

# Gewaltrisiko und Gewaltprävention bei psychischen Erkrankungen

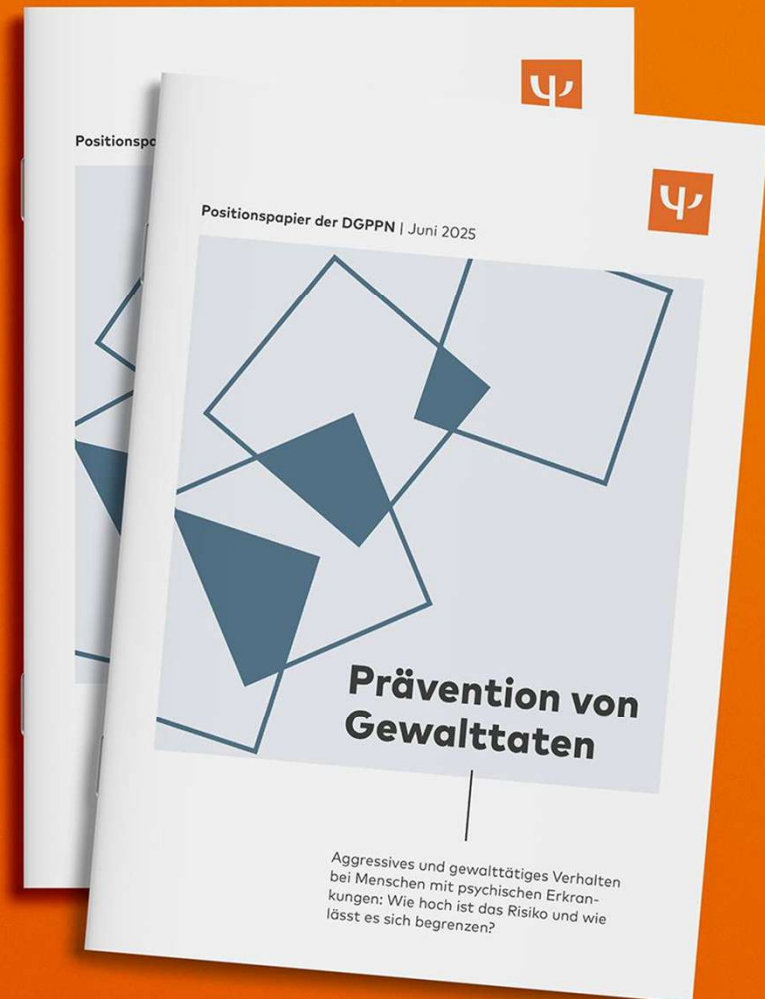
**E. Gouzoulis-Mayfrank**

Düsseldorf, 19.11.2025

# Ausgangslage

- Mehrere schwere Gewalttaten/Anschläge durch Menschen mit psychischen Erkrankungen im 1. HJ 2025
- Verständlicherweise verstärktes Sicherheitsbedürfnis und Handlungsdruck
  - Forderungen nach
    - „Registern“ für psychisch Kranke
    - Datenaustausch zwischen Behörden und Krankenhäusern
    - Verschärfung von Regelungen in PsychKHGs
  - Cave: Heterogenität der PsychKHG Regelungen und deren praktischer Umsetzung in den Bundesländern
  - Angekündigte und laufende PsychKHG-Novellierungen: Fokus auf Erweiterung von Meldepflichten und Anpassung von Voraussetzungen zur Unterbringung

„Die Herausforderung ist,  
die **Balance**  
zwischen dem berechtigten  
*Schutzbedürfnis der*  
*Gesellschaft*  
und den *Persönlichkeitsrechten*  
von Patientinnen und Patienten  
sowie der möglichen  
*Diskriminierung*  
psychisch erkrankter Menschen  
zu finden.“



<https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2025/das-beste-mittel-der-gewaltpraevention-ist-therapie.html>

# Gewalttätiges Verhalten, wie hoch ist das Risiko?



- Überwiegende Mehrheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gewalttätig
- Statistisch erhöhtes Risiko bei bestimmten psychischen Erkrankungen: insbes. Schizophrenien und andere Psychosen, Substanzkonsumstörungen und schwere Persönlichkeitsstörungen
- Risikoerhöhung nicht durch die Diagnose per se erklärbar
- **Risiko für Gewalttätigkeit** bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Resultat aus **Interaktion von Symptomen** in bestimmten Phasen der Erkrankung (bei fehlender/unzureichender Behandlung!) **und weiteren erkrankungsunabhängigen Belastungs-/Risikofaktoren** (Bsp. junges Alter, männliches Geschlecht, Konsum von Alkohol/Drogen, Gewalterfahrung, ungünstige sozioökonomische Verhältnisse, Marginalisierung, z.B. Obdachlosigkeit, politische Radikalisierung)
- Cave: Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren bei Geflüchteten



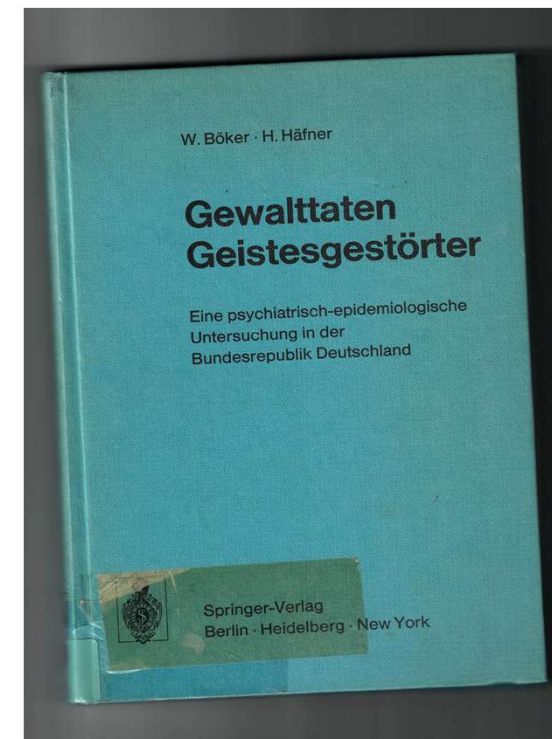
## Ein kurzer Blick zurück...

Epidemiologische Totelerhebung an allen erfaßbaren Geistesgestörten, die in der Bundesrepublik zwischen dem 1.1.55 und dem 31.12.64 eine Gewalttat begingen.

### **Zusammenfassung:**

*„...Wenn man die Gefährlichkeit Geistesgestörter definiert als die relative Wahrscheinlichkeit, eine Gewalttat zu begehen, so ....*

*... dass **sie die Gefährlichkeit der strafmündigen Bevölkerung als Gesamtheit nicht wesentlich übersteigt. ...**“*



1973

# Aktueller Stand des Wissens



- **Gesichert: Gewaltrisiko 2- bis 9-fach höher im Vgl. zu Allgemeinbevölkerung bei:**

1. riskanter Alkohol-/Drogenkonsum und -konsumstörungen
2. Schizophrenie/Psychosen, potenziert bei Komorbidität mit 1
3. Bipolare Störungen
4. (schwere) Persönlichkeitsstörungen (impulsiv, paranoid, dissozial)

Datenlage  
umfangreich

- **Deutliche Hinweise: Gewaltrisiko erhöht auch bei:**

- Organisch-psychische Störungen (Demenz, traumatische Hirnschädigungen)
- ADHS, Autismus (?)
- PTSD

- **Hinweise: Gewaltrisiko statistisch (leicht) erhöht auch bei:**

- Depressionen
- Angststörungen

# Erkenntnisse aus großen Registerstudien



JAMA Psychiatry | **Original Investigation**

JAMA Psychiatry. 2020;77(4):359-367. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4275  
Published online January 15, 2020. Corrected on February 19, 2020.

## Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden

Amir Sariaslan, PhD; Louise Arseneault, PhD; Henrik Larsson, PhD; Paul Lichtenstein, PhD; Seena Fazel, MD

250.419 Personen mit häufigen psychischen Erkrankungen

- Depression
- Angststörung
- Bipolare Störung
- Schizophrenie
- Persönlichkeitstörungen
- Substanzmissbrauchsstörungen

Weniger als 7% Opfer von Gewalttaten oder haben selbst Gewalttaten verübt

Personen mit psychischen Störungen

- waren 3- bis 4-mal häufiger Gewalt ausgesetzt
- hatten nach Ausbruch ihrer Erkrankung 3- bis 4-mal häufiger selbst Gewalt ausgeübt

als ihre Geschwister ohne psychische Störungen

Das Risiko variierte je nach psychiatrischer Diagnose, eigener Erfahrung von Gewalt und familiären Risiken

## Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden



Amir Sariaslan, PhD; Louise Arseneault, PhD; Henrik Larsson, PhD; Paul Lichtenstein, PhD; Seena Fazel, MD

**Figure 1. Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence Among Individuals Diagnosed With Any Psychiatric Disorder Compared With Individuals Without a Psychiatric Disorder**

**A** Absolute risk

### Violence Outcome

#### Subjection to violence

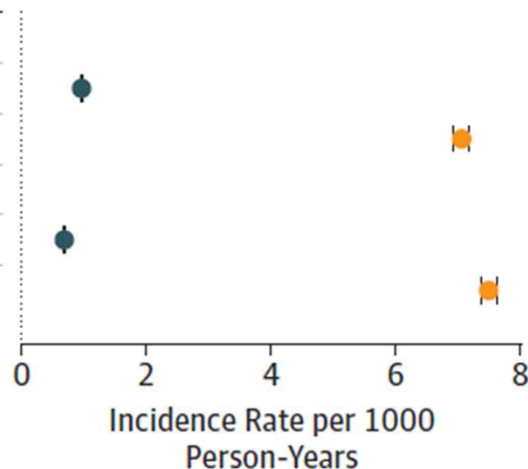
No psychiatric disorder

Any psychiatric disorder

#### Perpetration of violence

No psychiatric disorder

Any psychiatric disorder



### (Unbereinigte) Inzidenzraten

pro 1000 Personenjahre bei Personen **ohne psychische Störungen**

1.0 (Opfer von Gewalt)

0.7 (Ausübung von Gewalt/ Täter)

pro 1000 Personenjahre bei Patienten **mit diagnostizierten psychischen Störungen**

7.1 (Opfer von Gewalt)

7.5 (Ausübung von Gewalt/ Täter)

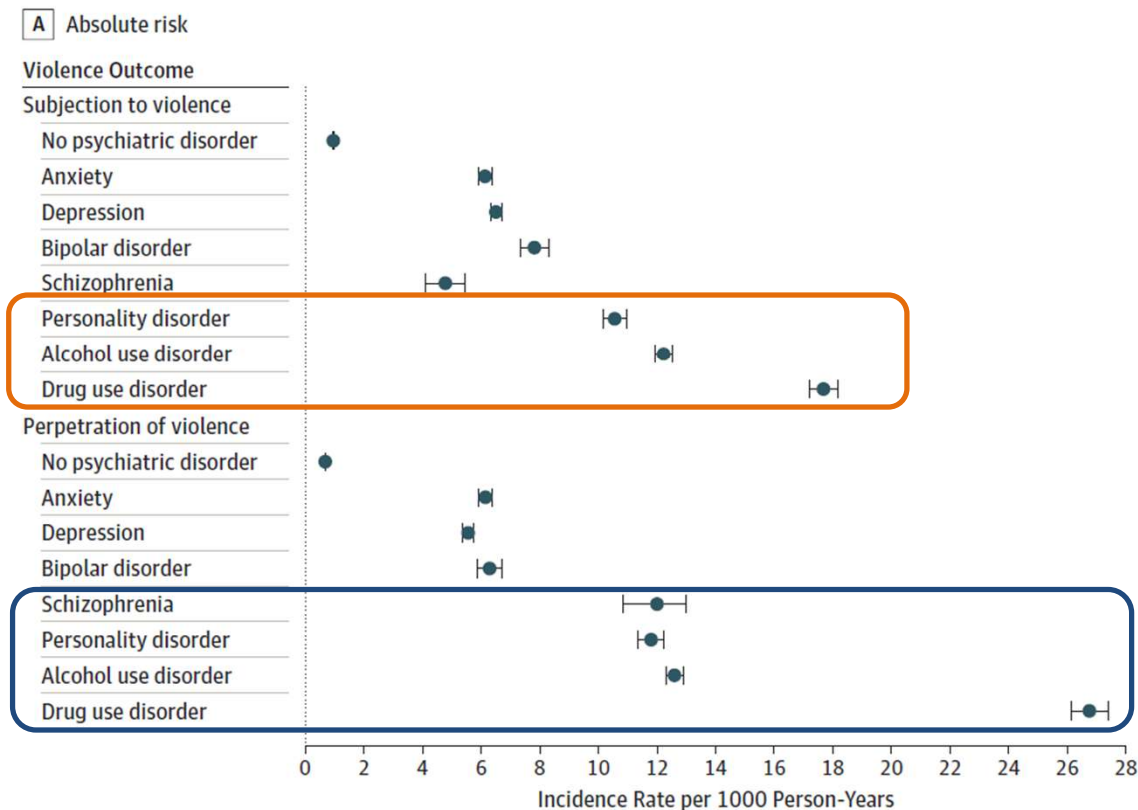


## Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden

Amir Sariaslan, PhD; Louise Arseneault, PhD; Henrik Larsson, PhD; Paul Lichtenstein, PhD; Seena Fazel, MD



Figure 4. Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence Among Individuals Diagnosed With Specific Psychiatric Disorders Compared With Siblings Without Psychiatric Disorders



### (Unbereinigte) Inzidenzraten

pro 1000 Personenjahre im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen

**Stratifizierung** nach psychiatrischen Diagnosen

### Opfer von Gewalt

Am häufigsten bei Personen mit Drogenkonsumstörung, gefolgt von Alkoholkonsumstörung und Persönlichkeitsstörung

### Gewalttätigkeit

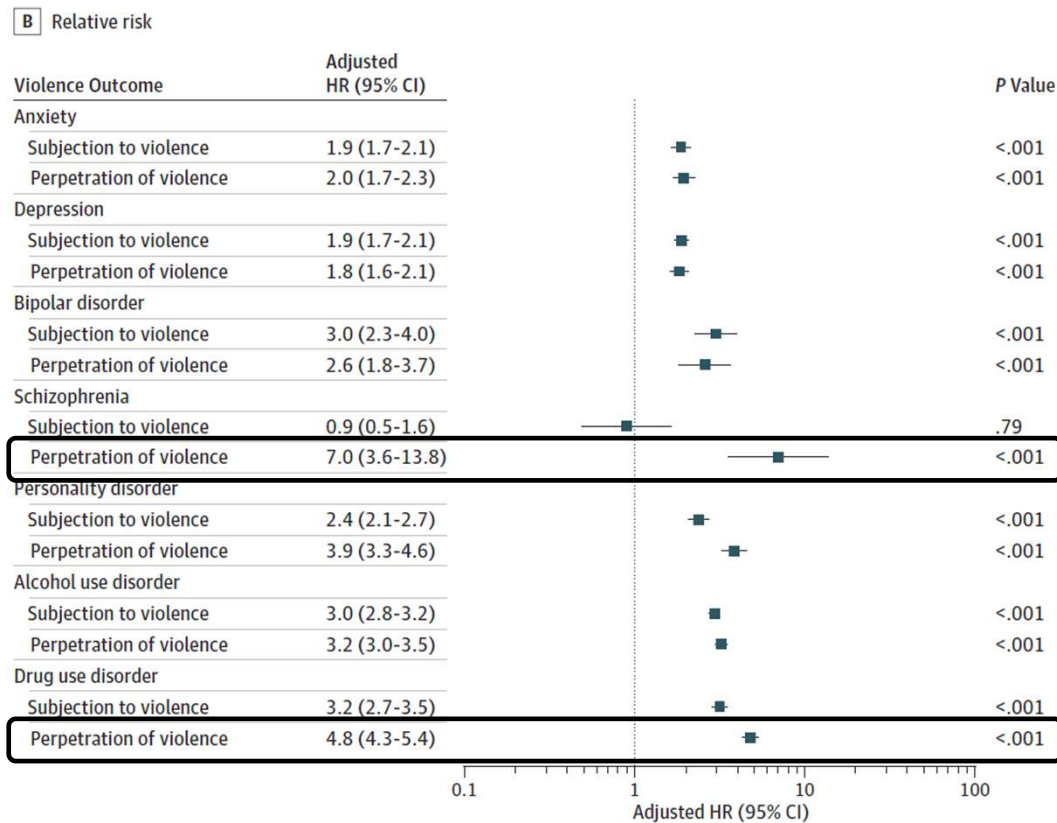
Am häufigsten bei Personen mit Drogenkonsumstörung, gefolgt von Alkoholkonsumstörung, Persönlichkeitsstörung und Schizophrenie

# Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden

Amir Sariaslan, PhD; Louise Arseneault, PhD; Henrik Larsson, PhD; Paul Lichtenstein, PhD; Seena Fazel, MD



**Figure 4. Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence Among Individuals Diagnosed With Specific Psychiatric Disorders Compared With Siblings Without Psychiatric Disorders**



(Fast alle) Gruppen mit einer psychischen Störung: **höheres Risiko für Gewalterfahrung (Opfer von Gewalt)** als ihre Geschwister ohne psychische Störung

aHR bis 3.2

Alle Gruppen mit einer psychischen Störung: **höheres Risiko für Gewalttätigkeit**

aHR von 1.8 und 7.0

am häufigsten bei Schizophrenie und Drogenkonsumstörungen



## Aber was noch wichtig / am wichtigsten ist:

### Zusammenwirken der Erkrankung mit anderen Faktoren

**Risiko für gewalttätiges Verhalten potenziert bei** Hinzukommen *weiterer Faktoren*:

- Substanzkonsum, weitere komorbide psychische Störungen, keine oder keine suffiziente Behandlung der psychischen Störung
- soziodemografische Faktoren: männliches Geschlecht, junges Alter
- sozioökonomische Belastungen: Armut, soziale Isolation und Desintegration, mangelnde soziale Unterstützung, Wohnungslosigkeit, Migration/Flucht
- biographische Belastungsfaktoren: frühe Vernachlässigung und Missbrauchserfahrungen, Verluste und Traumata, eigene Gewalterfahrungen

Die meisten schweren Gewalttaten werden von Menschen verübt, die nicht psychisch krank sind und die volle strafrechtliche Verantwortung für ihre Taten tragen

# Systematisches Review 2025: Risikofaktoren für Gewalt bei Menschen mit Psychosen



Risk factor domain	k	N violent	N total	Odds ratio (95% CI)
Treatment-related	7	2533	72805	0.54 (0.34, 0.85)
Negative symptoms	4	192	1767	1.10 (0.95, 1.27)
Positive symptoms	5	192	2921	1.12 (0.45, 2.82)
Sociodemographic	25	6876	189791	1.61 (1.07, 2.44)
Psychopathological	12	760	5757	1.66 (1.05, 2.62)
Suicidality	9	3324	155356	1.74 (1.01, 2.98)
Premorbid	6	4655	98999	1.79 (1.16, 2.77)
Substance misuse	23	6841	157466	2.36 (1.99, 2.80)
Criminal history	19	5834	117120	3.50 (2.37, 5.16)

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

- 47 Längsschnittstudien
- Einschluss von 203.297 Personen
- Kriminelle Vorgeschichte war mit dem höchsten Risiko für gewalttätige Handlungen verbunden (gepoolte OR 3.50)
- gefolgt von **Substanzkonsumstörung** (OR: 2.36)
- **Behandlungsbezogene Faktoren: schützende Wirkung** (OR: 0.54)



## Handlungsempfehlungen zur Gewaltprävention

- Was hilft?
- Was ist hinderlich?



# Was hilft?

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

# Was kann zur Gewaltprävention beitragen?



1. Intensivierung ambulanter psychiatrischer Behandlungsangebote
  - Ausbau niedrigschwelliger kultursensibler Beratungs-/Behandlungsangebote
  - Multiprofessionelle und ggf. intensive und aufsuchende ambulante Angebote, die sich flexibel am wechselnden Bedarf der Betroffenen orientieren (ACT: Assertive community Treatment); dafür erforderlich: unterstützende Finanzierungsmodelle; ideal: Globalbudget für Krankenhausleistungen
  - Zusätzlich Ausbau engmaschiger und bei Bedarf aufsuchender Hilfen für Betroffene, die sich bereits aggressiv/gewaltbereit gezeigt haben (zusätzliche Finanzierung außerhalb GKV nach Modell der Bayerischen Präventionsstellen)
2. Teilhabeförderung und sektorenübergreifende Kooperation
3. Ausbau/Verstärkung Sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi)
4. Evtl. Aufbau forensisch-psychiatrischer Fachstellen bei Polizeibehörden

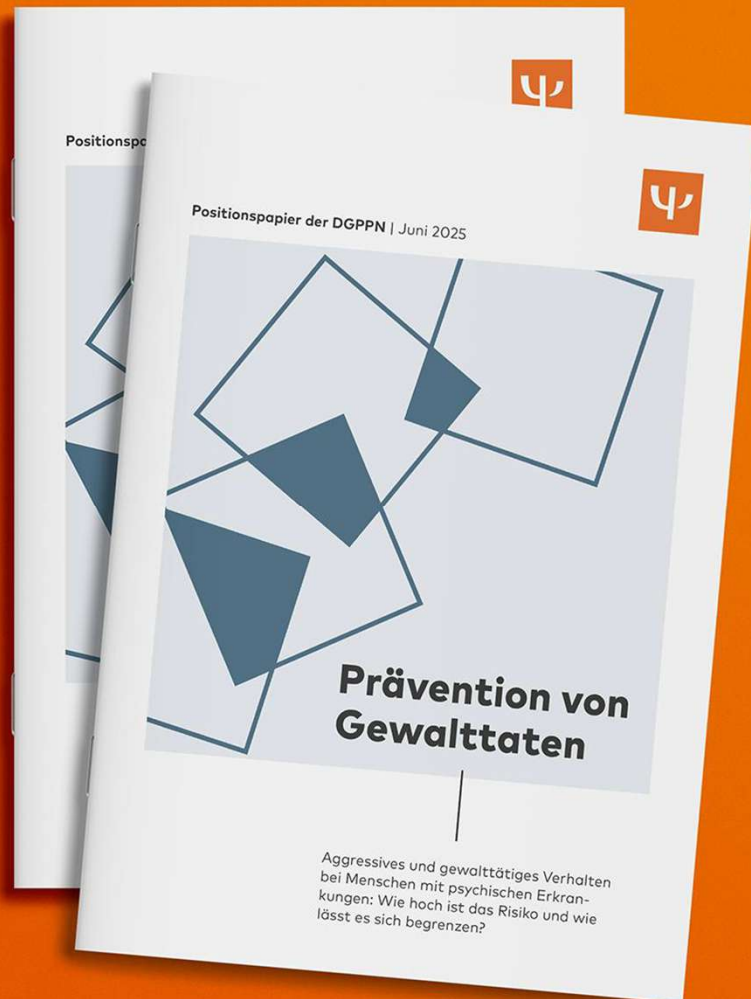


# Was kann (noch) zur Gewaltprävention beitragen?



5. Konsequente **Nutzung der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten** für Unterbringung und Behandlung psychisch erkrankter, nicht selbstbestimmungsfähiger Menschen bei gegenwärtiger Gefahr für aggressive Handlungen
  - **Praxis der gerichtlichen Genehmigung** von Unterbringung und (Zwangs) Behandlung [regional variabel; zum Teil restriktiv bzw. Schwelle sehr hoch]
  - gedankliche Neuausrichtung zur **Praxis der „Nachsorgenden Hilfen“** sowohl bei Behandelnden als auch bei Gerichten erforderlich [In § 328 FamFG vorgesehene „Aussetzung der PsychK(H)G Unterbringung unter Auflagen“ in Einzelfällen, wird selten genutzt]
  - **Vergleich** und ggf. Anpassungen der Bestimmungen in den **PsychKHGs**, z.B. zu
    - **Informationspflichten** der Krankenhäuser bei Entlassung
    - **Voraussetzungen für die Unterbringung**
      - *gegenwärtige Gefahr*: „unmittelbar bevorstehendes“, oder auch “unvorhersehbares, jedoch wegen besonderer Umstände jederzeit zu erwartendes” Schadensereignis")





„Nach der aktuellen Rechtslage besteht ein erhebliches  
**Ungleichgewicht:**

Solange es (noch) nicht zu einer schweren Straftat gekommen ist, sind gewaltpräventive Maßnahmen, welche die **Persönlichkeitsrechte** der Betroffenen einschränken, eng begrenzt.

Wenn es aber zu einer Straftat gekommen ist, werden die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen im forensisch-psychiatrischen Kontext drastisch und langanhaltend eingeschränkt.“



## Was könnte hinderlich hinsichtlich der Gewaltprävention sein?

- umfangreiche Weitergabe von Gesundheitsdaten an Sicherheitsbehörden
- Anlegen eines Registers
  - Unverhältnismäßige Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht
  - Gefahr der Stigmatisierung
  - **Risiko: verminderte Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Behandlungsangeboten**
  - praktische Unmöglichkeit der umfassenden Beobachtung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sicherheitsbehörden
  - (alleinige) polizeiliche Gefährderansprachen nicht zweckdienlich

# Was kann (mittel- und langfristig) zur Gewaltprävention beitragen?



6. Intensivierung der Forschung zu Aggression und Gewalt bei psychischen Störungen
7. Maßnahmen mit Fokus auf die allgemeinen (nicht krankheitsbezogenen) Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten
  - (Alleinige) Fokussierung auf psychische Erkrankung nicht zielführend
  - Fragen nach Ursachen/Motivlage unabhängig von Diagnose einer psychischen Erkrankung relevant

## Fazit - Das Wichtigste auf einen Blick



- Eine gute Behandlung ist die beste Gewaltprävention
- Vorrang haben flexible, niedrigschwellige, ambulante und bei Bedarf aufsuchende Behandlungsangebote (Ausbau von ACT, Präventionsstellen, Krisendienste) und Teilhabeförderung
- Wichtige Rolle der SpDi, die bundesweit gestärkt werden sollte (finanzielle/personelle Ausstattung)
- In zweiter Linie:
  - Konsequente Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten für Unterbringung und Behandlung bei nicht selbstbestimmungsfähigen Betroffenen mit schweren psychischen Erkrankungen und gegenwärtiger Gefahr für aggressive Handlungen
  - Grundsätzlich keine Verschärfung von Gesetzen erforderlich, aber Analyse von Unterschieden zwischen PsychKHGs der Länder (und ggf. Anpassungen) sinnvoll



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**E. Gouzoulis-Mayfrank**

Düsseldorf, 19.11.2025