selbststellern ist in der untersuchten Stichprobe mit 17,9 % höher als bei Stompe und Schanda (2018) mit knapp 10 %.

Einleitend sind drei Typologisierungen schizophrener Gewaltdelinquenten vorgestellt worden. Die Typologie von Kröber (2008; 2014) ist für eine Einteilung schizophrener Tötungsdelikte nur eingeschränkt anwendbar. Im 3. Typus werden Taten geringerer Intensität benannt, die Tötungsdelikte bereits formal ausschließen. Auch der 2. Typus ist in der vorliegenden Stichprobe nicht vertreten: Obwohl acht Probanden ihre Tat sorgfältig vorbereitet haben, hat kein Täter versucht, einer Strafverfolgung zu entgehen oder bewusst danach gehandelt. Letztlich würden alle Probanden dem 1. Typus zugeordnet werden müssen.

Stompes (2013) Typologie bezieht sich speziell auf schizophrene Tötungsdelinquenten. Die Angaben Stompes bestätigend, tritt auch in der vorliegenden Stichprobe die „Tötung aus wahnhafter Notwehr“ am häufigsten auf. Weitaus seltener kam es zum „katatonen Overkill“, der sich durch längere und besonders gewalttätige Tathandlungen auszeichnet (trifft für die Taten von etwa 5 – 20 % der schizophrenen Tötungsdelinquenten zu).

Obwohl etwa ein Drittel der Probanden vor dem Indexdelikt Streit mit dem späteren Opfer gehabt hat, erfolgte die Tötung in allen Fällen aus wahnhaften Motiven und nicht aufgrund realer Konflikte. Die vorangegangenen Streitsituationen waren vielmehr bereits ein Produkt der wahnhaften Verkennung der späteren Täter. Die „Tötung aufgrund eines eskalierenden Konflikts“ war daher nicht vertreten. Dieser Tattyp ähnelt Kröbers 3. Typus. Er ist nicht von einer floriden Psychopathologie, sondern von der affektiven und kognitiven Verflachung des Täters und des Vorliegens realer Konflikte gekennzeichnet.

Dennoch scheint Stompes Typologie sinnvoll, da sie sich auf die Psychopathologie im Tatvorfeld und zum unmittelbaren Tatzeitpunkt bezieht. Dabei wird deutlich, dass bei der weitaus am häufigsten auftretenden „Tötung als wahnhafte Notwehr“ die persönliche Not und Ausweglosigkeit des Patienten schon Tage vor dem Indexdelikt massiv ist. Genau diese Phase des Suchens des Patienten nach dem letzten Rettungsanker eröffnet dem zuständigen Helfersystem die Chance, zu intervenieren und so womöglich die „Tötung aus wahnhafter Notwehr“ zu verhindern.

Zu den von Hodgins und Müller-Isberner (2014) beschriebenen „Early Starters“ gehört knapp ein Drittel der schizophrenen Tötungsdelinquenten. Sie sind bereits vor Krankheitsbeginn straffällig geworden. Der mehrheitliche Teil der schizophrenen Tötungsdelinquenten lässt sich der zweiten Gruppe zuordnen. Die Tötungsdelikte wurden durchschnittlich nach sieben bis acht Jahren begangen und meist lag zwischen Erkrankungsbeginn und Indexdelikt bereits delinquentes Verhalten vor.

Eine Krankheitsdauer von über zehn Jahren lag bei 28 % der Tötungsdelinquenten vor; die längste Krankheitsdauer bis zum Indexdelikt betrug 37 Jahre. Etwa 10 % der Probanden wiesen eine Krankheitsdauer von über zehn Jahren und kein delinquentes Verhalten vor dem Indexdelikt auf. Diese Gruppe gehört zu den „Late Starters“.

In Abbildung 4 ist das Täterprofil des sich aus der Stichprobe ergebenden typischen schizophrenen Tötungsdelinquenten dargestellt. Dafür wurden alle Variablen berücksichtigt, die über 60 %-Punkte aufwiesen, also für deutlich mehr als die Hälfte der schizophrenen Probanden zutraten.

Abbildung 4, Täterprofil, Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis



Anmerkung:
StGB – Strafgesetzbuch.

9.1.2 Patienten mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Zum Untersuchungszeitpunkt litten 21 % aller forensischen Maßregelpatienten des Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs an einer Erkrankung aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Zum Vergleich wird in der Literatur für die nach § 64 StGB untergebrachten Patienten ein Wert von etwa 18 % angegeben. Die leicht abweichenden Angaben resultieren aus der Betrachtung der Einweisungsparagrafen in der Literatur und der Hauptdiagnosen in der vorliegenden Studie. In seltenen Fällen werden Patienten mit hauptdiagnostischer Suchtproblematik auch nach § 63 StGB untergebracht.

Bis auf jeweils zwei der elf suchtkranken Tötungsdelinquenten waren alle nach § 21 StGB und § 64 StGB untergebracht. Dies ist ein deutlicher Unterschied zu den schizophrenen Probanden. Die mehrheitlich verminderte Schuldfähigkeit der suchtkranken Probanden legt einen weniger starken Einfluss der Erkrankung auf die Tat nahe. Die Steuerungsfähigkeit der suchtkranken Tötungsdelinquenten war in vier von fünf Fällen nicht ganz aufgehoben.

Ähnlich wie bei den Probanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren die suchtkranken Tötungsdelinquenten fast ausnahmslos erwerbslose Männer deutscher Nationalität ohne Migrationshintergrund und Partnerschaft. Alle lebten von staatlichen Sozialleistungen oder Rentenzahlungen.

Anhand der schulischen und beruflichen Bildung wird deutlich, dass die suchtkranken Probanden schon früh eine deviante Entwicklung durchgemacht haben. Über die Hälfte der Probanden hat keinen Schulabschluss und bis auf zwei Probanden hat keiner eine abgeschlossene Berufsausbildung. Im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosegruppen setzt die gestörte soziale Entwicklung bei den suchtkranken Probanden am frühesten ein.

Dies wird auch an der im Gruppenvergleich höchsten Obdachlosenrate deutlich; über ein Viertel der suchtkranken Probanden war zum Indextatzeitpunkt obdachlos. Außerdem haben die Probanden in einem therapiefeindlichen sozialen Umfeld mit niedrigem sozialen Status gelebt und sich kaum absprachefähig gezeigt. In diesen Merkmalen unterscheiden sich die Probanden von den schizophrenen und persönlichkeitsgestörten Probanden.

Auffällig ist zudem, dass sich keiner der suchtkranken Probanden sozial rückzünftig gezeigt hat; in dieser Variable unterscheidet sich die Gruppe statistisch signifikant von den beiden anderen Diagnosegruppen.

Der hohe Anteil an BZR-Eintragungen, früherer Delinquenz und früherer Haftstrafen bekräftigt die Annahme, dass die soziale Entwicklung der suchtkranken Probanden früh von der gesellschaftlichen Norm abweicht. Die geringe Anzahl zivilrechtlicher Unterbringungen gibt einen Hinweis darauf, dass das deviante und delinquente Verhalten weniger durch eine entsprechende Psychopathologie, sondern eher durch die soziale Desintegration und Deviation zu erklären ist. In Einklang damit steht die geringe Ausprägung psychopathologischer Symptome während des Indextatzeitpunkts. Bis auf den in der Kasuistik erläuterten Fall, trafen für kaum einen suchtkranken Probanden Variablen der Psychopathologie zu. Die bei reichlich einem Drittel der Probanden bestandene Affektarmut war das häufigste psychopathologische Symptom während des Indexdelikts.

Hinsichtlich der Krankengeschichte zeigte sich, dass vier von fünf suchtkranken Tötungsdelinquenten mindestens eine psychiatrische Nebendiagnose hatten. Davon waren in mehr als drei Viertel der Fälle ebenfalls Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Knapp drei Viertel der Probanden hatten vor der Begehung des Indexdelikts bereits mindestens einen stationär-psychiatrischen Aufenthalt. Dieser Befund stimmt mit der Literatur überein (Lindqvist, 1991).

Die Indextaten der untersuchten suchtkranken Tötungsdelinquenten zeichnen sich durch die Wahl eines meist männlichen Opfers zwischen 18 und 59 Jahren aus. Das Opfer wurde mehrheitlich nachts, zielgerichtet, im privaten Raum und mit einem spitzen oder scharfen Gegenstand getötet. Vier von fünf Tätern kannten ihre Opfer. Diese Befunde wurden mehrfach repliziert (Lindqvist, 1991; Rodway et al., 2009; Spunt et al., 1995).

Im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosegruppen kam es im Tatvorfeld bei fast drei Viertel der Probanden zu Streit mit dem späteren Opfer. Hier unterschieden sich die suchtkranken Tötungsdelinquenten deutlich von den anderen beiden Diagnosegruppen.

Es entsteht das Bild eines Tötungsdelinquenten, der aufgrund seiner affektiven und kognitiven Verflachung, reale Milieukonflikte eskalieren lässt und daraufhin mehr oder weniger unvorbereitet tötet.

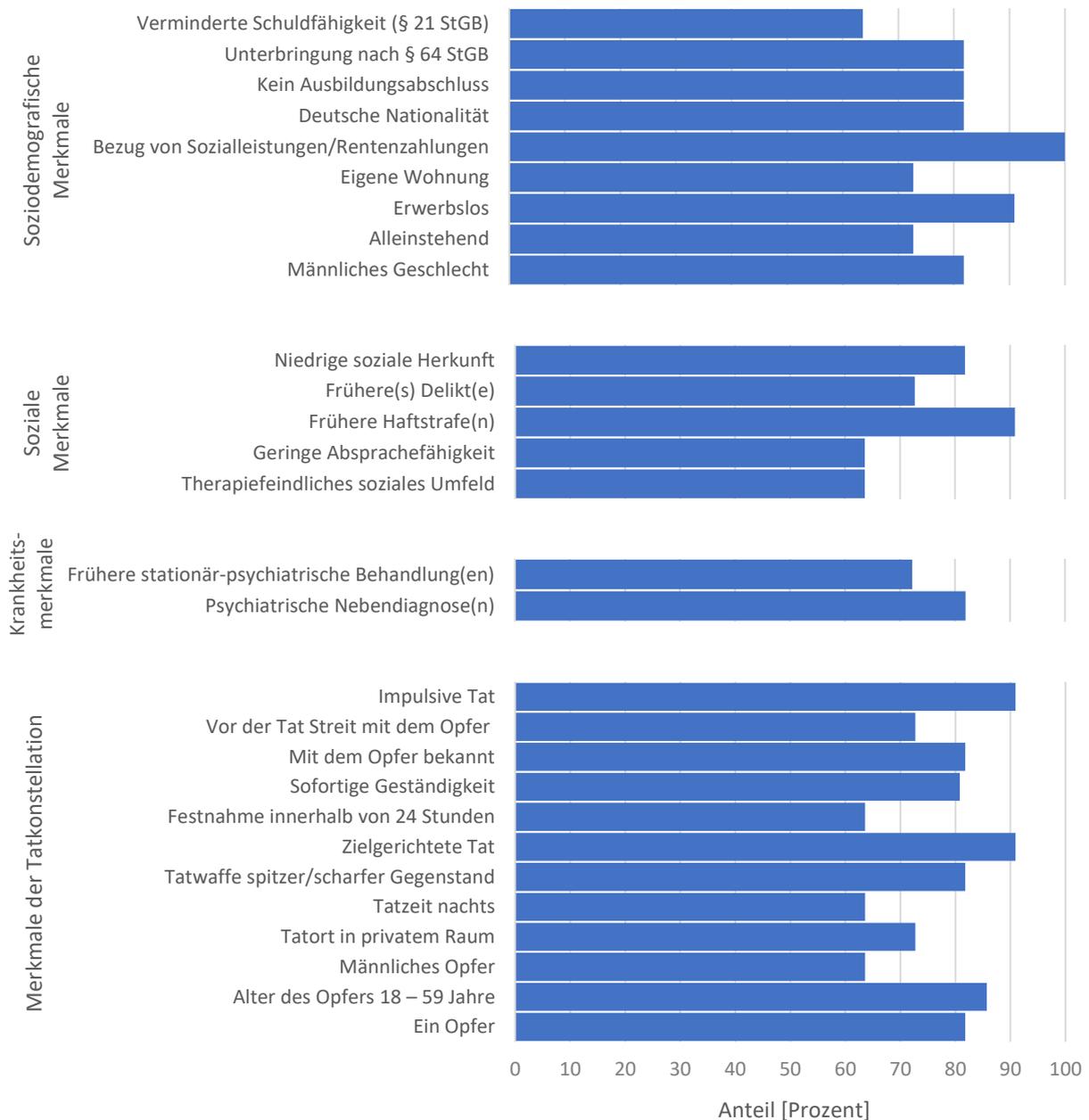
Obwohl es keine Selbststeller gab, ist der Großteil ($n = 8$) der suchtkranken Probanden innerhalb von 24 Stunden festgenommen worden und hat sich unmittelbar geständig gezeigt.

In Abbildung 5 ist das Täterprofil des sich aus der Stichprobe ergebenden typischen suchtkranken Tötungsdelinquenten dargestellt. Berücksichtigt wurden alle Variablen, die über

60 %-Punkte aufwiesen, also für deutlich mehr als die Hälfte der suchtkranken Probanden zutrafen.

Auffallend ist, dass sich die Täterprofile der schizophrenen und suchtkranken Probanden hinsichtlich der *soziodemografischen* und *sozialen Merkmale* stark ähneln. Bezüglich der *Krankheitsmerkmale* besteht jedoch ein deutlicher und hinsichtlich der *Merkmale der Tatkonstellation* ein moderater Unterschied. Die grafische Darstellung vermittelt visuell, was zuvor bereits beschrieben wurde: Bei Probanden mit Suchtproblematik liegen während der Begehung des Indexdelikts kaum psychopathologische Symptome vor. Die Tatkonstellation ist hingegen klarer charakterisiert – eine Tötung, nie Mord, im Familien- oder Bekanntenkreis, der reale Konflikte vorausgehen.

Abbildung 5, Täterprofil, Patienten mit Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen



Anmerkung:
StGB – Strafgesetzbuch.

9.1.3 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

In Übereinstimmung mit den Untersuchungen von Müller et al. (2017) wies etwa jeder zehnte nach § 63 StGB untergebrachte Patient des Berliner Krankenhauses des Maßregelvollzugs zum Untersuchungszeitpunkt hauptdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung auf. Bei alleiniger Betrachtung der Tötungsdelinquenten zeigt sich ein deutlich anderes Verhältnis: Knapp jeder fünfte Patient mit Tötungsdelikt litt hauptdiagnostisch unter einer Persönlichkeitsstörung und

von allen persönlichkeitsgestörten Probanden des Berliner KMV hat fast jeder zweite ein Tötungsdelikt begangen. Im Vergleich beging etwa jeder fünfte schizophrene und etwa jeder zehnte suchtkranke Proband ein Tötungsdelikt.

Wie auch in der Literatur beschrieben (Apostolopoulos et al., 2018; Beauregard & DeLisi, 2021; Fazel et al., 2002; Stone, 2001), war die schizoide Persönlichkeitsstörung aus Cluster A am häufigsten vertreten. Über die Hälfte der Probanden hatte die Diagnose einer oder mehrerer Paraphilien, wobei Sadismus am häufigsten vertreten war. Drei Probanden erfüllten die Kriterien einer Pädophilie.

Ausnahmslos alle Probanden waren nach § 63 StGB untergebracht; knapp drei Viertel der Probanden waren vermindert schulfähig. Bei einem Viertel wurde Schuldunfähigkeit angenommen oder für nicht ausschließbar gehalten und keine Freiheitsstrafe (Begleitstrafe) verhängt.

Diagnoseübergreifend kam es in acht Fällen zu Tötungen in Verbindung mit sexuellen Handlungen am Opfer. Das entspricht einem Anteil von 7,2 % aller forensischen Tötungsdelikte. Ein Fall wurde von einem schizophrenen Patienten und die anderen sieben Fälle von persönlichkeitsgestörten Probanden begangen.

Wie die Probanden der anderen beiden Diagnosegruppen waren die persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten mehrheitlich deutscher Nationalität ohne Migrationshintergrund, männlich, erwerbslos und ohne Partnerschaft. Sie bewohnten allerdings häufiger eine eigene Wohnung und waren im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosegruppen zum Indextatzeitpunkt am seltensten obdachlos. Dies trifft auch für die finanzielle Situation zu; knapp ein Viertel der persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten verfügte zum Indextatzeitpunkt über ein eigenes Einkommen. Zudem waren doppelt so viele persönlichkeitsgestörte wie schizophrene Probanden erwerbstätig und haben über ein eigenes Einkommen verfügt. Über drei Viertel haben in einer eigenen Wohnung gelebt und über die Hälfte der Probanden hat eine Berufsausbildung oder einen höheren Abschluss absolviert. Im Gegensatz zu den anderen beiden Diagnosegruppen wies über die Hälfte der Probanden eine mittlere oder hohe soziale Herkunft auf. Diese Befunde legen nahe, dass die persönlichkeitsgestörten Probanden zum Indextatzeitpunkt besser sozial integriert gewesen sind als die suchtkranken oder schizophrenen Probanden.

In der späteren Biografie haben sich knapp drei Viertel der Probanden sozial rückzünftig, depraviert und dissozial gezeigt. Damit einher geht die delinquente Entwicklung: Persönlichkeitsgestörte Probanden zeigten am häufigsten schon vor der Indexstat delinquentes Verhalten. Über die Hälfte der Probanden hat vor Begehung des Indexdelikts bereits ein Sexualdelikt begangen; hier unterschieden sich die persönlichkeitsgestörten Probanden statistisch signifikant von den schizophrenen und suchtkranken Probanden. Dennoch sind sie seltener als die anderen beiden Diagnosegruppen schon vor dem Indexdelikt inhaftiert gewesen. Es ist anzunehmen, dass die Probanden besser in der Lage gewesen sind, gezielt einer Strafverfolgung zu entgehen. Der Anteil von komorbidem Substanzkonsum war etwa genauso hoch wie bei den schizophrenen Probanden.

Knapp über die Hälfte der Probanden hatte einen Heimaufenthalt in der Kindheit. Die Probanden unterscheiden sich diesbezüglich statistisch signifikant von den schizophrenen Probanden. Viele der späteren dissozialen Verhaltensmuster werden in Heimen erworben. Besonders vor diesem Hintergrund erscheint die anfängliche soziale Anpassungsfähigkeit hinsichtlich der Wohnsituation, sozialen Schichtzugehörigkeit, Schul- und Berufsbildung sowie der Einkommensverhältnisse der persönlichkeitsgestörten Probanden bemerkenswert.

Als statistisch signifikant erwies sich zudem die verhältnismäßig späte Diagnosestellung, oft erst im Rahmen des Indexdelikts. Dies traf für mehr als drei Viertel aller Probanden zu. Der späte Eintritt in das psychiatrische Helfersystem könnte Folge des besonderen Anpassungsvermögens und des verbreiteten sozialen Rückzugs der persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten sein. Gleichwohl sollte in Erwägung gezogen werden, dass die Akzeptanz von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als psychische Störungen in der Gesellschaft gering ist, was die Stigmatisierung der Betroffenen und letztlich einen erschwerten Zugang zum psychiatrischen Helfersystem bedeuten kann (Hill et al., 2007).

In Übereinstimmung mit den Befunden von Hill et al. (2007) zeigt die vorliegende Stichprobe außerdem, dass für nur knapp ein Viertel aller persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten vor Begehung der Indexstat ein Behandlungsangebot vorlag; das ist weniger als für die anderen beiden Diagnosegruppen.

Mehr als drei Viertel aller Tötungsdelinquenten mit Persönlichkeitsstörungen hatten mindestens eine psychiatrische Nebendiagnose; hauptsächlich aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Vier von fünf Probanden zeigten sich während der Indextat affektarm. Diesbezüglich besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zu den anderen beiden Diagnosegruppen. Bis auf zwei Ausnahmen bestand bei keinem psychotisches Erleben. Beim Studium dieser zwei Fälle wird deutlich, dass es sich am ehesten um reaktives psychogenes Erleben und psychosomatische Phänomene gehandelt hat und nicht um tatsächlich wahnhaftes Erleben. Wie bei den suchtkranken Probanden lagen somit kaum psychopathologische Symptome vor. Eine Ausnahme bilden die Paraphilien.

Über die Hälfte der Probanden hat versuchten oder vollendeten Mord begangen; es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zu den anderen beiden Diagnosegruppen. Auch wenn mehrheitlich ein Opfer gewählt wurde, hatte knapp ein Viertel der Probanden mehr als ein Opfer. Sie waren in über der Hälfte der Fälle weiblich und den Tätern in mehr als drei Viertel der Fälle bekannt. Das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung des Opfers erwies sich im Gruppenvergleich als statistisch signifikant: Während bei jeweils etwas mehr als einem Drittel der beiden anderen Diagnosegruppen eine psychiatrische Erkrankung des Opfers vorgelegen hat, traf dies für knapp zwei Drittel der Opfer von persönlichkeitsgestörten Probanden zu.

Die Tat selbst wurde meist zielgerichtet, impulsiv, im privaten Raum und nachts durchgeführt. Aufgrund der ausdifferenzierteren und breiter variierenden Tatausgestaltung und Tatwerkzeugwahl ist zu vermuten, dass der Tötungsakt der persönlichkeitsgestörten Probanden selbstzweckhafte Anteile besaß. So lag statistisch signifikant häufiger eine lang hingezogene Indextat mit Overkill, sexueller Misshandlung und Verstümmelung des Opfers und seiner Geschlechtsteile vor.

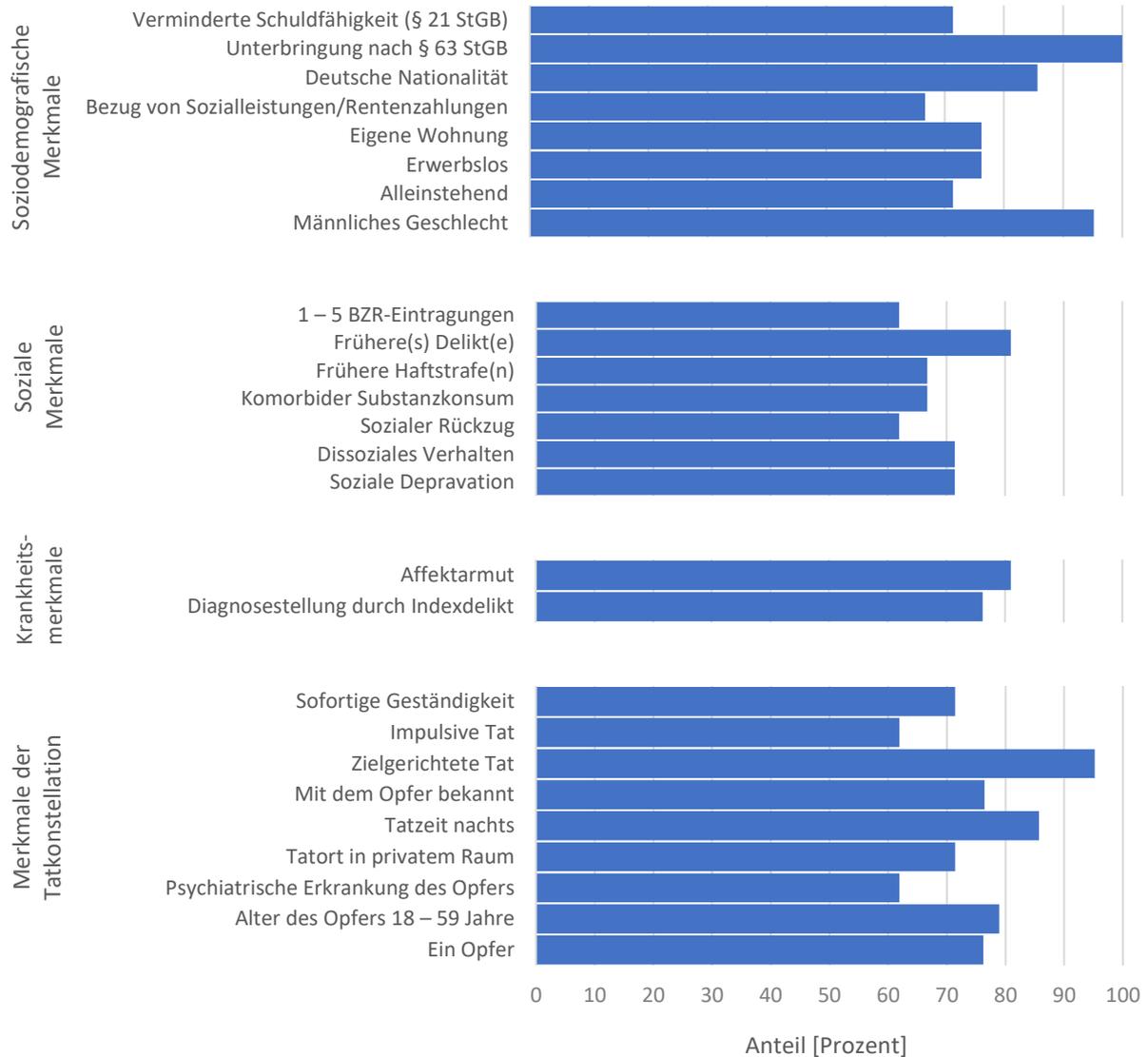
Anschließend an die Indextat waren fast drei Viertel der persönlichkeitsgestörten Probanden sofort geständig; bis auf einen Probanden gestanden die übrigen ihre Taten im Verlauf.

In Abbildung 6 ist das Täterprofil des sich aus der Stichprobe ergebenden typischen persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten dargestellt. Berücksichtigt wurden alle Variablen, die über 60 %-Punkte aufwiesen, also für deutlich mehr als die Hälfte der persönlichkeitsgestörten Probanden zutrafen.

Auffallend ist die ähnliche Verteilung der *soziodemografischen Merkmale* in allen drei Gruppen. Hinsichtlich der geringen Ausprägung von *Krankheitsmerkmalen* ähneln sich die Täterprofile der suchtkranken und persönlichkeitsgestörten Probanden. Das Täterprofil der persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten zeichnet sich zudem durch die auffälligen

sozialen Merkmale aus, die die frühe Delinquenz, die soziale Desintegration und die allgemeinen Kriminalitätsfaktoren abbilden.

Abbildung 6, Täterprofil, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen



Anmerkungen:
StGB – Strafgesetzbuch; BZR – Bundeszentralregister.

9.1.4 Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte

Kröbers Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte sollen der Früherkennung und Prävention von Gewaltdelikten schizophrener Patienten dienen. Die 15 Merkmale sind bisher nicht systematisch überprüft worden (Kröber, 2008). Die vorliegende Arbeit liefert erste Ergebnisse einer solchen Prüfung. Es wurden die Verteilung der Merkmale in den drei Diagnosegruppen und ihre Spezifität für die schizophrenen Tötungsdelinquenten untersucht.

Im Gegensatz zu den suchtkranken (4/15) und den persönlichkeitsgestörten (7/15) Probanden waren zehn der 15 Merkmale bei den meisten schizophrenen Probanden erfüllt (Variablen mit über 60 %-Punkten).

Bei Betrachtung von Abbildung 4 fällt auf, dass die schizophrenen Patienten vor allem in den ersten Merkmalen hoch scoren, während die Merkmale der zweiten Hälfte visuell häufiger für die suchtkranken und persönlichkeitsgestörten Probanden zutreffen. Die Merkmale der ersten Hälfte betreffen vornehmlich die Psychopathologie. Die Merkmale der zweiten Hälfte bilden die soziale Integration und Delinquenz der Probanden ab. Die frühe soziale Desintegration und Delinquenz der suchtkranken Probanden zeichnen sich in Kröbers Merkmalen (2008) ebenso ab wie die etwas später einsetzende Delinquenz und soziale Depravation der persönlichkeitsgestörten Probanden. Diese Merkmale lagen bei den schizophrenen Probanden seltener vor.

Statistisch signifikante Gruppenunterschiede zwischen den schizophrenen Probanden und den anderen beiden Diagnosegruppen gab es bei vier der 15 Merkmalen: „TCO-Symptome“, „feindselig-destruktiver Wahn“, „hohe akute Wahndynamik“ und die „Identifizierung nahestehender Personen als solche, die vom Feind beherrscht und instrumentalisiert sind“. Auch dieser Befund stützt die visuelle Zweiteilung der 15 Merkmale aus Abbildung 2 – psychopathologische Variablen sind statistisch signifikant häufiger in der Gruppe der schizophrenen Probanden vertreten.

Zusammenfassend liegt jedoch für den Großteil der *Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied vor. Aus diesem Grund stellen sie aktuell eher ein Instrument für die allgemeine Früherkennung von Gewaltverhalten und kein spezifisches Instrument für die Früherkennung von schizophrenem Gewaltverhalten dar. Unter diesem Aspekt könnten die Variablen der erstellten Täterprofile „männliches Geschlecht“, „alleinstehend“, „erwerbslos“ und „Bezug von Sozialleistungen/Rentenzahlungen“ aufgrund ihrer hohen Ausprägungen in allen drei Diagnosegruppen als Erweiterung der Merkmale in Betracht gezogen werden.

Für ein spezifisches Instrument zur Früherkennung und Prävention schizophrener Gewalttaten sollten Kröbers Merkmale (2008) um Variablen der Psychopathologie und des Krankheitsverlaufs ergänzt werden („Beziehungswahn“, „systematisierter Wahn“, „Stimmenhören“, „Ablehnung der Behandlung“). Außerdem wäre die Erfassung der Variable „Misshandlungserfahrungen in der Kernfamilie“ sinnvoll.

9.1.5 *Threat/Control-Override*

In der vorliegenden Studie wurden zwei Definitionen des *TCO*-Komplexes verwendet. Die Definition von Stompe et al. (2018) diente der Untersuchung der Verteilung der *TCO*-Symptome in den drei Diagnosegruppen. Die zweite Definition stammt aus Kröbers (2008) *Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte*.

Die Definition von Stompe et al. (2018) scheint eine höhere Spezifität zu besitzen. Nach dieser Definition liegt der vollständige Symptomkomplex bei keinem persönlichkeitsgestörten und lediglich bei einem suchtkranken Probanden vor. Jedoch trifft er auch „nur“ für die Hälfte der schizophrenen Tötungsdelinquenten zu.

Die Definition von Kröber (2008) scheint hingegen sensitiver. Nach ihr erfüllen zwei suchtkranke, ein persönlichkeitsgestörter und knapp drei Viertel der schizophrenen Probanden die Kriterien für den vollständigen *TCO*-Komplex. Die erhöhte Sensitivität geht mit einem vermehrten Vorliegen des *TCO*-Komplexes in den anderen beiden Diagnosegruppen einher.

Hinsichtlich der einzelnen *Threat*- und *Control-Override*-Symptome wurde nur die Definition von Stompe et al. (2018) verwendet, da Kröber in seinen *Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* keine explizite Zuordnung von *Threat*- und *Control-Override*-Symptomen vornimmt.

Threat-Symptome lagen bei einem suchtkranken, zwei persönlichkeitsgestörten und bei knapp 70 % ($n = 54$) der schizophrenen Tötungsdelinquenten vor. Sie umfassen Beeinträchtigungs-, Verfolgungs-, Vergiftungs- und systematisierten, feindselig-destruktiven Wahn.

Control-Override-Symptome lagen bei zwei suchtkranken, keinem der persönlichkeitsgestörten und 56 % ($n = 44$) der schizophrenen Täter vor. Sie erfassen Ich-Grenzstörungen und sind spezifischere Symptome der Schizophrenie.

Das *Threat*-Symptom lag bei dem Probanden der Kasuistik vor. *Control-Override*-Symptome können bei suchtkranken Patienten auch im Rahmen einer akuten Intoxikation, eines Entzugssyndroms mit Delir oder einer substanzinduzierten psychotischen Störung auftreten. Wie bereits erläutert, ist das psychotische Erleben der zwei persönlichkeitsgestörten Probanden eher als ein psychogenes und psychosomatisches Erleben einzuordnen.

Für die Definition von Stompe et al. (2018) spricht, neben der höheren Spezifität, dass zwei der Definitionskriterien (systematisierter Wahn und feindselig-destruktiver Wahn) auch Teil des in dieser Arbeit erstellten schizophrenen Täterprofils sind. In der Definition von Kröber (2008) ist keine der Variablen des erstellten Täterprofils enthalten.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse eine im Gruppenvergleich statistisch signifikante Häufung von *Threat-* und *Control-Override*-Symptomen bei den schizophrenen Probanden. Es kann erstmals die Spezifität des *TCO*-Komplexes für schizophrene Tötungsdelinquenten gegenüber anderen Diagnosegruppen gezeigt werden.

9.2 Kritische Reflexion der Methoden

Datenbasis

Alle in die Untersuchung einbezogenen Daten wurden ausschließlich aus den Schuldfähigkeitsgutachten und Urteilen zum Indexdelikt der jeweiligen Probanden gewonnen. Diese zwei Informationsquellen unterscheiden sich im Umfang teilweise deutlich. Es kann nicht überprüft werden, ob aufgrund lückenhafter Dokumentation, relevante Informationen über die jeweiligen Patienten fehlen. Da die Schuldfähigkeitsgutachten zudem von verschiedenen Sachverständigen gefertigt wurden und auch die Urteile zum Indexdelikt verschiedene Autoren haben, können durch unterschiedliche Ausdrucksweisen und Schwerpunktsetzungen Verzerrungseffekte bei der Einschätzung der Variablenausprägungen nicht ausgeschlossen werden. Beispielhaft seien hier die psychiatrischen Erkrankungen der Eltern und frühere Heimaufenthalte der Probanden genannt.

Aufgrund der zu geringen Anzahl weiblicher Probanden ($n = 12$) sind in der vorliegenden Studie die Daten der männlichen und weiblichen Probanden gemeinsam erfasst und statistisch ausgewertet worden.

Es wurden keine persönlichen Interviews mit den Probanden durchgeführt. Dies kann eine Limitation darstellen, da kein eigenständiger psychopathologischer Befund erhoben und keine persönliche Beschreibung der Tat und der bisherigen persönlichen Entwicklung der Probanden erfolgen konnte. Gleichwohl stellt die ausschließliche Aktenanalyse auch eine methodische Stärke der Studie dar. Da für die Fragestellungen der umfassende Werdegang der Probanden bis zum Indexdelikt relevant ist und die Gutachten in den meisten Fällen sehr zeitnah nach dem Tatgeschehen erstellt worden sind, konnte die Psychopathologie der Probanden angemessen abgebildet werden. Persönliche Interviews hätten durch die viele Jahre zurück liegenden Indexdelikte eine starke Verzerrung der Patientenberichte bedeutet.

Zu den Stärken der Studie zählt außerdem, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um eine Gesamterhebung handelt. Obgleich zu bemerken ist, dass die Größen der Teilstichproben stark variieren und relativ klein sind ($n_{F1x} = 11$, $n_{F6x} = 21$, $n_{F2x} = 78$)⁹.

Die vergleichende Untersuchung von Tötungsdelinquenten vor dem Hintergrund ihrer verschiedenen Hauptdiagnosen ist ein bisher nicht publiziertes Studiendesign.

Statistische Analyse

Die Gesamtstichprobe ($N = 110$) setzt sich aus zwei relativ kleinen Teilstichproben ($n_{F1x} = 11$; $n_{F6x} = 21$)⁹ und einer größeren Teilstichprobe ($n_{F2x} = 78$)⁹ zusammen, was Probleme in der Teststärke mit sich bringt. Tatsächlich bestehende Unterschiede zwischen den Gruppen können schwerer ermittelt werden, da die Standardfehler bei kleinen Stichprobengrößen in der Regel größer ausfallen. Zudem konnte aufgrund der zu geringen und zu unterschiedlichen Teilstichprobengrößen keine Regressionsanalyse mit Kovariatenadjustierung für eventuelle Vorhersageeffekte einzelner Variablen berechnet werden.

Aus diesem Grund wurden die vorliegenden Ergebnisse mit besonderer Vorsicht interpretiert und ausgewertet.

Es wird empfohlen, zukünftige Untersuchungen zu diesen Fragestellungen mit größeren Stichproben durchzuführen, um Verzerrungen zu verringern und Vorhersageeffekte mit entsprechenden Kovariatenadjustierungen zu ermöglichen.

9.3 Fazit und Ausblick

Durch die vorliegende Untersuchung wurden Erkenntnisse über die *soziodemografischen, sozialen, Krankheits- und Tatkonstellationsmerkmale* von forensischen Tötungsdelinquenten gewonnen. Es wurde gezeigt, wie sich die verschiedenen Diagnosegruppen hinsichtlich dieser Merkmale unterscheiden. Außerdem wurde die Verteilung und Spezifität von Kröbers *Merkmalen erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* und das Vorkommen von *TCO-Symptomen* in den verschiedenen Diagnosegruppen untersucht.

Ein umfangreiches Wissen über eine von Stigmatisierung betroffene gesellschaftliche Gruppierung ist die Grundlage für eine nachhaltige Entstigmatisierung der Betroffenen (Martino et al., 2012; Schomerus & Riedel-Heller, 2020). So ermöglicht die Erhellung der

⁹ F1x – Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2x – Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; F6x – Persönlichkeitsstörungen.

forensischen Tötungsdelinquenten des Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs einen ersten Schritt zur Entstigmatisierung dieses besonderen Patientenkollektivs.

Wie vermutet, ist die Gruppe der forensischen Tötungsdelinquenten keineswegs homogen, sondern unterscheidet sich in Diagnosen, Biografien, Delinquenzgeschichten, vorherrschender Psychopathologie und den verschiedenen Tausgestaltungen.

Von den zum Untersuchungszeitpunkt nach §§ 63 und 64 StGB untergebrachten 614 Maßregelpatienten begingen 114 ein Tötungsdelikt. 110 Probanden konnten in die Studie eingeschlossen werden. Das ergibt einen Anteil von 17,9 % aller Maßregelpatienten, die ein Tötungsdelikt begangen haben. 8,4 % aller suchtkranken, 18,6 % aller schizophrenen und 44,6 % aller persönlichkeitsgestörten Maßregelinsassen haben ein Tötungsdelikt begangen.

Es zeigte sich, dass die Probanden unabhängig von ihrer Diagnose mehrheitlich erwerbslose, alleinstehende, auf staatliche Transferleistungen angewiesene Männer waren, die ihre Opfer kannten.

Die Daten sprechen dafür, dass die Probanden mit Suchtproblematik bereits eine frühe soziale Desintegration durchgemacht haben; vier von fünf suchtkranken Probanden hatten eine niedrige soziale Herkunft und keine Berufsausbildung. Über die Hälfte der suchtkranken Probanden hatten keinen Schulabschluss.

Die persönlichkeitsgestörten Probanden scheinen indes bis zum frühen Erwachsenenalter weitgehend sozial integriert gewesen zu sein; über die Hälfte der Probanden hat erfolgreich eine Ausbildung oder sogar einen höheren Abschluss absolviert. Später in der Biografie zeigten sie sich jedoch hinsichtlich der *sozialen Merkmale* stark auffällig: Häufig kam es zu dissozialem Verhalten, sozialer Depravation und sozialem Rückzug. Ihre Opfer wiesen statistisch signifikant häufiger eine psychiatrische Erkrankung auf als die Opfer der suchtkranken und schizophrenen Täter.

Für knapp drei Viertel der schizophrenen Probanden lag zum Indextatzeitpunkt ein Behandlungsangebot vor und nahezu alle haben es abgelehnt. Die anderen beiden Diagnosegruppen haben in je einem Viertel der Fälle ein Behandlungsangebot erhalten. Gleichwohl stellte sich heraus, dass letztlich nur ein persönlichkeitsgestörter Proband, zwei suchtkranke Probanden und fünf schizophrene Probanden zum Tatzeitpunkt eine entsprechende Psychopharmakotherapie erhielten. Dieser Befund legt nahe, was zuvor in zahlreichen Studien belegt worden ist: Eine fehlende ausreichende Behandlung der psychiatrischen Erkrankung

oder Störung ist mit einem deutlichen Risiko für Gewaltverhalten verbunden (Heilmann & Schanda, 2007; Langeveld et al., 2014; Nielssen et al., 2011).

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass schizophrene Probanden statistisch signifikant weniger psychiatrische Nebendiagnosen aufwiesen als die anderen beiden Diagnosegruppen. Auch hatten nur die schizophrenen Probanden deutliche psychopathologische Symptome. Die Ergebnisse zum Vorkommen von *TCO* bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenieformen Formenkreis bestätigen die Angaben von Stompe et al. (2018). Erstmals konnte eine Spezifität der *TCO*-Symptome für schizophrene Tötungsdelinquenten gezeigt werden. Kröbers (2008) *Merkmale erhöhten Risikos für Gewalt- und Tötungsdelikte* erwiesen sich als nicht spezifisch für schizophrene Täter.

Hinsichtlich der Tatusgestaltung wurde deutlich, dass schizophrene Tötungsdelinquenten mehrheitlich tagsüber getötet haben, während suchtkranke und persönlichkeitsgestörte Probanden ihre Tötungsdelikte größtenteils nachts begingen.

Sexuelle Handlungen am Opfer waren auf die gesamte Stichprobe bezogen selten (7,2 %). Gleichwohl hat ein Drittel der persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten sexuelle Handlungen am Opfer vollzogen. Overkill, lang hingezogene Taten oder Verstümmelungen am Opfer fanden sich bis auf wenige Ausnahmen ausschließlich bei den persönlichkeitsgestörten Tötungsdelinquenten.

Die Ergebnisse spiegeln sich in den erstellten Täterprofilen wider.

Die vorliegende Studie liefert bislang nicht publizierte Erkenntnisse über das Kollektiv forensischer Tötungsdelinquenten. Erstmals wurden in einem vergleichenden Studiendesign *soziodemografische, soziale und Krankheitsmerkmale* sowie *Merkmale der Tatkonstellation* von hauptdiagnostisch schizophrenen, suchtkranken und persönlichkeitsgestörten Probanden untersucht.

Insbesondere die deutschsprachige Literatur bietet bisher kaum Befunde über Täterbiografie und Tatkonstellation forensischer Tötungsdelinquenten. Explizit genannt sei an dieser Stelle die 2018 publizierte Untersuchung zu den Tatmerkmalen schizophrener Tötungsdelinquenten von Stompe und Schanda (2018). Eine systematische Untersuchung der anderen Diagnosegruppen liegt zum aktuellen Zeitpunkt nicht vor.

Um zukünftig auch Aussagen über den Risikomerkmalscharakter einzelner Variablen treffen zu können, sollten weitere vergleichende Studien mit erkrankten delinquenten und erkrankten nicht delinquenten Probanden durchgeführt werden. So könnten Frühwarnmerkmale identifiziert und in die klinische Praxis integriert werden.

Überdies wäre hinsichtlich der Identifizierung von Risikomerkmalen und Frühwarnzeichen auch ein zukünftiger Vergleich von Ersttätern und Wiederholungstätern sinnvoll.

Die Studienlage zur Charakteristik von forensischen Wiederholungstätern mit Tötungsdelikten ist übersichtlich; prospektive Untersuchungen sind bisher nicht publiziert. Angaben zum Anteil schizophrener Wiederholungstäter mit Tötungsdelikten schwanken zwischen 3,9 % (Häfner & Böker, 1973) und 10,7 % (Golenkov et al., 2013). Einigkeit besteht darin, dass die schizophrene Erkrankung selbst ein Risikofaktor für Wiederholungstaten bei Tötungsdelikten darstellt. Als weitere Risikofaktoren werden Substanzkonsum, eine dissoziale Persönlichkeitsstruktur und fehlender Zugang zum psychiatrischen Versorgungssystem aufgeführt (Eronen et al., 1996a; Golenkov et al., 2014; Tiihonen & Hakola, 1994).

Außerdem könnte eine Überprüfung der diskutierten *TCO*-Definitionen anhand einer Stichprobe mit schizophrenen delinquenten und schizophrenen nicht delinquenten Probanden hilfreich sein, um die Validität des *TCO*-Konzepts zu stärken.

Da Frauen generell signifikant weniger Gewaltdelikte als Männer verüben (Hermann, 2009), haben psychische Erkrankungen und insbesondere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis einen stärkeren Einfluss auf das Risiko der Begehung von Gewalt- und Tötungsdelikten von Frauen. Somit steigt das Gewaltrisiko von Frauen im Vergleich zu Männern signifikant stärker an, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt.

Fazel et al. (2014) zeigten in ihrer Metaanalyse und systematischem Review mit insgesamt 18.423 Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, dass das relative Gewaltrisiko von Frauen signifikant höher ist als das von Männern und bestätigten diesen Befund in ihrer großangelegten Kohortenstudie mit insgesamt 24.297 Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Fazel et al., 2009).

Auch für die zwei anderen Diagnosegruppen gilt dieser deutliche Geschlechtereffekt: Patientinnen mit Suchtproblematik haben ein 15 bis 55fach erhöhtes Gewaltrisiko, Männer ein neun bis 15fach erhöhtes Risiko. Eine dissoziale Persönlichkeitsstörung geht bei Frauen mit

einem 13fach erhöhten Gewaltrisiko, bei Männern mit einem achtfach erhöhten Gewaltrisiko einher (Müller-Isberner et al., 2017).

Diese Daten legen nahe, dass in zukünftigen Studien mit größeren Stichproben geschlechts-spezifische Untersuchungen durchgeführt werden sollten.

10 Literaturverzeichnis

- AMDP – Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). Retrieved February 9, 2023, from <https://www.amdp.de/>, aufgerufen am 25.04.2023.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry*, 203, 146–151. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.122978
- Apostolopoulos, A., Michopoulos, I., Zachos, I., Rizos, E., Tzeferakos, G., Manthou, V., Papageorgiou, C., & Douzenis, A. (2018). Association of Schizoid and Schizotypal Personality disorder with violent crimes and homicides in Greek prisons. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12991-018-0204-4>
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566–572. <https://doi.org/10.1176/APPL.AJP.157.4.566>
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2002). The targets of violence committed by young offenders with alcohol dependence, marijuana dependence and schizophrenia-spectrum disorders: findings from a birth cohort. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH*, 12(2), 155–168. <https://doi.org/10.1002/CBM.493>
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines—an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 116, 577-84. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577
- Beauregard, E., & DeLisi, M. (2021). Unraveling the Personality Profile of the Sexual Murderer. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7–8), 3536–3556. <https://doi.org/10.1177/0886260518777012>
- <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2014/Standardtabellen/standardtabellenTatverdaechtige.html?nn=28238>, Tabelle 22: Sonstige Angaben zum Tatverdächtigen - excel, aufgerufen am 14.03.2023.
- <https://www.bmas.de/DE/Soziales/erstmals-belastbare-zahlen-ueber-wohnungslosigkeit-in-deutschland.html>, aufgerufen am 21.06.2023.
- Bosqui, T. J., Shannon, C., Tiernan, B., Beattie, N., Ferguson, J., & Mulholland, C. (2014). Childhood trauma and the risk of violence in adulthood in a population with a psychotic illness. *Journal of Psychiatric Research*, 54(1), 121–125. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2014.03.011>
- Brauns, H., Scherer, S., Steinmann, S. (2003). The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik, C. Wolf (Hrsg), *Advances in Cross-National Comparison* (pp. 221–244). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9186-7_11

- Brennan, P. A., Grekin, E. R., & Vanman, E. J. (2000). Major Mental Disorders and Crime in the Community. *Violence among the Mentally III*, 3–18.
https://doi.org/10.1007/978-94-011-4130-7_1
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000a). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494–500.
<https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.57.5.494>
- Briken, P., Habermann, N., Kafka, M. P., Berner, W., & Hill, A. (2006). The paraphilia-related disorders: an investigation of the relevance of the concept in sexual murderers. *Journal of Forensic Sciences*, 51(3), 683–688.
<https://doi.org/10.1111/J.1556-4029.2006.00105.X>
- Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Garety, P., Taylor, P., Grubin, D., & Dunn, G. (1993). Acting on delusions. II: The phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry*, 163(7), 77–81. <https://doi.org/10.1192/BJP.163.1.77>
- Carabellese, F., Felthous, A. R., Mandarelli, G., Montalbò, D., La Tegola, D., Parmigiani, G., Rossetto, I., Franconi, F., Ferretti, F., Carabellese Jus, F., & Catanesi, R. (2020). Women and Men who Committed Murder: Male/Female Psychopathic Homicides. *Journal of Forensic Sciences*, 65(5), 1619–1626. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14450>
- Christoffersen, M. N., Francis, B., & Soothill, K. (2003). An upbringing to violence? Identifying the likelihood of violent crime among the 1966 birth cohort in Denmark. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14(2), 367–381.
<https://doi.org/10.1080/1478994031000117830>
- Coid, J. W., Kahtan, N., Gault, S., & Jarman, B. (2000). Women admitted to secure forensic psychiatry services: I. Comparison of women and men. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11(2), 275–295. <https://doi.org/10.1080/09585180050142525>
- Coid, J. W. (2011). The co-morbidity of personality disorder and lifetime clinical syndromes in dangerous offenders. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14(2), 341–366.
<https://doi.org/10.1080/1478994031000116381>
- Coid, J. W., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188(5), 423–431. <https://doi.org/10.1192/BJP.188.5.423>
- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15(1), 89–99.
[https://doi.org/10.1016/0160-2527\(92\)90029-Z](https://doi.org/10.1016/0160-2527(92)90029-Z)
- Curic, S. (2019). Psychiatrischer Beitrag: Korrelate zukünftiger Gewalt bei Personen, die wegen einer Schizophrenie behandelt werden. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*. <https://doi.org/10.1007/s11757-019-00562-3>
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 253–262.
<https://doi.org/10.1080/09595230801923702>

- Darke, S. (2010). The toxicology of homicide offenders and victims: A review. *Drug and Alcohol Review*, 29(2), 202–215. <https://doi.org/10.1111/J.1465-3362.2009.00099.X>
- <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publicationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/krankenhaus-massregelvollzug-5243202149005.html>, Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) - 2013/2014. (n.d.), aufgerufen am 25.04.2023.
- De Vries, B., Van Busschbach, J. T., Van Der Stouwe, E. C. D., Aleman, A., Van Dijk, J. J. M., Lysaker, P. H., Arends, J., Nijman, S. A., & Pijnenborg, G. H. M. (2019). Prevalence Rate and Risk Factors of Victimization in Adult Patients With a Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 114–126. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBY020>
- Dietz, P., Hazelwood, R., & Warren, J. (1990). The sexually sadistic criminal and his offenses. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*.
- Dingwall, G. (2006). *Alcohol and Crime* (1st ed.). Cullompton, UK: Willan. <https://doi.org/10.4324/9781315065632>
- Duke, A. A., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., Westphal, A., & McKee, S. A. (2017). Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. *Psychology of Violence*, 8(2), 238–249. <https://doi.org/10.1037/VIO0000106>
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, 111(5 Pt 1), 949–955. <https://doi.org/10.1542/PEDS.111.5.949>
- Elsner, K. (2006). Sexuell deviante Rechtsbrecher. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd III, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 305–345). Heidelberg Berlin: Springer.
- Elsner, K., & Leygraf, N. (2010). Schuldfähigkeitsbegutachtung bei sexuellen Deviationen. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd II, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 472–502). Heidelberg Berlin: Springer.
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., & Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH*, 11(1), 6–26. <https://doi.org/10.1002/CBM.366>
- Eriksson, L., Bryant, S., McPhedran, S., Mazerolle, P., & Wortley, R. (2021). Alcohol and drug problems among Australian homicide offenders. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(3), 618–631. <https://doi.org/10.1111/ADD.15169>
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/22.1.83>

- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996a). Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatric Services*, 47(4), 403–406. <https://doi.org/10.1176/PS.47.4.403>
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996b). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 497–501. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1996.01830060039005>
- Farrington, D. P., Loeber, R., Elliott, D. S., Hawkins, J. D., Kandel, D. B., Klein, M. W., McCord, J., Rowe C. D., & Tremblay, R. E. (1990). Advancing Knowledge about the Onset of Delinquency and Crime. *Advances in Clinical Child Psychology*, 283–342. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9835-6_8
- Farrington, D. P. (2000). Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult conviction. *Behav Sci Law* 18:605-622.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000120>
- Fazel, S., Grann, M., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2009a). Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 362–369. <https://doi.org/10.4088/JCP.08M04274>
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009b). Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA*, 301(19), 2016. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2009.675>
- Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., & Jacoby, R. (2002). Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological Medicine*, 32(2), 219–226. <https://doi.org/10.1017/S0033291701005153>
- Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., & Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 44–54. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70223-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70223-8)
- Fendrich, M., Mackesy-Amiti, M. E., Goldstein, P., Spunt, B., & Brownstein, H. (1995). Substance involvement among juvenile murderers: comparisons with older offenders based on interviews with prison inmates. *The International Journal of the Addictions*, 30(11), 1363–1382. <https://doi.org/10.3109/10826089509055838>
- Firestone, P., Bradford, J. M., Greenberg, D. M., & Larose, M. R. (1998). Homicidal Sex Offenders: Psychological, Phallometric and Diagnostic Features. *Journal of American Academy Psychiatry and Law*, 26(4), 537.
- Fountoulakis, K. N., Leucht, S., & Kaprinis, G. S. (2008). Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 84–92. <https://doi.org/10.1097/YCO.0B013E3282F31137>

- Geberth, V. J., & Turco, R. N. (1997). Antisocial personality disorder, sexual sadism, malignant narcissism, and serial murder. *Journal of Forensic Sciences*, 42(1), 14067J. <https://doi.org/10.1520/jfs14067j>
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493–506.
- Golenkov, A., Large, M., & Nielssen, O. (2013). A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*. <https://doi.org/10.1002/cbm.1876>
- Golenkov, A., Nielssen, O., & Large, M. (2014). Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and Schizophrenia. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-46>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948–958. <https://doi.org/10.4088/JCP.V65N0711>
- Green, K., Browne, K., & Chou, S. (2019). The Relationship Between Childhood Maltreatment and Violence to Others in Individuals With Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(3), 358–373. <https://doi.org/10.1177/1524838017708786>
- Habermeyer, E., Wolff, R., Gillner, M., Strohm, R., & Kutscher, S. (2010). Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug. Ergeben sich Konsequenzen für die Allgemeinpsychiatrie? *Nervenarzt*, 81(9), 1117–1124. <https://doi.org/10.1007/S00115-009-2913-Z>
- Habermeyer, E., & Lau, S. (2012). Schizophrenie und Delinquenz. Was sollten Juristen beachten und was können sie tun? *Forensische Psychiatrie*, Heft 12, 753–757.
- Häfner, H., & Böker, W. (1973). Gewalttaten Geistesgestörter. *Gewalttaten Geistesgestörter*. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-86859-7>
- Hagelstam, C., & Häkkänen, H. (2006). Adolescent homicides in Finland: offence and offender characteristics. *Forensic Science International*, 164(2–3), 110–115. <https://doi.org/10.1016/J.FORSCIINT.2005.12.006>
- Häkkänen-Nyholm, H., Repo-Tiihonen, E., Lindberg, N., Salenius, S., & Weizmann-Henelius, G. (2009). Finnish sexual homicides: offence and offender characteristics. *Forensic Science International*, 188(1–3), 125–130. <https://doi.org/10.1016/J.FORSCIINT.2009.03.030>
- Haller, R., Kemmler, G., Kocsis, E., Maetzler, W., Prunlechner, R., & Hinterhuber, H. (2001). Schizophrenie und Gewalttätigkeit Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Nervenarzt*, 72(11), 859–866. <https://doi.org/10.1007/s001150170020>

- Heilmann, J., & Schanda, H. (2007). Prophylaxe und Management von Erregung und Aggression bei schizophrenen Patienten. *Psychiatrie Und Psychotherapie*, 2(4), 121–126. <https://doi.org/10.1007/S11326-007-0038-1>
- Hermann, D. (2009). Delinquenz und Geschlecht. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd IV, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 175–184). Heidelberg Berlin: Springer.
- Herpertz, S. C., & Sass, H. (2010). Persönlichkeitsstörungen. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd II, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 443–467). Heidelberg Berlin: Springer.
- Hill, A., Habermann, N., Berner, W., & Briken, P. (2006). Sexual sadism and sadistic personality disorder in sexual homicide. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 671–684. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2006.20.6.671>
- Hill, A., Habermann, N., Berner, W., & Briken, P. (2007). Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers. *Psychopathology*, 40(1), 22–28. <https://doi.org/10.1159/000096386>
- Hirjak, D., Meyer-Lindenberg, A., Brandt, G. A., & Dreßing, H. (2022). Differenzialdiagnostische Unterscheidung zwischen substanzinduzierten und primären Psychosen: Empfehlungen für die allgemeinpsychiatrische und forensische Praxis [Differential diagnostic distinction between substance-induced and primary psychoses: Recommendations for general psychiatric and forensic practice]. *Der Nervenarzt*, 93(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01083-3>
- Hoaken, P. N. S., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.033>
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 185(9), 245–250. <https://doi.org/10.1192/BJP.185.3.245>
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2014). Schizophrenia and violence. *Nervenarzt*, 85(3), 273–278. <https://doi.org/10.1007/S00115-013-3900-Y>
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49(6), 476–483. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1992.01820060056009>
- Hodgins, S. (2006). Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. *Neuropsychiatrie*, 20(1), 7–14. <https://doi.org/10.5414/NEPBAND20007>
- Holcomb, W. R., & Anderson, W. P. (1983). Alcohol and multiple drug abuse in accused murderers. *Psychological Reports*, 52(1), 159–164. <https://doi.org/10.2466/PRO.1983.52.1.159>

- Joyal, C. C., Putkonen, A., Mancini-Marie, A., Hodgins, S., Kononen, M., Boulay, L., Pihlajamaki, M., Soininen, H., Stip, E., Tiihonen, J., & Aronen, H. J. (2007). Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. *Schizophrenia Research*, *91*(1–3), 97–102.
<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2006.12.014>
- Karakasi, M. V., Vasilikos, E., Voultos, P., Vlachaki, A., & Pavlidis, P. (2017). Sexual homicide: Brief review of the literature and case report involving rape, genital mutilation and human arson. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *46*, 1–10.
<https://doi.org/10.1016/J.JFLM.2016.12.005>
- Krakowski, M., Volavka, J., & Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: a review of literature. *Comprehensive Psychiatry*, *27*(2), 131–148.
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90022-2](https://doi.org/10.1016/0010-440X(86)90022-2)
- Kreuzer, A. (2009). Kriminologische Grundlagen der Drogendelinquenz. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd IV, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 500–544). Heidelberg Berlin: Springer.
- Kröber, H. L. (2000). Individuelle Schuldfähigkeit nach Alkoholkonsum. In R. Egg & C. Geisler (Hrsg.), *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität* (pp 27–42). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Kröber, H. L. (2001). Die Beeinflussung der Schuldfähigkeit durch Alkoholkonsum. *Sucht*, *47*, 341–349. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.5.341>
- Kröber, H. L. (2008). Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *2*(2), 128–136.
<https://doi.org/10.1007/S11757-008-0073-9>
- Kröber, H. L. (2009). Sexualstraftäter – Klinisches Erscheinungsbild. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd IV, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 420–452). Heidelberg Berlin: Springer.
- Kröber, H. L. & Lau, S. (2010). Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd II, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 312–333). Heidelberg Berlin: Springer.
- Kröber, H. L. (2014). Tötungsdelikte psychotischer Kranker – gibt es ein Sinnverstehen?. *Swiss Arch Neurol Psychiatr* *165*, 133–138.
- Kröber, H. L. (2015). Die Mordmerkmale aus forensisch-psychiatrischer Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *9*(4), 251–257.
<https://doi.org/10.1007/S11757-015-0340-5>

- Kröber, H. L., & Trofimova, A. (2022). Vorsätzliche Tötungen weltweit, in Deutschland und in Berlin. Die UNODC-Studie und die Daten aller Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe in Berlin. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 16:58-59. <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00697-2>
- Kuhns, J. B., Exum, M. L., Clodfelter, T. A., & Bottia, M. C. (2014). The Prevalence of Alcohol-Involved Homicide Offending: A Meta-Analytic Review. *Homicide Studies*, 18(3), 251–270. https://doi.org/10.1177/1088767913493629/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_1088767913493629-FIG2.JPEG
- Kutscher, S., Schiffer, B., & Seifert, D. (2009). Patients with schizophrenia in forensic-psychiatric hospitals (section 63 German Penal Code) in North Rhine-Westphalia. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 77(2), 91–96. <https://doi.org/10.1055/S-0028-1109080/ID/43>
- Langeveld, J., Bjørkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., Ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Melle, I., Opjordsmoen, S., Røssberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T., & Friis, S. (2014). Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophrenia Research*, 156(2–3), 272–276. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2014.04.010>
- Langevin, R., Ben-Aron, M. H., Wright, P., Marchese, V., & Handy, L. (1988). The sex killer. *Annals of Sex Research*, 1(2), 263–301. <https://doi.org/10.1007/BF00852801>
- Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter*. 53. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-83486-8>
- Leygraf, N. (2006). Persönlichkeitsgestörte Rechtsbrecher. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd III, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 271–285). Heidelberg Berlin: Springer.
- Leygraf, N. (2006a). Psychiatrischer Maßregelzug (§ 63 StGB). In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd III, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 193–218). Heidelberg Berlin: Springer.
- Lindqvist, P. (1991). Homicides committed by abusers of alcohol and illicit drugs. *British Journal of Addiction*, 86(3), 321–326. <https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.1991.TB01785.X>
- Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: Probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1007/s001270050210>
- Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The Violent and Illegal Behavior of Mental Patients Reconsidered. *American Sociological Review*, 57(3), 275. <https://doi.org/10.2307/2096235>

- Link, B. G., Monahan, J., Stueve, A., & Cullen, F. T. (1999). Real in their consequences: A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *American Sociological Review*, *64*(2), 316–332. <https://doi.org/10.2307/2657535>
- Link, Bruce G., & Stueve, A. (1994). *Psychotic Symptoms and the Violent/Illegal Behavior of Mental Patients Compared to Community Controls*.
- Lüschen, G., Heiskanen, V. S., Ward, C., Blood, R. O., & Lewis, M. (1970). Familie und Verwandtschaft Interaktion und die Funktion von Ritualen. *Soziologie Der Familie*, 270–284. https://doi.org/10.1007/978-3-663-19652-5_14
- Maaß, C., Wettermann, A., & Schläfke, D. (2016). Behandlung und Rückfälligkeit bei entlassenen Tötungsdelinquenten aus der Forensischen Psychiatrie nach § 64 StGB. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, *84*(S 02), 67–S70. <https://doi.org/10.1055/S-0042-113954>
- Maier, W., Hauth, I., Berger, M., & Saß, H. (2016). Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Nervenarzt*, *87*(1), 53–68. <https://doi.org/10.1007/S00115-015-0040-6>
- Martino, H., Rabenschlag, F., Koch, U., Attinger-Andreoli, Y., Michel, K., Gassmann, J., Berger, S., Bowley, M., & Rudolf, G. (2012). Positionspapier Entstigmatisierung. Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit. *The Swiss Society For Public Health*.
- Masle, L. M., Goreta, M., & Jukić, V. (2000). The comparison of forensic-psychiatric traits between female and male perpetrators of murder or attempted murder. *Collegium antropologicum*, *24*(1), 91–99.
- McGinty, E. E., Webster, D. W., & Barr, C. L. (2013). Effects of news media messages about mass shootings on attitudes toward persons with serious mental illness and public support for gun control policies. *Am J Psychiatry*, *170*, 494–50. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13010014
- McKetin, R., McLaren, J., Lubman, D. I., & Hides, L. (2006). The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction (Abingdon, England)*, *101*(10), 1473–1478. <https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.2006.01496.X>
- McKetin, R., McLaren, J., Lubman, D. I., & Hides, L. (2008). Hostility among methamphetamine users experiencing psychotic symptoms. *The American Journal on Addictions*, *17*(3), 235–240. <https://doi.org/10.1080/10550490802019816>
- Monahan, J., & Appelbaum, P. S. (2000). Reducing Violence Risk. *Violence among the Mentally III*, 19–34. https://doi.org/10.1007/978-94-011-4130-7_2
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (Hrsg.). (1994). *Violence and mental disorder : developments in risk assessment*. The University of Chicago Press, 324.

- Morana, H. C. P., Stone, M. H., & Abdalla-Filho, E. (2006). Personality disorders, psychopathy and serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 28 Suppl 2(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000600005>
- Mullen, P. E. (1997). A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(1), 3–11. <https://doi.org/10.3109/00048679709073793>
- Mullen, P. E. (2006). Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(4), 239–248. <https://doi.org/10.1192/APT.12.4.239>
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet (London, England)*, 355(9204), 614–617. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)05082-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)05082-5)
- Müller-Isberner, R., Born, P., Eusterschulte, B., & Eucker, S. (2017). *Praxishandbuch Maßregelvollzug : Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie*. 743.
- Müller, J. L., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., Wolf, T., Dudeck, M., Hartl, C., Jakovljevic, A. K., Klein, V., Knecht, G., Müller-Isberner, R., Muysers, J., Schiltz, K., Seifert, D., Simon, A., Steinböck, H., Stuckmann, W., Weissbeck, W., Wiesemann, C., & Zeidler, R. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB: Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 88(Suppl 1). <https://doi.org/10.1007/S00115-017-0382-3>
- Mulvey, E. P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital & Community Psychiatry*, 45(7), 663–668. <https://doi.org/10.1176/PS.45.7.663>
- Nederlof, A. F., Muris, P., & Hovens, J. E. (2011). Threat/control-override symptoms and emotional reactions to positive symptoms as correlates of aggressive behavior in psychotic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 342–347. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E3182175167>
- Nedopil, N. (2007). *Forensische Psychiatrie, Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht* (3. Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.
- Nedopil, N., Löprich-Zerbes, R. & Stübner, S. (2018). Gefährlichkeitsprognose und Rückfallprognose bei schizophrenen Patienten. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (pp. 81–88). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nielssen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labelle, A., Häkkänen-Nyholm, H., Koenraadt, F., & Large, M. (2011). Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp112>
- Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 702–712. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBN144>

- Nielsen, O., Lyons, G., Oldfield, K., Johnson, A., Dean, K., & Large, M. (2022). Rates of homicide and homicide associated with severe mental illness in NSW between 1993 and 2016. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *56*(7), 836–843. <https://doi.org/10.1177/00048674211040016>
- Nordström, A., Dahlgren, L., & Kullgren, G. (2006). Victim relations and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *17*(2), 192–203. <https://doi.org/10.1080/14789940600631522>
- Oberlies, D. (1997). Tötungsdelikte zwischen Männern und Frauen. *Monatsschrift Für Kriminologie Und Strafrechtsreform*, *80*(3), 133–147. <https://doi.org/10.1515/MKS-1997-800301>
- Pfäfflin, F. (2004). Sexualstraftaten. In U. Venzlaff & K. Forster (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung* (4. Aufl., pp. 275–302). München: Elsevier.
- Piselli, M., Attademo, L., Garinella, R., Rella, A., Antinarelli, S., Tamantini, A., Quartesan, R., Stracci, F., & Abram, K. M. (2015). Psychiatric needs of male prison inmates in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, *41*, 82–88. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2015.03.011>
- Porter, S., Woodworth, M., Earle, J., Drugge, J., & Boer, D. (2003). Characteristics of Sexual Homicides Committed by Psychopathic and Nonpsychopathic Offenders. *Law and Human Behavior*, *27*(5), 459–470. <https://doi.org/10.1023/A:1025461421791>
- Prüter, C. (2011). Zusammenhang zwischen Wahn und Gewalt. Gibt es stereotype Delikte bei Wahnkranken?. In M. Lammel, S. Sutarski, S. Lau & M. Bauer (Hrsg.), *Wahn und Schizophrenie. Psychopathologie und forensische Relevanz* (pp. 101–110). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C. C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders of Mentally III Homicide Offenders: A Structured Clinical Study on Dual and Triple Diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007068>
- Putkonen, H., Collander, J., Honkasalo, M.-L., & Lönnqvist, J. (2001). Personality disorders and psychoses form two distinct subgroups of homicide among female offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, *12*(2), 300–312. <https://doi.org/10.1080/09585180110056849>
- Rasch, W. (1979). Tötungsdelikte, nicht-fahrlässige. In R. Sieverts (Hrsg.), *Handwörterbuch der Kriminologie*. 2. Auflage, Band III (pp. 353–398). Berlin / New York: de Gruyter.
- Richard-Devantoy, S., Olie, J. P., & Gourevitch, R. (2009). Risk of homicide and major mental disorders: A critical review. *Encephale*, *35*(6), 521–530. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.009>
- Rodway, C., Flynn, S., Swinson, N., Roscoe, A., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Kapur, N., Appleby, L., & Shaw, J. (2009). Methods of homicide in England and Wales: A comparison by diagnostic group. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *20*(2), 286–305. <https://doi.org/10.1080/14789940802360870>

- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., Hastings, R., Stevenson, J., & Skuse, D. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet (London, England)*, *361*(9356), 471–476. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12466-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12466-X)
- Sass, H., & Herpertz, S. C. (2009). Forensisch-psychiatrische Aspekte der Gewaltdelinquenz. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd IV, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 367–394). Heidelberg Berlin: Springer.
- Schalast, N. (2012). Delinquenzrisiken psychisch Kranker und stationäre Behandlung. *Recht & Psychiatrie*, *30*(4).
- Schanda, H., Knecht, G., Schreinze, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders: A 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00305.x>
- Schanda, H. (2006). “Homicides and major mental disorders: A 25-year study”: Commentary reply. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00681.x>
- Schanda, H. (2018). Schizophrenie und Gewalt – Justiz und Gesellschaft. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (pp. 11–48). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schöch, H. (2007). Die Schuldfähigkeit. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd I, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 92–151). Heidelberg Berlin: Springer.
- Schomerus, G., & Riedel-Heller, S. (2020). Das Stigma psychischer Krankheit im Fokus. *Nervenarzt*, *91*, 777–778. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00964-3>
- Scott, K. D., Schafer, J., & Greenfield, T. K. (1999). The role of alcohol in physical assault perpetration and victimization. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*(4), 528–536. <https://doi.org/10.15288/JSA.1999.60.528>
- Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., McCann, K., Burns, J., Kapur, N., & Appleby, L. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction (Abingdon, England)*, *101*(8), 1117–1124. <https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.2006.01483.X>
- Sonnweber, M., Lau, S., & Kirchebner, J. (2022). Exploring Characteristics of Homicide Offenders With Schizophrenia Spectrum Disorders Via Machine Learning. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. <https://doi.org/10.1177/0306624X221102799>
- Spunt, B., Brownstein, H., Goldstein, P., Fendrich, M., & Liberty, H. J. (1995). Drug use by homicide offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, *27*(2), 125–134. <https://doi.org/10.1080/02791072.1995.10471681>

- Steadman, H. J., & Silver, E. (2000). Immediate Precursors of Violence Among Persons with Mental Illness. *Violence among the Mentally III*, 35–48. https://doi.org/10.1007/978-94-011-4130-7_3
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 31–44. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007066>
- Stompe, T., Strnad, A., Ritter, K., Fischer-Danzinger, D., Letmaier, M., Ortwein-Swoboda, G., & Schanda, H. (2006). Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01838.x>
- Stompe, T. (2011). Die forensische Relevanz der inhaltlichen Dimension des schizophrenen Wahns. In M. Lammel, S. Sutarski, S. Lau & M. Bauer (Hrsg.), *Wahn und Schizophrenie. Psychopathologie und forensische Relevanz* (pp. 91–97). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stompe, T. (2013). Versuch einer Typologie von Tötungsdelikten schizophrener Patienten. *Spektrum Psychiatrie* 01/2013.
- Stompe, T., Ritter, K., & Schanda, H. (2018). Prädiktoren für Gewaltdelikte bei Schizophrenie. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (pp. 91–148). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stompe, T., & Schanda, H. (2018). Tatmerkmale der Tötungsdelikte von Patienten mit Schizophrenie. In T. Stompe & H. Schanda (Hrsg.), *Schizophrenie und Gewalt* (pp. 155–173). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stompe, T. (2018). Die Bedeutung des Wahns für die Risikoeinschätzung delinquenten Verhaltens schizophrener Patienten // Schizophrenia and Violence – The Impact of Delusions on Risk Assessment. *Journal Für Neurologie, Neurochirurgie Und Psychiatrie*, 19(3), 104–110.
- Stone, M. H. (2001). Serial sexual homicide: biological, psychological, and sociological aspects. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 1–18. <https://doi.org/10.1521/PEDI.15.1.1.18646>
- Storvestre, G. B., Jensen, A., Bjerke, E., Tesli, N., Rosaeg, C., Friestad, C., Andreassen, O. A., Melle, I., & Haukvik, U. K. (2020). Childhood Trauma in Persons With Schizophrenia and a History of Interpersonal Violence. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 383. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2020.00383>
- Sturup, J., & Lindqvist, P. (2014). Homicide offenders 32 years later - a Swedish population-based study on recidivism. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH*, 24(1), 5–17. <https://doi.org/10.1002/CBM.1896>
- Swanson, J., Estroff, S., Swartz, M., Borum, R., Lachicotte, W., Zimmer, C., & Wagner, R. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry*, 60(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/00332747.1997.11024781>

- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry, 41*(7), 761–770. <https://doi.org/10.1176/PS.41.7.761>
- Swanson, Jeffrey W., Borum, R., Swartz, M. S., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health, 6*(4), 309–329. <https://doi.org/10.1002/CBM.118>
- Swanson, Jeffrey W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 490–499. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.63.5.490>
- Swinson, N., Webb, R., & Shaw, J. (2021). The prevalence of severe personality disorder in perpetrators of homicide. *Personality and Mental Health, 15*(1), 49–57. <https://doi.org/10.1002/PMH.1503>
- Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 147*(11), 491–498. <https://doi.org/10.1192/BJP.147.5.491>
- Taylor, P. J., & Gunn, J. (1984). Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.), 288*(6435), 1945. <https://doi.org/10.1136/BMJ.288.6435.1945>
- Teasdale, B., Silver, E., & Monahan, J. (2006). Gender, threat/control-override delusions and violence. *Law and Human Behavior, 30*(6), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9044-x>
- Tiihonen, J., & Hakola, P. (1994). Psychiatric disorders and homicide recidivism. *The American Journal of Psychiatry, 151*(3), 436–438. <https://doi.org/10.1176/AJP.151.3.436>
- Torrey, E. F. (2011). Stigma and violence: isn't it time to connect the dots?. *Schizophr Bull, 37*, 892–896. doi: 10.1093/schbul/sbr057
- Traub, H. J., & Weithmann, G. (2008). Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Vergleich der Entwicklungen in den Bundesländern. *Nervenarzt, 79*(5), 594–603. <https://doi.org/10.1007/S00115-008-2413-6>
- Volavka, J., Laska, E., Baker, S., Meisner, M., Czobor, P., & Krivelevich, I. (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 171*(7), 9–14. <https://doi.org/10.1192/BJP.171.1.9>
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 172*(6), 477–484. <https://doi.org/10.1192/BJP.172.6.477>

- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal Offending in Schizophrenia over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*(4), 716–727. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.716>
- Wang, J., Zhang, S. mei, Zhong, S. ling, Mellsop, G., Guo, H. juan, Li, Q. guang, Zhou, J. song, & Wang, X. ping. (2019). Gender differences among homicide offenders with schizophrenia in Hunan Province, China. *Psychiatry Research*, *271*, 124–130. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.11.039>
- Warren, J. I., Hazelwood, R. R., & Dietz, P. E. (1996). The sexually sadistic serial killer. *Journal of Forensic Sciences*, *41*(6), 14033J. <https://doi.org/10.1520/JFS14033J>
- Wells, S., & Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: relationship to drinking patterns and social context. *Addiction (Abingdon, England)*, *98*(1), 33–42. <https://doi.org/10.1046/J.1360-0443.2003.00253.X>
- Wendt, F., & Kröber, H. L. (2005). Lebensverläufe und Delinquenz von älteren Pädophilen. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, *18*(2), 115–134. <https://doi.org/10.1055/S-2005-836637>
- Wendt, F., & Kröber, H. L. (2010). Alkoholrausch. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd II, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (pp. 240–306). Heidelberg Berlin: Springer.
- Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The Lancet. Psychiatry*, *8*(2), 150–161. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30262-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30262-5)
- Whiting, D., Gulati, G., Geddes J. R., & Fazel, S. (2022). Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *79*(2), 120–132. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.3721
- Wieczorek, W. F., Welte, J. W., & Abel, E. L. (1990). Alcohol, drugs and murder: A study of convicted homicide offenders. *Journal of Criminal Justice*, *18*(3), 217–227. [https://doi.org/10.1016/0047-2352\(90\)90002-S](https://doi.org/10.1016/0047-2352(90)90002-S)
- Winsper, C., Ganapathy, R., Marwaha, S., Large, M., Birchwood, M., & Singh, S. P. (2013). A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*(6), 413–421. <https://doi.org/10.1111/ACPS.12113>
- Witt, K., Hawton, K., & Fazel, S. (2014). The relationship between suicide and violence in schizophrenia: analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset. *Schizophrenia Research*, *154*(1–3), 61–67. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2014.02.001>
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS One*, *8*(2). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0055942>

- Wobrock, T., Pajonk, F. G., D'Amelio, R., & Falkai, P. (2005). Schizophrenie und Sucht. *psychoneuro*, *31*(09), 433-440.
- Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, *26*(5), 775–792. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2012.26.5.775>

11 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Hannelore Findeis, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Patienten mit Tötungsdelikten im Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs – Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Tat und psychischer Störung oder Krankheit“, „Patients with homicide delicts in the Berlin forensic psychiatric hospital – Investigation of the relationship between crime and mental disorder or disease“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

12 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

13 Publikationsliste

- März 2023 *Hormone bei therapieresistenten affektiven Störungen (Buchbeitrag)*
Findeis H, Bauer M. (Hrsg. Bauer M, Berghöfer A, Brakemeier E-L, Adli M)
Therapieresistenz bei Depressionen und Bipolaren Störungen,
ISBN:978-3-662-65734-8
- Jul 2022 *Kants Gottesverständnis und das Prinzip des Konditionalen – ein Beitrag zum psychopathologischen Wahnverständnis (Buchbeitrag)*
Findeis H. (Hrsg. Reuster T, Schönknecht P)
Brücken zwischen Psychiatrie und Philosophie,
ISBN:978-3-662-64295-5
- Jul 2022 *Chronobiologische Aspekte der bipolaren Störung (Artikel)*
Findeis H, Oster H, Bauer M, Ritter P.
Nervenarzt, doi:10.1007/s00115-022-01350-x
- Feb 2022 *Praktische Aspekte der Ketamin Behandlung – Sicherheit, Kombinationstherapien und Komorbiditäten (Artikel)*
Findeis H, Ludwig V M, Mikolas P, Graff J, Bauer M, Ritter P.
Nervenarzt, doi:10.1007/s00115-021-01260-4
- Aug 2021 *Cardiovascular Effects of Combining Esketamine and a MAO-Inhibitor for the treatment of Depression: A retrospective cohort study (Artikel)*
Ludwig V M, Sauer C, Young A H, Rucker J, Bauer M, Findeis H, Ritter P.
CNS Drugs, doi:10.1007/s40263-021-00837-6
- Sep 2020 *Kants Beitrag zur psychopathologischen Wahndefinition, (Vortrag)*
Findeis H.
Kongress Brücken zwischen Psychiatrie und Philosophie, Görlitz
- Jul 2020 *Urothelial toxicity of esketamine in the treatment of depression (Artikel)*
Findeis H, Sauer C, Cleare A, Bauer M, Ritter P.
Psychopharmacology, doi:10.1007/s00213-020-05611-y
- Dez 2019 *The understanding of God by Kant and the contribution to the psychopathological definition of delusion (Artikel)*
Findeis H.
Nervenarzt, doi: 10.1007/s00115-019-00861-4
- Nov 2019 *Urotoxizität von Esketamin in antidepressiver Anwendung (Poster)*
Findeis H, Sauer C, Ritter P.
Kongress Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie 2019 (DGPPN), Berlin
- Okt 2019 *Ketamin zur Behandlung der Bipolaren Depression (Vortrag)*
Findeis H.
19. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Frankfurt a. M.
- Sep 2019 *Urotoxizität von Esketamin in antidepressiver Anwendung (Poster)*
Findeis H, Sauer C, Ritter P.
12. Mitteldeutsche Psychiatrietage, Dresden
- Aug 2019 *Ketamine in the Treatment of Depressive Episodes (Artikel)*
Ritter P, Findeis H, Bauer M.
Pharmacopsychiatry, doi: 10.1055/a-0991-0582

- Okt 2015 *How does the therapist know what the client means? A conceptual analysis of human communication by accepting Wittgenstein's private language argument (Poster)*
Findeis H, Findeis C.
17. International Conference on Philosophy, Psychiatry and Psychology, Chile
- Jun 2012 *Den Anderen verstehen – eine begriffliche Analyse zwischenmenschlicher Kommunikation (Artikel)*
Findeis H.
reflex, Magazin Dresdner Medizinstudenten

14 Danksagung

Mein Dank gilt meinem Doktorvater Herr Prof. Hans-Ludwig Kröber, der mir die Möglichkeit gab, diese Arbeit unter seiner Leitung zu schreiben. Ich danke ihm für seine hervorragende Betreuung und Unterstützung während der gesamten Bearbeitungsphase meiner Dissertation.

Außerdem bin ich Frau Dr. Katharina Wolf sehr dankbar für die zahlreichen fachlichen und fachübergreifenden Gespräche sowie die wegweisende Inspiration für diese Arbeit.

Ferner danke ich allen Mitarbeiter:innen des Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzugs, die mir eine reibungslose Datenerhebung möglich gemacht haben.

Meinem Partner Kay Bachmann und unseren Kindern Arthur und Lisbeth möchte ich meine tiefe Dankbarkeit für ihre große Geduld, liebevolle Begleitung und Motivation aussprechen. Dank ihnen habe ich auch in schweren Phasen nie den Mut verloren. Ich danke ihnen für ihr besonderes Verständnis, wenn ich viele Stunden am Schreibtisch verbracht habe und den bedingungslosen Rückhalt während dieser gesamten Zeit.

Meinen Eltern, Großeltern und meiner Schwester Charlotte danke ich zutiefst für die unzähligen Gespräche, die mir ein beständiger Quell neuer Gedanken und Motivation gewesen sind. Ich bin sehr dankbar für ihren Trost in schweren Momenten und ihren immerwährenden positiven Zuspruch.

15 Statistik Bescheinigung



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Charité | Campus Charité Mitte | 10117 Berlin

Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie (iBiKE)

Direktor: Prof. Dr. Frank Konietschke

Name, Vorname: Findeis, Hannelore
Emailadresse: hannelore.findeis@charite.de
Matrikelnummer: 228117
Promotionsbetreuer: Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber
Promotionsinstitution/Klinik: Institut für forensische Psychiatrie

Postanschrift:
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Besucheranschrift:
Reinhardtstr. 58 | 10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 450 562171
frank.konietschke@charite.de
<https://biometrie.charite.de/>



Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass Frau Hannelore Findeis innerhalb der Service Unit Biometrie des Instituts für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBiKE) bei mir eine statistische Beratung zu ihrem Promotionsvorhaben wahrgenommen hat. Folgende Beratungstermine wurden wahrgenommen:

- 20.03.2023
- 17.04.2023
- 25.05.2023
- 30.08.2023

Folgende wesentliche Ratschläge hinsichtlich einer sinnvollen Auswertung und Interpretation der Daten wurden während der Beratung erteilt:

- Für den Vergleich der drei Gruppen empfiehlt sich ein Globaltest mit anschließendem post-hoc-Test zur Identifizierung der Gruppenunterschiede.
- Als post-hoc-Tests für den Chi-Quadrat- bzw. exakten Fischer-Test empfehlen sich ebenfalls der Chi-Quadrat- bzw. exakte Fischer-Test für die jeweils 2 Untergruppen
- Eine Adjustierung der Ergebnisse mittels Regression oder anderen Verfahren ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht angemessen

Diese Bescheinigung garantiert nicht die richtige Umsetzung der in der Beratung gemachten Vorschläge, die korrekte Durchführung der empfohlenen statistischen Verfahren und die richtige Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Die Verantwortung hierfür obliegt allein dem Promovierenden. Das Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie übernimmt hierfür keine Haftung.

Datum: 30.08.2023

Name des Beraters: [REDACTED]

Digital unterschrieben von [REDACTED]

Unterschrift Berater, Institutsstempel

