

Dr. Heinrich Berger, Diplom Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

Dr. Manfred Jehle, Diplom Sozialpädagoge

Vorstandsmitglieder der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

0. Zur Begründung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes

Erlauben Sie uns, in einer etwas längeren Vorbemerkung zu begründen, warum Bayern ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz braucht, bevor wir zur konkreten Beantwortung der gestellten Fragen kommen.

(1) Ein E-Mail-Hilferuf einer Klientin,

wie er immer wieder bei Sozialpsychiatrischen Diensten oder anderen gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten eingehen:

„Im ungelösten Schrei sich erschöpfen,
immer tiefer auswegloser
hinein in die Stille, den Schacht,
wieder und wieder hinabsteigen
in den Schmerz, an die Grenze,
wieder und wieder,
bis das Wort abbricht
und sich auftut
der Schrecken, das Ende.
Lieber Herr Berger,
ich möchte nicht mehr sein,
ich will, dass alles aufhört,
die Verzweiflung, die Stimmen in meinem Kopf, die Hoffnungslosigkeit.
Ich fühle mich so einsam und abgeschnitten von der Welt.
Bitte berühren Sie mich und schicken Sie mir ein paar Worte,
dass ich noch da bin und Sie einmal da waren für mich.“

Dieser in Gedichtform gefasste Hilferuf bringt auf drastische wie künstlerische Weise zum Ausdruck, welchen Sinn und Zweck unsere heutige Veranstaltung hat: Die zentrale Frage ist, welche Angebote können wir einer solch verzweifelten Person machen, die von den Symptomen einer psychischen Erkrankung gequält wird, wie sieht der richtige professionelle Schutz aus bei solcher Gefährdung und Suizidalität und welche gesetzlichen Rahmenbedingungen brauchen wir für unsere Arbeit, dass wir hilfreich sein können für diese Personen und ihre Angehörigen und dass die Fragen von öffentlicher Sicherheit und Ordnung gegenüber den Hilfe- und Schutzmaßnahmen in den Hintergrund treten?

Denn das fordern auch die UN Behindertenrechtskonvention, unsere christlich-humanitäre Geisteshaltung und unsere Fachlichkeit; behinderte Menschen sind nicht auszuschließen,

am Rand der Gesellschaft liegen zu lassen, sondern wegen ihrer Handicaps in den Schutz und die Förderung der gesellschaftlichen Mitte aufzunehmen! Was in Schulen allmählich vorankommt, steht in den Betrieben noch ganz am Anfang, so die kürzlich veröffentlichten Ergebnisse der Bertelsmann-Stiftung.

(2) Marginalisierung der Psychiatrie und psychisch Kranker

Die Psychiatrie ist, so wurde es verschiedentlich formuliert, der letzte Waggon am gesellschaftlichen Zug, durch die besondere Verschränkung medizinischer und psychosozialer Probleme sind die Gefahren der Marginalisierung, Stigmatisierung, Ausgrenzung und Chronifizierung besonders hoch – und es müsste unsere gemeinsame politische und fachliche Aufgabe sein, dies zu ändern, dafür zu kämpfen, dass dieser Wagen mehr in die Mitte gerückt wird, dass die Psychiatrie und die psychisch kranken und behinderten Menschen ins Zentrum unserer gesellschaftlichen Integrationsbemühungen aufgenommen werden!

Warum tut sich unsere Gesellschaft so besonders schwer mit Reformvorhaben im Psychiatriebereich? Schwerer als andere Gesellschaften, in denen es spezifische „Mental Health Acts“ gibt? Es sind historische Gründe, es ist das Unrecht, das psychisch Kranken während der Nazi-Terror-Herrschaft zugefügt und das von Klaus Dörner als „Krieg gegen die psychisch Kranken“ bezeichnet wurde: die tausendfachen Morde und Zwangssterilisierungen, die aktive Beteiligung von Teilen der Psychiatrie-Mitarbeitenden daran und die verschiedenen Formen der unterlassenen Hilfeleistungen, all dieses Unrecht steckt noch im „kollektiven Unbewussten“ unserer Gesellschaft. Es gab diesen Opfern gegenüber keine Entschuldigung und keine Entschädigung, sondern der gesellschaftliche Verdrängungsprozess fordert auch heutzutage noch psychische Energien, macht die Köpfe unfrei und verhindert eine bessere Psychiatrie-Politik!

Die verbreitete soziale und politische Haltung ist demzufolge: Nichtwissen, Nichtbefassen, Wegschauen, Misstrauen, Vorurteile, Angst, Ausgrenzung von Betroffenen und Unterlassen von notwendigen Reformschritten!

Das Bayerische Unterbringungsrecht, obwohl 1982 und 1992 modernisiert, „atmet“ noch den Geist des alten Verwahrgesetzes aus den 50er Jahren! Es geht ausschließlich um die Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung, die Hilfeaspekte sind nur als Verweis auf die Sozialgesetzbücher erwähnt. Sicherlich geschehen auch Straftaten von psychisch erkrankten Menschen, aber die Art der Darstellung dient auch der Rechtfertigung des angesprochenen Verdrängungsprozesses: Die sensationsgierige Präsentation von spektakulären Gewaltausübungen und Morden in manchen Massenmedien zeigen die Ängste, das Unwissen, die fehlenden Hilfestellungen ... Natürlich müssen die Gerichte fragen, lag zur Tatzeit eine verminderte oder fehlende Einsichts- und Schulpflichtigkeit vor? Und wenn diese festgestellt wird, ist es auch eine Art Schutz für die betreffenden Personen. Aber es müsste auch immer gefragt werden: Wie kam es zu diesen Eskalationen? Welche Hilfestellungen waren gegeben oder eben nicht gegeben? Hatte die verzweifelte Mutter, die ein Kind im

Rahmen einer erweiterten Suizidhandlung getötet hat, ausreichend fachliche und mitmenschliche Unterstützung oder ist die Tat auch als vergeblicher Hilferuf zu deuten?

Noch mehr Ausgrenzung, Sensationsgier und moralische Zeigefinger lösen derlei Probleme nicht, sondern „Aufklärung“, „Prävention“, „niedrigschwellige Angebote“, „längerfristige Begleitung“ und insbesondere „rasch verfügbare Krisendienste“ sind dringend notwendig, dann können diese spektakulären Fälle minimiert werden! Es wurden an diesen Tagen wieder schreckliche Zahlen veröffentlicht, wie viele Kinder jährlich ums Leben kommen durch aktive Gewaltausübung oder unterlassene Hilfeleistungen von Seiten ihrer Eltern oder Mitgliedern des sozialen Umfeldes! Auch hier schaffen wir nur Besserungen durch Hinschauen statt Wegschauen, durch die Bereitstellung von fachlichen Institutionen und personellen Ressourcen statt Verdrängung und unsinnigem Sparkurs!

(3) Forderung nach einem Perspektivenwechsel

Zu fordern ist ein Perspektivenwechsel, eine Öffnung der Politik für die Probleme von Kindern, Familien und psychisch belasteten Personen! Für unser heutiges Thema heißt das: Wie kommen wir weg von einer rein ordnungsrechtlichen Ausrichtung hin zu den notwendigen Schutzaspekten? Der Schutz und die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen müssen der zentrale Ausgangspunkt der dringend erforderlichen Gesetzesinitiative sein: Schutz und Menschenwürde gerade auch für die Menschen, deren Lebensperspektiven durch eine psychische Erkrankung bedroht sind! Zwangsmaßnahmen sind nicht immer zu vermeiden, dürfen aber nur Ausnahmen darstellen als sog. „ultima ratio“ – und es sind ausreichende fachliche Sicherheiten einzubauen, damit Fachleute und Institutionen nicht Gefahr laufen, mangels Ressourcen und Kontrollen nur „zweitbeste“ Lösungen anzubieten. Mit ausreichender Ausstattung lassen sich Eskalationen vermeiden und Zwangsmaßnahmen minimieren!

Der Perspektivenwechsel muss das gesamte Finanzierungssystem betreffen: Bereits 1988 wurde im Bericht der Expertenkommission festgestellt, dass unser System an einem Zuständigkeitswirrwarr und einer Unübersichtlichkeit der Finanzierung krankt. Sich in diesem „Versorgungsdschungel“ zurechtzufinden, ist für uns Fachleute oft erst nach Jahren möglich. Wie schwierig ist es für betroffene Menschen und ihre Familien, zur richtigen Zeit die richtige Hilfe zu finden! Der Politik hat bislang der Mut gefehlt, wirkliche therapeutische Maßnahmen anzusetzen! Unsere Forderung ist: Wir brauchen 40 Jahre später eine erneute fachliche Bestandsaufnahme, eine Psychiatrie-Enquete, mit dem möglichen Ziel eines einheitlichen „Mental Health Act“ auch in Deutschland! Experten behaupten: Es wäre genug Geld im System, aber es würde falsch verteilt, es würde zu wenig für die wirklich Bedürftigen und die schwierigsten Eskalationen verwendet!

Wir brauchen diesen Perspektivenwechsel in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen auch deshalb, weil die betroffenen Menschen sehr häufig in ihrer Biografie schon Opfer waren und dies ursächlich mit der Ausbildung der psychischen Problematik zusammenhängt: erlittene Traumata, brokenhome –Situationen,

belastete Migrationserfahrungen ... Unsere psychiatrischen Hilfen müssen noch mehr darauf eingestellt sein: Manche Zwangsmaßnahmen, die therapeutischen Zwecken dienen sollen, sind als Retraumatisierungen zu bewerten – es sind noch viel mehr personelle Ressourcen und fachliches „knowhow“ einzusetzen, um die Heilungschancen zu verbessern und keine Reinszenierungen von Opfer-Situationen zu bewirken! Denn der „gesunde“ – oder sollte man sagen: „ungesunde Menschenverstand“ fürchtet sich vor der Unberechenbarkeit von psychisch erkrankten Menschen. In den nunmehr fast 40 Jahren meiner Mitarbeit in verschiedenen psychiatrischen Institutionen und des Engagements für eine Reform-Psychiatrie gab es nur äußerst wenige brenzlige Situationen, im Gegenteil: Ich habe unter den psychisch erkrankten Menschen sehr viele wertvolle, sensible, liebenswürdige Menschen kennen gelernt und viel Bereicherndes für mein eigenes Leben erfahren.

(4) Salutogenese und seismografische Funktion

Wir wollen keine Mythologisierung, psychisch Kranke sind keine „besseren Menschen“, sie sind so vielfältig und unterschiedlich wie die Normalbevölkerung, sie sind – wie Sie/du und ich! Sie sind in mancher Hinsicht vielleicht extremer, was die Verletztheit und Verletzlichkeit anbelangt, die erlebten oder vorgestellten psychischen Schmerzen. Manche sind zu sensibel für unsere Welt, manche sind sehr grob und unsozial und es ist eine Belastung, sie in der Nachbarschaft oder der Familie zu haben. Im Grunde tragen wir alle seelische „Verwundungsstellen“ in uns, und unser Ich könnte zusammenbrechen, wenn bestimmte Stresssituationen oder Schicksalsschläge überhand nehmen. Die Möglichkeit zur psychischen Erkrankung tragen wir alle in uns, die Erscheinungsformen mögen sich natürlich unterscheiden: Der eine trägt die Möglichkeit zu schizophrenen Verfolgungsängsten in sich, der andere zu depressivem Rückzug, ein besonders mutig und gesund erscheinender Extrem sportler hat vielleicht unbewusste, durch den harten Kampf mit sich selbst oder mit Gegnern abgewehrte Todessehnsüchte in sich u. a. m.

Perspektivenwechsel heißt auch, die Möglichkeit zum „burn out“, zur Depression, zur Verzweiflungstat in sich nicht zu verdrängen, sondern anzuerkennen, möglichst pflegend damit umzugehen, sich zu informieren und präventiv zu wappnen und sich in seinem psychischen wie physischen Gesundheitszustand zu verbessern suchen (Stichwort Salutogenese). Dann könnten wir psychisch kranke Menschen und ihre Probleme besser wertschätzen und die Betroffenen zum Schutz in die gesellschaftliche Mitte aufnehmen (Inklusion) und voneinander lernen! Psychische Erkrankungen und die Psychiatrie hätten dann andere, positiv zu bewertende gesellschaftliche Funktionen als „Seismografen“ unserer sozialen Verhältnisse mit ihren Schwachstellen! Sicherheit und Ordnung würden andere Konnotationen gewinnen im Sinne von Halt, Unterstützung und Gesundheitsförderung!

(5) Psychisch Kranke und besondere Risiken

Die Notwendigkeit des Perspektivenwechsels legen auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse nahe: Die Süddeutsche Zeitung vom 6. März 2013 berichtet unter der Überschrift: „Die übersehenen Opfer. Psychisch Kranke erleben häufig Gewalt“ von einer

schwedischen Untersuchung, wonach suchtkranke und psychisch kranke Menschen ein wesentlich höheres Risiko tragen, Opfer von Gewalttaten und Ermordungen zu sein als die „Normal“- oder Durchschnittsbevölkerung:

Bei Suchtkranken ist das Risiko neunmal so groß, einem Mord zum Opfer zu fallen, als bei Gesunden, bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erhöht sich dieses Risiko um das 3,2-fache, mit Depressionen um das 2,6-fache und mit Schizophrenie um das 1,8-fache!

Notwendige Folgerung: Wie können wir, Politik und Fachwelt zusammen, durch die angestrebte Gesetzesinitiative dafür sorgen, dass diese Problematik verändert wird, dass dieses erhöhte Risiko verminder werden kann? (SZ-Artikel und Fachartikel liegen bei.)

Und nun kommen wir zu einem besonders heiklen Punkt: Als die BayGSP letztes Jahr die Initiative ergriff und im Juni einen Fachtag hier in diesem Raum zusammen mit einer ganzen Reihe von Mitveranstaltern und Politikvertretern abhielt, passierte just an jenen Tagen ein Unglück in der Starnberger Polizeistation: Ein älterer Mann, ein psychisch belasteter Mensch, wie sich herausstellte, drohte auf der Polizeistation mit einem Messer – und es kam zu für ihn tödlichen Schüssen aus verschiedenen Polizeiwaffen. Wir wissen jetzt nicht, was der abschließende Untersuchungsbericht ergeben hat, ob der Mann in großer Verwirrung oder suizidaler Absicht die Polizeistation aufgesucht und die Eskalation provoziert hat? Wir sind uns aber sicher, dass sich diese Situation mit fachlicher Unterstützung hätte anders lösen lassen! Und wir wissen: Es sind keine Einzelfälle! Beim Eindringen in die Wohnung von psychisch kranken Menschen sind weitere Opfer in den letzten Jahren in München zu beklagen gewesen! Psychisch kranke Menschen sind vor allem im akuten Stadium besonders verletzbar und die Annäherung an sie muss äußerst vorsichtig und deeskalierend geschehen. Dazu braucht es sehr viel fachliche Erfahrung!

Wir möchten hier gar nicht gegen unsere Polizeikräfte zu Felde ziehen, wir wissen, wie schwer ihr Dienst ist, wie sie in völlig unterschiedlichen Situationen rasche Entscheidungen treffen müssen, wie sehr auch ihre Gesundheit und ihr Leben immer wieder bedroht sind! Aber da das angesprochene Starnberger Unglück kein Einzelfall ist (wir möchten auf einen Artikel in der Psychiatrischen Praxis verweisen, ebenfalls im Anhang), besteht dringender Handlungsbedarf! Welche Rahmenbedingungen muss die Politik schaffen, dass psychisch kranke und behinderte Menschen ausreichenden Schutz erhalten? Wenn wir im angestrebten Novellierungsverfahren für diesen Schutz und die entsprechenden Hilfemaßnahmen sorgen, dann dient dies am Ende auch: der Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung – oder lassen Sie es uns so sagen: dann erst schaffen wir Sicherheit und Ordnung – auch für psychisch kranke und behinderte Menschen und ihre Angehörigen!

Zu 1. Braucht Bayern ein PsychKHG?

Alle Expert(inn)en und Politiker(innen), die sich auf unserer Fachtagung „Brauchen wir in Bayern ein Psychisch-Kranken-Gesetz?“ vom 7. Juni 2013 zu dieser Frage geäußert haben, haben dies mit einem klaren Ja getan.

Einen Auszug der Argumente geben wir hier wieder und beschreiben damit auch die Position der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

(1) In Bayern finden wesentlich mehr erzwungene stationäre Einweisungen statt als in den anderen Bundesländern. Es besteht Handlungsbedarf zur Klärung der Ursachen und zur Beseitigung der strukturellen Hintergründe dieses Ungleichgewichts. Ein PsychKHG kann hier Transparenz schaffen und die strukturellen Hintergründe verbessern, z.B. durch Berichtspflichten, bessere Koordination und Verzahnung der Hilfen vorrangiger Kostenträger.

(2) Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert die Vertragsstaaten dazu auf, „geeignete Vorkehrungen auch dafür zu treffen, eine Benachteiligung von Menschen aufgrund ihrer Behinderung von vornherein zu unterbinden.“ Im Falle psychischer Erkrankungen bedeutet dies, im Krisenfall und bei eingeschränkter Einsichts- und Selbststeuerungsfähigkeit spezifisches Fachpersonal vor Ort einzusetzen, um eine grundrechtseinschränkende Unterbringung zu vermeiden bzw. fachlich angemessen einzurahmen (etwa wie bei somatischen Notfällen, für die ein vielfältiges Nothilfesystem zur Verfügung steht).

(3) Das bisherige Bayerische UG wird einem zeitgemäßen Verständnis von einerseits öffentlich-rechtlicher Unterbringung (im Sinne kurzfristiger psychiatrischer Krisenintervention) und dem betreuungsrechtlichen Verfahren (als längerfristige sozialpsychiatrische Hilfestellung)

nicht mehr gerecht. Es bleibt dem polizeirechtlichen Verständnis der Gefahrenabwehr verhaftet, ohne ein zeitgemäßes Verständnis von vorrangigen, präventiven, deeskalierenden und inklusionsfördernden Hilfen einzuarbeiten. Es kann einem heutigen Verständnis von Selbstbestimmungs- und Mitwirkungsrechten Betroffener nicht mehr entsprechen. Weil dieses Unterbringungsrecht den heutigen Anforderungen nicht gerecht werden kann, können wir in der Praxis ein Ausweichen auf die Unterbringung nach dem Betreuungsrecht feststellen, das zahlenmäßig weit häufiger angewendet wird, aber dadurch eine „Zweckentfremdung“ erfährt! Nur ein modernes PsychKHG ermöglicht eine sachgerechte Abgrenzung von Unterbringungs- und Betreuungsrecht.

(4) Die ‚ultima ratio‘ einer polizeilichen Zwangseinweisung wird in der Mehrzahl von Krisensituationen vor Ort zum Regelfall. Die vorrangigen, ambulant aufsuchenden Hilfen sind nicht ausreichend mit dem polizeilichen Handeln verknüpft, vielerorts in Bayern auch noch nicht ausreichend ausgebaut. In der konkreten Unterbringungssituation müssen dann fachfremde Beauftragte (Polizei, Rettungsdienst, Kreisverwaltungsbehörden, somatische Ärzte) darüber entscheiden, ob eine psychiatrische Unterbringung indiziert und unvermeidlich ist und ob mildere Hilfen und Maßnahmen ausgeschöpft wurden, um einen Grundrechtseingriff zu vermeiden. Dies gilt ebenso für die Aufnahmesituation in einem womöglich weit entfernten psychiatrischen Krankenhaus und die dort stattfindende richterliche Begutachtung.

Ohne ausreichende Kenntnis der Unterstützungsnetze im Lebensfeld der Betroffenen kann eine sachgerechte Entscheidung über Alternativen zur Unterbringung nur unzureichend erfolgen.

Fachpersonal, das in der Psychiatrie und im jeweiligen Sozialraum kundig ist, muss deswegen unbedingt bei den jeweiligen Kern-Prozessen des Unterbringungsrechts hinzugezogen werden.

(5) Die individuellen Hilfen selbst werden überwiegend von den vorrangigen Sozialleistungsträgern verantwortet und finanziert. Lediglich für die Fragen des Zugangs zu Hilfen, des „clearings“ und der Einleitung spezifischer Hilfe- und Schutzmaßnahmen ist ein fachlich ausgestatteter Klärungsrahmen erforderlich. Dieser soll zu jenem Teil öffentlich finanziert werden, der (gerade) noch nicht von den sozialen Sicherungssystemen erfasst wird („Schnittstellen-Management“, Daseins-Vorsorge).

Dazu gehören auch jene öffentlichen Gesundheits-Struktur-Maßnahmen, welche insbesondere der Planung, Koordination, Steuerung und Berichterstattung des Hilfesystems dienen.

(6) Eine landesweit (Fernziel: bundesweit) an gleichen Standards orientierte Verzahnung der Hilfen kann besser gelingen, wenn die einzelnen Bezirke bei ihren Steuerungsentscheidungen nicht nur im Bereich „frei disponibler Pflichtleistungen“ operieren, sondern sich an Maßstäben eines Landesgesetzes und an Finanzierungsbeteiligungen des Landes orientieren können.

Die Finanzkraft von Kommunen und Bezirken in Bayern ist äußerst unterschiedlich. Eine verbindliche Weiterentwicklung der Versorgung kann deswegen nicht (nur) auf freiwillige Leistungen der einzelnen Bezirke setzen und nicht von einer lediglich beratenden Rolle des Sozialministeriums getragen sein (wie etwa der „Expertenkreis Psychiatrie“).

Eine gesicherte, nicht von Finanzierungsvorbehalten geprägte Entwicklung setzt voraus, dass der Staat resp. seine Ministerien wieder in die Position aktiver Steuerung, Gestaltung und Qualitätskontrolle (zurück-)gehen, etwa durch Sockelfinanzierung für Strukturprojekte, Begleitforschung, Gesundheitsberichterstattung etc.

Diese Absicherung sollte sinnvoller Weise in einem Landes-Psychiatrie-Gesetz festgehalten sein.

(7) Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Bayern bedarf eines „Landespsychiatriebeirates“, der die Daten aus der Gesundheitsberichterstattung aufbereitet, bewertet und kommentiert.

Er soll die Ministerin bei der weiteren Planung und Ausgestaltung beraten. Der Beirat soll auch in einem PsychKHG verankert sein.

Zu 2.: Welche Bereiche sollte ein PsychKHG umfassen?

(1) Grundsätze:

Beschreibung der zentralen Ziele und Werte betreffend Menschenwürde, Selbstbestimmung, Hilfen vor Schutzmaßnahmen, Prävention und Deeskalation, Unterstützung und Entlastung von Angehörigen

(2) Versorgungsstrukturen, Koordination von Hilfen:

Sektorenübergreifende Verzahnung, Gemeindepsychiatrische Verbünde, Koordination auf kommunaler und regionaler Ebene,

Auftrag zur Entwicklung eines Krisen- und Notfalldienstes entsprechend den jeweiligen regionalen Besonderheiten und Ressourcen, Berichterstattung, Meldewesen, Psychiatrieplanung landesweit, communal und regional

(3) Unterbringungsverfahren:

Voraussetzungen, Verfahrensabläufe, Qualitäts-Standards

(4) Patienten- und Angehörigenrechte, öffentliche Kontrolle:

Information, Beratung und Beschwerdewege,

Ombudsstelle, Besuchskommission, Psychiatriebeirat

(5) Als Beispiel eines PsychKGs und der darin zu regelnden Bereiche ist das PsychKG von Nordrhein-Westfalen im Anhang, welches den Hilfemaßnahmen einen zentralen Stellenwert einräumt.

Zu 3.: Wie könnte die Umsetzung bzw. die inhaltliche Struktur aussehen?

(1) Es ist ein Gesetzgebungsprozess in Gang zu setzen, an dem von Beginn an alle Akteure in einem landesweiten Diskurs beteiligt werden und bei dem nicht nur die üblichen Verbandsanhörungen zu einem ministeriell entwickelten Referentenentwurf stattfinden. Dies würde die öffentliche Fundierung und Akzeptanz entscheidend fördern bei einem Thema, welches per se mit hohem Konflikt- bzw. Verdrängungspotential (s.o.) behaftet ist.

- (2) Dieser landesweite „Runde Tisch“ sollte die nötigen und landesgesetzlich möglichen Inhalte definieren und sich in einer breiten Diskussion um gesellschaftlichen und politischen Konsens bemühen.
- (3) Als sektoren- und berufsgruppenübergreifender Fachverband ist die BayGSP besonders daran interessiert, dass an dem einzurichtenden „Runden Tisch“ alle an der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung beteiligte Institutionen und Fachpersonen beteiligt werden. Neben den bewährten Verbandsstrukturen ist auch sicherzustellen, dass genügend Fachpersonen beteiligt werden, die vor Ort in Krisen- und Sozialpsychiatrischen Diensten, in Praxen und Kliniken alltäglich diese Versorgung leisten müssen! Ebenso sind die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften/Psychosozialen Verbünde zu beteiligen.
- (4) Das Gesetzgebungsvorhaben soll nicht von Anfang an die Vorgabe enthalten, für den Landeshaushalt keine finanziellen Auswirkungen zu haben. Dies wäre kontraproduktiv und würde den prognostizierbaren Zugewinn an Versorgungsqualität, an Lebensqualität und an volkswirtschaftlichem Nutzen torpedieren.

München, 17. Juni 2014

Dr. Heinrich Berger und Dr. Manfred Jehle

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

Nordrhein-Westfalen

Inhaltsverzeichnis :

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Grundsatz
- § 3 Ziel und Art der Hilfen
- § 4 Anspruch auf Hilfen
- § 5 Träger der Hilfen
- § 6 Zusammenarbeit
- § 7 Ziel der vorsorgenden Hilfe
- § 8 Durchführung der Hilfe
- § 9 Maßnahmen der unteren Gesundheitsbehörde
- § 10 (Fn 5) Unterbringung und Aufsicht
- § 11 Voraussetzungen der Unterbringung
- § 12 (Fn 6) Sachliche Zuständigkeit
- § 13 (Fn 6) Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit
- § 14 (Fn 6) Sofortige Unterbringung
- § 15 Beendigung der Unterbringung
- § 16 Rechtsstellung der Betroffenen
- § 17 Aufnahme und Eingangsuntersuchung
- § 18 Behandlung
- § 19 Persönlicher Besitz
- § 20 (Fn 7) Besondere Sicherungsmaßnahmen
- § 21 Schriftverkehr
- § 22 Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation
- § 23 Besuchskommissionen
- § 24 (Fn 5) Beschwerdestellen
- § 25 (Fn 6) Beurlaubungen
- § 26 Freiwilliger Krankenhausaufenthalt
- § 27 (Fn 6) Ziel der nachsorgenden Hilfe
- § 28 (Fn 5) Durchführung
- § 29 (Fn 6) Mitwirkung bei der Aussetzung
- § 30 Aufsichtsbehörden
- § 31 Kosten der Hilfen für psychisch Kranke
- § 32 Kosten der Unterbringung
- § 33 Kosten der Behandlung
- § 34 Einschränkung von Grundrechten
- § 35 Änderungsvorschrift (Fn 2)
- § 36 In-Kraft-Treten
- § 37 (Fn 4) Berichtspflicht

(1) Die Hilfen sind zu gewähren, sobald dem Träger dieser Hilfen durch begründeten Antrag Hilfebedürftiger oder Dritter bekannt wird, dass die in § 1 Abs. 1 Nr. 1 bezeichneten Voraussetzungen vorliegen.

§ 4 Anspruch auf Hilfen

angekommen werden.

(2) 1. Art, Ausmaß und Dauer der Hilfen richten sich, soweit dieses Gesetz nicht bestimmt Maßnahmen vorschreibt, nach den Besonderheiten des Einzelfalles.² Sie werden nur geleistet, wenn sie freiwillig ausgeschöpft werden.

psychotherapeutischer Behandlung, werden die Hilfen grundsätzlich gewährt.

(1) 1. Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befringen, ein eingeschranktes und belastestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Aморdungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unfreiheitserungen vermeiden.² Befinden sich die Betroffenen in ärztlicher, psychologisch

psychotherapeutischer oder Kinder- und Jugendpsychosozialer (ärztlicher, psychologischer und

medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befringen, ein eingeschranktes und

belastestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Amorbidungen von Schutzmaßnahmen und

psychotherapeutischer Behandlung, werden die Hilfen grundsätzlich gewährt.

§ 3 Ziel und Art der Hilfen

für psychische Krankheit

Allgemeine Bestimmungen über die Hilfen

Abschnitt II

Für eine ausreichende Dokumentation ist Sorge zu tragen.

(3) Dieses Gesetz gilt nicht für Personen, die auf Grund der §§ 63, 64 StGB, 81, 126 a, 453 c im Verbindungsmitglied einer Maßnahme, insbesondere für Behandlungsvereinbarungen mit Ärztlinnen und Betroffenen ihrer Vertragsärztes.³ Betroffenen besonderer Risikosituationen, die nicht für Willensstörungen der Betroffenen vor Bedarf

1. Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf den Willen und die Bedürfnisse der

§ 2 Grundsatz

§ 463 StPO, §§ 7, 73 JGG und §§ 163 I b, 1800, 1915 sowie 1906 BGBl untergebracht sind.

(3) Dieses Gesetz gilt nicht für Personen, die auf Grund der §§ 63, 64 StGB, 81, 126 a, 453 c im Verbindungsmitglied einer Maßnahme, insbesondere für Behandlungsvereinbarungen mit Ärztlinnen und Betroffenen ihrer Vertragsärztes.³ Betroffenen besonderer Risikosituationen, die nicht für Willensstörungen der Betroffenen vor Bedarf

2. Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandelungsberechtigte psychische Störungen und Abhängigkeitsstörungen von vergleichbarer Schwere.

3. die Unfreiheitserung von Schutzmaßnahmen durch die untreue Gesundheitsbehörde, sowie gewichtige bedeutende Rechtsgegitter anderer erheblich gefährden.

Grund einer psychischen Krankheit bestehen, und Absatzpunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefahr durch bedeutender Rechtsgegitter anderer auf 2. die Aморbidung von Schutzmaßnahmen durch die untreue Gesundheitsbehörde, sowie gewichtige erkannkt sind oder bei denen die Folgen einer psychischen Krankheit fortbestehen (Betroffene),

1. Hilfen für Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch

(1) Dieses Gesetz regelt

§ 1 Anwendungsbereich

Allgemeines

Abschnitt I

Inhaltsübersicht

vom 17. Dezember 1999

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

(2) Der Träger der Hilfen soll darüber hinaus von Amts wegen tätig werden, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass Hilfebedürftige nicht in der Lage sind, Hilfen zu beantragen.

RESEARCH

Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study

 OPEN ACCESS

Casey Crump *clinical assistant professor*¹, Kristina Sundquist *professor*², Marilyn A Winkleby *professor*³, Jan Sundquist *professor and director*²

¹Department of Medicine, Stanford University, 211 Quarry Road, Suite 405, MC 5985, Palo Alto, CA 94304-1426, USA; ²Center for Primary Health Care Research, Lund University, Skåne University Hospital, Malmö, Sweden; ³Stanford Prevention Research Center, Stanford University, Stanford, CA 94305-5411, USA

Abstract

Objective To determine the risk of people with mental disorders being victims of homicide.

Design National cohort study.

Setting Sweden.

Participants Entire adult population ($n=7\ 253\ 516$).

Main outcome measures Homicidal death during eight years of follow-up (2001–08); hazard ratios for the association between mental disorders and homicidal death, with adjustment for sociodemographic confounders; potential modifying effect of comorbid substance use.

Results 615 homicidal deaths occurred in 54.4 million person years of follow-up. Mortality rates due to homicide (per 100 000 person years) were 2.8 among people with mental disorders compared with 1.1 in the general population. After adjustment for sociodemographic confounders, any mental disorder was associated with a 4.9-fold (95% confidence interval 4.0 to 6.0) risk of homicidal death, relative to people without mental disorders. Strong associations were found irrespective of age, sex, or other sociodemographic characteristics. Although the risk of homicidal death was highest among people with substance use disorders (approximately ninefold), the risk was also increased among those with personality disorders (3.2-fold), depression (2.6-fold), anxiety disorders (2.2-fold), or schizophrenia (1.8-fold) and did not seem to be explained by comorbid substance use. Sociodemographic risk factors included male sex, being unmarried, and low socioeconomic status.

Conclusions In this large cohort study, people with mental disorders, including those with substance use disorders, personality disorders, depression, anxiety disorders, or schizophrenia, had greatly increased risks of homicidal death. Interventions to reduce violent death among people with mental disorders should tackle victimisation and homicidal death in addition to suicide and accidents, which share common risk factors.

Introduction

Mental disorders are well established risk factors for suicide and accidental death,^{1–5} but little is known about their association with homicidal death. The perpetration of homicide and other violence by people with mental disorders has been extensively studied for decades.^{6–13} However, the risk of such people being victims of homicide has seldom been examined. People with mental disorders may be at increased risk of homicidal death for several reasons, including a high prevalence of comorbid substance use, which is associated with violence. Irrespective of substance use, they also are more likely to live in high deprivation areas,¹⁴ which have higher homicide rates, be in closer contact with other mentally ill people, be less aware of their safety needs,¹⁵ or potentially be victimised because of perceptions that they are dangerous or vulnerable.^{16–18} More effective prevention of violent death among people with mental illness requires a better understanding of the risks of homicidal death in addition to suicide and accidents, which are more widely studied.

The few previous studies on this topic have reported that people with any mental disorder have a twofold to sixfold risk of homicidal death relative to the general population.^{19–22} These studies have had important limitations, including inadequate control for confounding,^{19–22} insufficient sample sizes for the examination of specific mental disorders,^{20–22} or the inclusion of only psychiatric patients admitted to hospital,¹⁹ who have more severe illness and do not adequately represent mental disorders in the general population. We overcame these limitations by using outpatient and inpatient data for the entire adult population of Sweden (approximately 7.2 million). We ascertained potential sociodemographic confounders by using national census data and mental disorders by using outpatient and inpatient diagnoses from all healthcare settings nationwide.

Correspondence to: C Crump kccrump@stanford.edu

Extra material supplied by the author (see <http://www.bmjjournals.org/content/346/bmj.f557?tab=related#webextra>)

We used these data to examine the association between mental disorders or sociodemographic characteristics and homicidal death, while adjusting for confounders and exploring the potential modifying effect of comorbid substance use.

Methods

Study population and homicidal death ascertainment

We did a nationwide cohort study of all people aged 17 years or older who were living in Sweden on 1 January 2001 ($n=7\ 253\ 516$). The outcome of interest was death from homicide (codes X85-Y09 in ICD-10 (international classification of diseases, 10th revision); 615 total deaths) during eight years of follow-up (1 January 2001 to 31 December 2008). We identified these by using the Swedish death registry, which includes about 99.5% of all deaths nationwide.²³ We excluded deaths of undetermined intent (ICD-10 codes Y10-Y34; 1497 total deaths) from this outcome.

Mental disorder ascertainment

We identified mental disorders by any primary or secondary diagnosis in the Swedish outpatient registry or the Swedish hospital registry from 1 January 2001 (when the outpatient registry was started) to 31 December 2008 (the maximum follow-up at the time of analysis). The Swedish outpatient registry contains all primary and secondary outpatient diagnoses nationwide since 2001, and the Swedish hospital registry contains all primary and secondary hospital discharge diagnoses with nationwide coverage since 1987. These registries are estimated to be more than 99% complete.²⁴ We classified mental disorders according to ICD-10 codes and examined them in the following categories: any mental disorder (F00-F69); substance use disorders (F10-F19); schizophrenia and schizotypal and delusional disorders (F20-F29), including schizophrenia (F20), which was examined separately; mood (affective) disorders (F30-F39), including bipolar disorder (F31) and depression (F32-F33), which were examined separately; neurotic, stress related, and somatoform disorders (F40-F48), including anxiety disorders (F40-F41), which were examined separately; and personality disorders (F60-F61).

Sociodemographic variables

We identified sociodemographic characteristics that may be associated with mental disorders and risk of homicidal death by using national census data from 2000-01 and linked them to the registry data by using an anonymous personal identification number.^{14 25 26} We examined the following as predictor and adjustment variables: sex (men or women); age (17-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, ≥ 75 years at study entry); marital status (married/cohabiting, never married, divorced, widowed, or unknown); country of birth (Sweden, other Nordic countries (Denmark, Finland, Iceland, Norway), non-Nordic countries, or unknown); educational level (compulsory school or less (≤ 9 years), vocational high school or some college preparatory high school (10-11 years), college preparatory high school and/or college (≥ 12 years), or unknown); employment status (employed or non-employed; "non-employed" includes students and homemakers); income (categorical variable in quarters, or unknown); and urban/rural status (large cities, medium sized towns, small towns/rural, or unknown).

Statistical analysis

We used Cox proportional hazards regression to estimate hazard ratios and 95% confidence intervals for the association between mental disorders or sociodemographic characteristics and homicidal death during the follow-up period. We modelled each mental disorder for each person as a time dependent variable, so that a person contributed to "non-exposed" person time before and "exposed" person time after the earliest diagnosis of the respective disorder. We censored individuals (that is, treated them as no longer under observation or at risk of the study outcome) at the time of death from any cause other than homicide ($n=834\ 395$; 11.5%) or at the time of emigration as determined by the absence of a Swedish residential address in census data ($n=219\ 571$; 3.0%). We built sequential models to identify potential confounders that had the strongest effect on estimates of risk and identified the following variables: sex, age, marital status, country of birth, education, and employment status. After adjustment for these variables, income and urban/rural status had no effect on risk estimates and were subsequently excluded as adjustment variables. We used three different adjusted models: the first was adjusted for sex and age only; the second was adjusted for sex, age, and other sociodemographic characteristics (marital status, country of birth, education, and employment status); and the third was adjusted for the same variables after exclusion of people with any substance use disorder diagnosed during the study period ($n=160\ 762$; 2.2%). We evaluated the proportional hazards assumption by graphical assessment of log-log plots,²⁷ and it was met in each of the models.

In addition, we assessed for effect modification by sociodemographic factors by calculating hazard ratios and 95% confidence intervals for the association between any mental disorder and homicidal death after stratifying by these factors, and using a likelihood ratio test to formally test for interaction. We did a sensitivity analysis in which we calculated hazard ratios and 95% confidence intervals for the associations between mental disorders and either homicidal death or "death of undetermined intent" (ICD-10 codes Y10-Y34; 1497 total deaths) as a combined outcome. All statistical tests were two sided and used an α level of 0.05. We used Stata statistical software, version 11.2 for all analyses.

Results

In this population of 7 253 516 Swedish adults, 615 homicidal deaths (410 men and 205 women) occurred in 54.4 million person years of follow-up, including 141 homicidal deaths (104 men and 37 women) among people with mental disorders. Crude mortality rates due to homicide (per 100 000 person-years) were 1.1 in the entire population, 2.8 among people with mental disorders, and 0.9 among those without mental disorders.

Sociodemographic factors and homicidal death

Men had twice the risk of homicidal death relative to women, after adjustment for all other sociodemographic characteristics (table 1). We found no linear trend in the risk of homicidal death by age (P for trend=0.78). The risk of homicidal death was more than twofold higher among people who were divorced or never married relative to those who were married or cohabiting. Other independent risk factors included low education (P for trend<0.001), low income (P for trend<0.001), non-employment, and living in large cities relative to medium sized or small towns (table 1). Nordic and non-Nordic immigrants had an increased risk of homicidal death relative to

people born in Sweden before but not after adjustment for other sociodemographic characteristics.

Mental disorders and homicidal death

A total of 22.9% (n=141) of people who died from homicide were ever diagnosed as having a mental disorder during the study period, compared with 9.4% (n=680 596) of the general population. After adjustment for sex and age, any mental disorder was associated with more than a sevenfold risk of homicidal death (95% confidence interval 5.98 to 8.83), relative to people without mental disorders (table 2). The risk of homicidal death was strongest among those with substance use disorders (approximately 16-fold risk). Only two homicidal deaths occurred among people with bipolar disorder, which was insufficient for obtaining meaningful risk estimates. However, the risk of homicidal death was significantly elevated among people with all other mental disorders, including about sevenfold among those with personality disorders, about fivefold among those with schizophrenia, and more than threefold among those with depression or anxiety disorders (table 2). Further adjustment for other sociodemographic factors resulted in attenuation of all risk estimates, but they remained significantly elevated for most mental disorders, including a nearly fivefold risk among people with any mental disorder, an approximately ninefold risk among those with substance use disorders, an approximately threefold risk among those with personality disorders, and more than a twofold risk among those with depression or anxiety disorders (table 2). Schizophrenia was associated with a 1.8-fold risk of homicidal death, although this no longer reached statistical significance (95% confidence interval 0.85 to 3.86).

We explored the influence of substance use by repeating the fully adjusted model after excluding people with any outpatient or inpatient diagnosis of substance use disorders (n=160 762; 2.2%). A diagnosis of any mental disorder was associated with an approximately twofold risk of homicidal death among people who were never diagnosed as having substance use disorders (table 2). Risk estimates for the association between personality disorders or anxiety disorders and homicidal death were somewhat higher after this exclusion, and other risk estimates were only slightly affected. These findings suggest that the observed associations between mental disorders and homicidal death were not fully explained by comorbid substance use.

We also assessed whether the association between any mental disorder and homicidal death was modified by sociodemographic factors, by examining risk estimates stratified by these factors (table 3). After adjustment for sex, age, and other sociodemographic factors, all hazard ratios were in the range of 2.7 to about six. Precision was low in some strata owing to small numbers of homicidal deaths and person years. However, these findings suggest that people with mental disorders have increased vulnerability to homicidal death irrespective of sociodemographic characteristics. The association between any mental disorder and homicidal death was somewhat stronger among men (P for interaction=0.03), people with higher income (P for interaction=0.02), and people who lived in medium sized or small towns (P for interaction=0.01), but it did not vary significantly by other sociodemographic factors (P for interaction>0.05 for each; table 3).

A sensitivity analysis in which we examined the associations between mental disorders and either homicidal death or “death of undetermined intent” as a combined outcome yielded substantially higher risk estimates for each mental disorder

(supplementary table), possibly owing to a high prevalence of suicide among deaths of undetermined intent.^{28 29}

Discussion

In this large cohort study, people with mental disorders had highly increased risks of homicidal death, irrespective of sex, age, or other sociodemographic characteristics. Although the risk of homicidal death was highest among those with substance use disorders, it was also increased among those with personality disorders, depression, anxiety disorders, or schizophrenia and did not seem to be explained by comorbid substance use. Sociodemographic risk factors included male sex, being unmarried, and low socioeconomic status. These findings overlap with previously reported risk factors for suicide and accidental death,^{1 30-32} which we also confirmed in this population (submitted). They suggest that preventive interventions targeting common underlying risk factors may have greater potential to reduce violent death than do narrower outcome specific interventions.^{32 33}

Comparison with other studies

To our knowledge, this is the first study to examine the link between mental disorders and homicidal death by using comprehensive sociodemographic and outpatient and inpatient data for a national population. The use of outpatient as well as inpatient diagnoses is important because it allows more complete ascertainment of all mental disorders, including milder cases (not admitted to hospital), enabling more reliable and generalisable risk estimates than hospital based studies. Adjustment for sociodemographic confounders is also critical because many such factors are highly associated with mental disorders and, independently, with risk of homicidal death. The largest previous studies of this topic include a Danish study of 72 208 psychiatric patients admitted to hospital during 1973-93 that reported increased risks of homicidal death (based on 181 deaths) among those with substance use disorders, personality disorders, affective or non-affective psychoses (men or women), and schizophrenia (men only), but not neurosis.¹⁹ The overall increase in risk among people with mental disorders was about sixfold (adjusted for sex, age, and year of death), compared with an increase of approximately fourfold to fivefold in risk that we found after further adjusting for sociodemographic confounders unaccounted for in the Danish study. Another study of 135 992 psychiatric patients in Australia with one year of follow-up reported a nearly fivefold higher risk among people with any psychiatric treatment, based on 11 homicidal deaths compared with 53 in the general population.²⁰ Smaller US studies of 5284 psychiatric emergency room patients and 500 psychiatric outpatients reported increases of approximately twofold and fourfold in risk among people with mental disorders, on the basis of less than 10 homicidal deaths.^{21 22} These studies did not account for socioeconomic confounders, and sample sizes were insufficient to examine risks by specific mental disorders.

Possible explanations and implications

Comorbid substance use did not seem to fully explain the associations we found between mental disorders and homicidal death. Several other explanations are probably involved. People with mental disorders are more likely to live in high deprivation neighbourhoods,¹⁴ which have higher homicide rates. They may be in closer contact with other mentally ill people and may be less aware of their safety risks owing to symptoms of the underlying illness.^{15 34} A systematic review reported that people with virtually any mental disorder (especially schizophrenia but

also anxiety disorders and depression) are commonly perceived by the general public as unpredictable or dangerous.¹⁶ Although some reactions towards mentally ill people are pro-social, feelings of uneasiness, fear, and a desire for social distance are common and may increase the risk of victimisation.¹⁶⁻¹⁸ Interventions to reduce these risks should include collaborations between mental health clinics and the criminal justice system to develop personal safety and conflict management skills among people with mental illness.^{35 36} Improved housing, financial stability, and substance abuse treatment may also reduce vulnerability to violent crime.^{15 34}

The homicide rate in Sweden (1.1 per 100 000 person years) is similar to that of other western European countries³⁷; it is much lower than that of the United States (7.0 per 100 000 person years),³⁸ where our findings are likely to have a larger public health impact. US studies of homicidal death among mentally ill people are scarce and much smaller.^{21 22} However, recent studies of non-fatal violence have reported that victimisation of people with severe mental illness is more than four times the incidence in the general US population and is a larger public health problem than perpetration of violence by mentally ill people.^{17 34}

Strengths and limitations

A major strength of this study was the ability to examine the link between mental disorders and homicidal death in the largest cohort to date by using comprehensive registry data for a national population. Mental disorders were ascertained by using outpatient as well as inpatient diagnoses from all healthcare settings nationwide, enabling more reliable estimates of risk than in studies limited to cases admitted to hospital or selected samples. The results were adjusted for broadly measured sociodemographic confounders, and we examined the potential modifying effect of comorbid substance use.

Limitations included the inability to examine mental disorders that were undiagnosed; the reported prevalence of mental disorders thus still probably underestimated the true prevalence. However, because Sweden has universal access to healthcare and we used all outpatient and inpatient diagnoses nationwide, ascertainment was probably much more complete than in previous studies. Substance use disorders also were ascertained by using nationwide outpatient and inpatient diagnoses, which may have underestimated their true prevalence and influence. Sociodemographic factors were measured only at the beginning of the study period, and residual confounding by such factors is possible. Despite the large size of this cohort, the precision of some risk estimates was limited owing to the relatively low homicide rate in Sweden. Associations between multiple psychiatric disorders and homicidal death were not examined owing to insufficient numbers of homicides among people with multiple diagnoses to allow meaningful risk estimates.

Information on non-fatal assault was unavailable, so we examined only the most severe outcome of violent victimisation, which also occurs in many other forms. Psychiatric patients also have increased risks of violent death from suicide and accidents, which have been reported previously,^{1-5 19-22} and which were not covered in this study. Finally, the extent to which our findings for homicidal death are generalisable to countries with different social contexts and healthcare systems is unclear, although they are broadly compatible to findings from much smaller studies in the US and Australia.²⁰⁻²²

Conclusions

This large national cohort study found that people with mental disorders, including those with substance use disorders, personality disorders, depression, anxiety disorders, or schizophrenia, had greatly increased vulnerability to homicidal death. We found strong associations irrespective of sex, age, or other sociodemographic characteristics. Homicidal death shared risk factors in common with those previously found for suicide and accidental death. Interventions to reduce violent death among people with mental disorders should tackle risks of victimisation and homicidal death in addition to suicide and accidents.

Contributors: CC, KS, MAW, and JS were responsible for the study concept and design. JS obtained funding. KS and JS acquired the data. CC, KS, MAW, and JS analysed and interpreted the data. CC and JS did the statistical analysis. CC drafted the manuscript, and all authors revised it for important intellectual content. JS is the guarantor.

Funding: This study was supported by grants from the National Institute of Drug Abuse (R01DA030005), the Swedish Research Council, and ALF project grant, Lund, Sweden. The funding agencies had no role in the design and conduct of the study; in the collection, analysis, and interpretation of the data; or in the preparation, review, or approval of the manuscript. The researchers were independent of the funding agencies.

Competing interests: All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: support for the study by grants from the National Institute of Drug Abuse (R01DA030005), the Swedish Research Council, and ALF project grant, Lund, Sweden; no financial relationships with any organisations that might have an interest in the submitted work in the previous three years; and no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

Ethical approval: This study was approved by the Regional Ethical Review Board of Lund University in Sweden.

Data sharing: No additional data available.

- 1 Harris EC, Barracough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
- 2 Holding TA, Barracough BM. Psychiatric morbidity in a sample of accidents. *Br J Psychiatry* 1977;130:244-52.
- 3 Rörsman B, Hagell O, Lanke J. Violent death and mental disorders in the Lundby study: accidents and suicides in a total population during a 25-year period. *Neuropsychobiology* 1982;8:233-40.
- 4 Black DW, Warrack G, Winokur G. The Iowa record-linkage study: I. Suicides and accidental deaths among psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:71-5.
- 5 Gau SS, Cheng AT. Mental illness and accidental death: case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2004;185:422-8.
- 6 Swinson N, Flynn SM, White D, Roscoe A, Kapur N, Appleby L, et al. Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators. *Br J Psychiatry* 2011;198:485-9.
- 7 Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009;6:e1000120.
- 8 Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide: national clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:143-7.
- 9 Shaw J, Appleby L, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *BMJ* 1999;318:1240-4.
- 10 Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999;174:9-14.
- 11 Anis GM, Kaplan ML, Hundorf G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:405-25.
- 12 Hiday VA. The social context of mental illness and violence. *J Health Soc Behav* 1995;36:122-37.
- 13 Monahan J. "A terror to their neighbors": beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1992;20:191-5.
- 14 Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Neighborhood deprivation and psychiatric medication prescription: a Swedish national multilevel study. *Ann Epidemiol* 2011;21:231-7.
- 15 Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999;50:62-8.
- 16 Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:163-79.
- 17 Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatr Serv* 2008;59:153-64.

What is already known on this topic

The perpetration of homicide by people with mental disorders has received much attention, but their risk of being victims of homicide has rarely been examined

No studies of this topic have examined mental disorders ascertained from all outpatient and inpatient settings in a national population

Such information may facilitate more effective strategies for improving the safety and health of people with mental illness

What this study adds

This study used nationwide outpatient and inpatient data from Sweden and adjusted for sociodemographic confounders

People with mental disorders, including those with substance use disorders, personality disorders, depression, anxiety disorders, or schizophrenia, had greatly increased risks of homicidal death

Interventions to reduce violent death among people with mental disorders should tackle modifiable risk factors for victimisation and homicidal death

- 18 Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:180-91.
- 19 Hirsch U, Appleby L, Mortensen PB, Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet* 2001;358:2110-2.
- 20 Ruschena D, Mullen PE, Burgess P, Corderer SM, Barry-Walsh J, Drummer OH, et al. Sudden death in psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1998;172:331-6.
- 21 Hillard JR, Zung WW, Ramm D, Holland JM, Johnson M. Accidental and homicidal death in a psychiatric emergency room population. *Hosp Community Psychiatry* 1985;36:640-3.
- 22 Martin RL, Cloninger CR, Guza SB, Clayton PJ. Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients: II. Cause-specific mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:58-66.
- 23 National Board of Health and Welfare. Causes of death 2010. National Board of Health and Welfare, 2011.
- 24 Ludvigsson JF, Andersson E, Ekbom A, Feychtung M, Kim JL, Reuterwall C, et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health* 2011;11:450.
- 25 Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Gestational age at birth and mortality in young adulthood. *JAMA* 2011;306:1233-40.
- 26 Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Preterm birth and psychiatric medication prescription in young adulthood: a Swedish national cohort study. *Int J Epidemiol* 2010;39:1522-30.
- 27 Garrett JM. gr23: graphical assessment of the Cox model proportional hazards assumption. *Stata Technical Bulletin* 1997;35:9-14.
- 28 Varnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev* 2012;18:321-5.
- 29 Lindqvist P, Gustafsson L. Suicide classification—clues and their use: a study of 122 cases of suicide and undetermined manner of death. *Forensic Sci Int* 2002;128:136-40.
- 30 Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
- 31 Neelameg J, Wessely S, Wadsworth M. Predictors of suicide, accidental death, and premature natural death in a general-population birth cohort. *Lancet* 1998;351:93-7.
- 32 Neelameg J. A continuum of premature death: meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol* 2001;30:154-62.
- 33 Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ* 2003;327:1376.
- 34 Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:911-21.
- 35 Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ Jr. The police and mental health. *Psychiatr Serv* 2002;53:1266-71.
- 36 Corrigan PW, Holmes EP. Patient identification of street skills for a psychosocial training module. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:273-6.
- 37 Stone DH, Jeffrey S, Dessypris N, Kyllonen S, Chishiti P, Papadopoulos FC, et al. Intentional injury mortality in the European Union: how many more lives could be saved? *Inj Prev* 2006;12:327-32.
- 38 Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sergentanis TN, Kyllonen S, Ekselius L, Petridou ET. Preventing suicide and homicide in the United States: the potential benefit in human lives. *Psychiatry Res* 2009;169:154-8.

Accepted: 08 January 2013

Cite this as: *BMJ* 2013;346:f557

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-commercial License, which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non commercial and is otherwise in compliance with the license. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/> and <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/legalcode>.

Tables

Table 1 | Adjusted hazard ratios for associations between sociodemographic characteristics (2000-01) and homicidal death in Sweden (2001-08)

Characteristics	No of homicidal deaths	Person years ($\times 100,000$)	Rate*	Adjusted hazard ratio (95% CI)†
Total	615	543.5	1.13	—
Sex				
Women	205	276.7	0.74	Reference
Men	410	266.9	1.54	2.07 (1.74 to 2.45)
Age (years)				
17-24	89	54.4	1.64	0.96 (0.72 to 1.28)
25-34	107	97.7	1.09	Reference
35-44	133	99.2	1.34	1.53 (1.18 to 1.99)
45-54	137	93.1	1.47	2.05 (1.56 to 2.69)
55-64	70	86.5	0.81	1.13 (0.80 to 1.59)
65-74	37	56.6	0.65	0.53 (0.35 to 0.82)
≥ 75	42	56.0	0.75	1.74 (1.02 to 2.98)
Marital status				
Married/cohabiting	127	233.7	0.54	Reference
Never married	271	191.3	1.42	2.56 (2.01 to 3.26)
Divorced	110	58.5	1.88	3.04 (2.34 to 3.94)
Widowed	15	34.3	0.44	1.07 (0.60 to 1.90)
Unknown	92	25.8	3.57	Not estimable
Country of birth				
Sweden	433	453.3	0.96	Reference
Other Nordic countries	36	20.8	1.73	1.13 (0.79 to 1.62)
Non-Nordic countries	146	66.3	2.20	1.05 (0.81 to 1.35)
Unknown	0	3.2	0.00	Not estimable
Educational level (years)				
Compulsory high school or less (≤ 9)	154	101.5	1.52	1.66 (1.31 to 2.10)
Vocational or some college preparatory high school (10-11)	167	138.9	1.20	1.42 (1.14 to 1.78)
College preparatory high school and/or college (≥ 12)	174	224.2	0.78	Reference
Unknown	120	78.9	1.52	0.37 (0.21 to 0.65)
Employment status				
Employed	195	315.4	0.62	Reference
Non-employed	420	228.2	1.84	3.13 (2.53 to 3.86)
Income				
Highest quarter	66	132.8	0.50	Reference
Second quarter	96	131.8	0.73	1.34 (0.97 to 1.84)
Third quarter	136	127.6	1.07	1.70 (1.24 to 2.32)
Lowest quarter	225	125.6	1.79	2.43 (1.79 to 3.30)
Unknown	92	25.8	3.57	Not estimable
Urban/rural status				
Large cities	206	181.8	1.13	Reference
Medium sized towns	176	185.9	0.95	0.80 (0.65 to 0.98)
Small towns/rural	143	150.0	0.95	0.78 (0.63 to 0.98)
Unknown	90	25.8	3.48	0.28 (0.07 to 1.19)

*Homicidal death rate per 100 000 person years.

†Risk estimates were adjusted for all other variables included in this table.

Table 2 | Adjusted hazard ratios for associations between mental disorders and homicidal death in Sweden (2001-08)

Mental disorders (ICD-10 codes)	No of homicidal deaths	Person years ($\times 100\ 000$)	Rate*	Hazard ratio (95% CI) adjusted for sex and age: total population	Hazard ratio (95% CI) adjusted for sex, age, and other sociodemographics†	
					Total population	No substance use‡
Any mental disorder (F00-F69)	141	49.8	2.83	7.27 (5.98 to 8.83)	4.91 (3.99 to 6.03)	2.13 (1.52 to 2.99)
Substance use disorders (F10-F19)	102	12.0	8.48	15.99 (12.85 to 19.91)	9.37 (7.39 to 11.88)	Not estimable
Schizophrenia and schizotypal and delusional disorders (F20-F29)	9	4.2	2.13	3.31 (1.71 to 6.41)	1.33 (0.68 to 2.58)	1.26 (0.52 to 3.06)
Schizophrenia (F20)	7	1.9	3.60	5.23 (2.48 to 11.04)	1.82 (0.85 to 3.86)	1.75 (0.65 to 4.73)
Affective disorders (F30-F39)	28	18.6	1.51	3.35 (2.28 to 4.91)	2.38 (1.62 to 3.50)	2.45 (1.52 to 3.95)
Depression (F32-F33)	25	16.3	1.54	3.47 (2.32 to 5.20)	2.55 (1.70 to 3.83)	2.61 (1.58 to 4.33)
Neurotic, stress related, and somatoform disorders (F40-F48)	36	19.3	1.87	4.08 (2.90 to 5.75)	2.83 (2.00 to 4.00)	2.67 (1.71 to 4.17)
Anxiety disorders (F40-F41)	17	11.5	1.48	3.30 (2.03 to 5.36)	2.16 (1.32 to 3.52)	2.51 (1.37 to 4.59)
Personality disorders (F60-F61)	10	2.5	3.98	7.07 (3.77 to 13.24)	3.21 (1.70 to 6.06)	4.58 (1.46 to 14.38)

ICD-10=international classification of diseases, 10th revision.

*Homicidal death rate per 100 000 person years.

†Other sociodemographic variables included marital status, country of birth, education, and employment status.

‡Excluding people with any outpatient or inpatient diagnosis of substance use disorders (n=160 762; 2.2%).

Table 3 Adjusted hazard ratios for association between any mental disorder and homicidal death in Sweden (2001-08), stratified by sociodemographic characteristics

Characteristics	Any mental disorder			Adjusted for sex, age, and other sociodemographics*	
	No of homicidal deaths	Person years ($\times 1000$)	Rate†	Adjusted hazard ratio (95% CI)	P for interaction‡
Sex:					
Women	37	27.4	1.35	4.26 (2.92 to 6.22)	0.03
Men	104	22.4	4.65	5.08 (3.96 to 6.50)	
Age (years):					
17-24	20	4.8	4.16	5.59 (3.30 to 9.48)	0.24
25-34	24	7.7	3.13	4.86 (2.93 to 8.05)	
35-44	31	8.8	3.53	3.22 (2.07 to 5.01)	
45-54	40	8.3	4.81	4.79 (3.17 to 7.23)	
55-64	15	6.7	2.23	4.64 (2.51 to 8.56)	
65-74	6	5.1	1.18	4.63 (1.88 to 11.39)	
≥ 75	5	8.4	0.60	2.71 (1.04 to 7.02)	
Marital status:					
Married/ cohabiting	19	17.0	1.12	3.79 (2.29 to 6.25)	0.06
Never married	73	19.0	3.85	3.85 (2.89 to 5.14)	
Divorced	36	8.2	4.39	4.34 (2.84 to 6.65)	
Widowed	1	4.7	0.21	1.18 (0.15 to 9.09)	
Country of birth:					
Sweden	108	41.6	2.60	4.88 (3.86 to 6.18)	0.88
Other Nordic countries	10	2.2	4.62	6.12 (2.67 to 14.01)	
Non-Nordic countries	23	6.1	3.80	3.19 (2.00 to 5.11)	
Educational level (years):					
Compulsory high school or less (≤ 9)	55	11.1	4.93	4.22 (2.96 to 6.02)	0.11
Vocational or some college preparatory high school (10-11)	42	13.4	3.14	3.41 (2.45 to 4.97)	
College preparatory high school and/or college (≥ 12)	27	16.1	1.68	3.84 (2.51 to 5.89)	
Unknown	17	9.2	1.85	6.01 (3.51 to 10.28)	
Employment status:					
Employed	28	19.7	1.42	4.36 (2.90 to 6.57)	0.57
Non-employed	113	30.1	3.75	4.72 (3.72 to 5.99)	
Income:					
Highest quarter	14	8.2	1.71	6.23 (3.36 to 11.56)	0.02
Second quarter	19	11.3	1.68	3.56 (2.09 to 6.06)	
Third quarter	40	14.4	2.77	4.27 (2.86 to 6.38)	
Lowest quarter	56	14.9	3.75	3.62 (2.63 to 4.98)	
Urban/rural status:					
Large cities	47	19.2	2.45	3.40 (2.41 to 4.80)	0.01
Medium sized towns	46	16.8	2.74	4.31 (3.00 to 6.18)	
Small towns/rural	36	12.9	2.79	4.74 (3.17 to 7.11)	

*Other sociodemographic variables included marital status, country of birth, education, and employment status.

†Homicidal death rate per 100 000 person years.

‡Likelihood ratio test for interaction between any mental disorder and respective variable with respect to homicidal death.

Polizei-Interventionen – jeder dritte Tote war psychisch krank

Seit 2007 sind in Deutschland 16 psychisch Kranke in Auseinandersetzungen mit der Polizei ums Leben gekommen. Sie wurden erschossen, weil die Einsatzkräfte keine andere Möglichkeit sahen, die Kranken, die fast alle Messer bei sich trugen, auf andere Weise zu entwaffnen. Die Folge waren traumatische Erfahrungen auch für die beteiligten Polizistinnen und Polizisten. Wir erfahren von solchen Vorfällen aus keiner offiziellen Statistik, sondern aus den „vermischten Meldungen“ der Medien oder – in großer Aufmachung – aus der Boulevard-Presse.

Tod im Neptunbrunnen

Ein Beispiel: Der Néptunbrunnen vor dem Berliner Roten Rathaus gilt als einer der schönsten Berlins. Am 28. Juni 2013 gegen 9:30 Uhr starb dort ein 31-jähriger psychisch kranker Mensch durch mehrere Schüsse aus Polizeiwaffen. Augenzeugen berichten, der junge Mann habe zunächst eine Weile auf einer Bank vor dem Brunnen gesessen. Schließlich habe sich er unvermittelt ausgezogen und sich ins Wasser gelegt. Er habe ein Messer in der Hand gehalten. Damit habe er sich selbst verletzt. Aber er sei allein im Brunnen gewesen und habe dort niemanden angegriffen. Als die Polizei anrückte, hätten 8 – 10 Beamte den Brunnen umstellt. Einer von ihnen sei unvermittelt in den Brunnen geklettert. Der junge Mann mit dem Messer sei langsam auf den Polizisten zugegangen, bis er anderthalb Meter vor ihm gestanden habe. Der sei an den Brunnenrand zurückgewichen. Als er nicht mehr weitergekommen sei, habe er dem nackten Mann aus nächster Nähe in den Brustkorb geschossen. Der habe sich ein paar Sekunden lang aufrecht gehalten und sei dann in den Brunnen getaumelt. Erst dann hätten sich alle beteiligten Polizisten auf ihn gestürzt.

Der Mann war tot. In einer späteren Erklärung der Polizei hieß es, ein Messer gelte in Polizeikreisen als gefährlicher als eine Kugel: „In der Ausbildung lernen Polizisten, bei einem Messer-Angriff den Angreifer auf Distanz zu halten. Durch den Beckenrand hinter ihm konnte der Beamte diese Distanz nicht herstellen. Mit einem Beinschuss hätte der Angreifer weiterlaufen können und wäre weiterhin eine Gefahr für die Polizisten gewesen.“ Davon, dass der nackte Mann im Brunnen erst zum Angreifer wurde, dass der intervenierende Polizist unter Missachtung seines Ausbildungswissens in den Brunnen stieg, ist in der späteren Stellungnahme nicht die Rede. Dagegen von Notwehr. Polizisten, so heißt es, dürfen schießen, um ein Verbrechen zu verhindern. Aber nur wenn andere Maßnahmen keinen Erfolg hätten oder vergeblich wären. Oder eben aus Notwehr.

Die Einförmigkeit des Ablaufs

Seit 2007 sind 15 ähnliche Katastrophen dokumentiert (im Einzelnen nachzulesen auf der Website des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranter Hamburg). Auffällig ist, dass es bei den berichteten Ereignissen fast immer um ein Messer geht. In Pressekommentaren werden immer wieder Zweifel laut, ob der tödliche Ausgang solcher Ereignisse wirklich unvermeidbar war. In dem Zusammenhang ist der Kommentar des Landesvorsitzenden der Berliner Polizeigewerkschaft vom August 2011 aufschlussreich. Er stellt fest: „Wer mit einem Messer Polizisten angreift, muss damit rechnen, erschossen zu werden. Allein die Tatsache, dass es eine geistig verwirrte Person war, rechtfertigt nicht, dass sich der Polizist hätte erstechen lassen müssen.“

im Zusammenhang mit den Ungeklärten Todesumständen eines 18-Jährigen verweist der Toronto Star auf eine bemerkenswerte Ähnlichkeit zu anderen Polizeiaktionen, insbesondere dem Tod eines 29-jährigen im Februar 2012, an dessen psychischer Erkrankung kein Zweifel bestanden habe. Dieser wurde in unmittelbarer Nähe eines psychiatrischen Krankenhauses erschossen, als er in

Kanada

Ausbildung darau vorbereitet werden.“ Wenn sie sich merkwürdig oder außfällig verhalten. Deshalb ist es wichtig, dass die Polizisten in ihrer Menschen auch psychisch krank sind und eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellen, oder davon sieben psychisch Kranke. Die Kommission betont: „Die Polizei wird oft Berufen, wenn Auzeichnungen keine Totungsfällig registriert. Aber im Polizeigewahrsam starben 15 Menschen, mit psychischen Störungen ein wesentlicher Faktor. 2012/2013 wurden erstmals seit Beginn der Todessfälle im Zusammenhang mit polizeilichen Interventionen. Dabei sind Todessfälle von Menschen in England registriert und veröffentlicht die Unabhängige IPCC (Independent Police Complaints Commission), präsidiert von einem Mitglied des Oberhauses, seit 20 Jahren jährlich Daten über

England

Großbritannien, Kanada und Australien. Landern anders. Beispielehaft ist die Auseinandersetzung mit Polizeigewalt vor allem in des Problems erstaunt die Banzlich fehlende Wissensschafftliche Aufarbeitung. Das ist in anderen tödlichen Einsätzen nicht oder nur selten beachtet worden zu sein. Angesichts der Bedeutung vermeidenden Gewesens. Seine wichtigste und einflächste Empfehlung: Abstand halten! schenkt bei allen Empfehlungen berücksichtigt, wäre mancher Zwischenfall mit schwerwiegenden Folgen zu „polizeilichen Umgang mit psychisch Gestörten“, bietet keine Analyse. Aber würden seine auf die Totung von psychisch Kranken ist sie ückenhart. Ein Auftakt von Uwe Fullgrabe über den Totungen durch Polizeibeamte, die die Vergangenheit 20 Jahre erfasst, ist hilfreich. Aber im Hinblick gibt keine offizielle Statistik. Die Übersicht von Clemens Lohr (www.Schusswaffeninsatz.de) über Umso erstaunlicher ist es, dass es an allem fehlt, was helfen könnte, das Problem zu bewältigen. Es Die Hilflosigkeit der Polizei im Umgang mit psychisch Kranke ist ein Problem mit tödlichen Folgen.

bestritten Menschen zu tun hatte. „normal“. Auch psychiatrischen Laien muss te es klar sein, dass man es hier mit schwer psychisch Bedrohung durch die Gezeuge Polizeiwaffen. In allen Fällen waren die Reaktionen alles andere als wedar auf die Aufröderung der Polizei, ihre Waffen fallen zulassen, noch auf die konkrete sich die Betroffenen laut Medienberichten ganz anders als „normal“ Gewalttäter: Sie reagierten oft Wohnung unverletzt verlassen. Auch in den in der Chronologie aufgeführtren Situationen verhielten bedroht fuhlte (nach seinem Aussagen hat es keine direkten Angriffe gegeben). Er konnte die nach Aussagen seines Mitbewohners mit dem Messer gefuchtel, sodass der Mitbewohner sich mehr als außfällig. Auch der legendäre Tennesssee Eisenerg (Regensburg 2009; vgl. Wikipedia) hat Platz zu steigen und dort mit einem Messer zu fuchten und sich selbst Verletzung beizubringen, ist Beobachtern merkwürdig und bedrohlich vorkam. Nackt in einen Brunnen auf einem öffentlichen Die tragischen Vorfälle haben Gemeinsam, dass das Verhalten der Betroffenen unbeteiligten

Krankenhauskleidung mit zwei Scheren in der Hand durch die Straßen irrte. Er war zum Zeitpunkt der Schüsse von einem Dutzend Polizeibeamten eingekreist. Bereits Jahre zuvor hatte die Polizei in Toronto mobile Krisen-Interventions-Teams installiert, zu denen Beamte in Zivil und eine psychiatrische Pflegeperson gehören. Der Toronto Star erinnert in seinem Bericht an 10 tödliche Auseinandersetzungen der Polizei mit psychisch Kranken allein in der Region Toronto, davon vier innerhalb der letzten fünf Jahre. Alle wurden erschossen. Bis auf zwei trugen alle ein Messer oder eine andere Stichwaffe bei sich, ohne dass es zu gezielten Angriffshandlungen von ihnen gekommen war. Die Waffen der übrigen beiden waren ein Hammer und ein Brett.

Australien

Die umfassendsten Daten liegen über Australien vor. Dort werden tödliche Zwischenfälle unter Polizeibeteiligung seit 1990 von einer Regierungsorganisation zentral registriert (Australian Institute of Criminology). Seither sind dort 105 Personen von der Polizei erschossen worden; 44 davon (42 %) waren psychisch krank, die meisten von ihnen psychotisch. Zwischen 2001 und 2011 wurden 46 Todesopfer registriert; von ihnen litten 23 (50 %) an psychischen Störungen. Von den 105 Getöteten (davon 89 bewaffnet) führten 41 der Bewaffneten (46 %) ein Messer bei sich, 14 (13 %) eine Axt, eine Armbrust, Sprengstoff und ein Motorfahrzeug. Bedauerlicherweise fehlen separate Daten über die Waffen der psychisch kranken Todesopfer. Ähnliche Daten präsentierte eine Studie von Kesic u. a., die 48 tödliche Zwischenfälle in der Provinz Victoria untersuchte. Danach war „der Anteil von „Psychosekranken und Schizophrenen“ unter den Getöteten um das 17,3-Fache höher als in der Allgemeinbevölkerung. Detailliertere Daten sind aus dessen Project an der Monash University („Police Responses to the Interface with Mental Disorder“ zu erwarten (Teilergebnisse sind über das Internet abrufbar).

Was ist zu tun?

Nach allem, was wir wissen, handelt es sich bei den tödlichen Begegnungen zwischen psychisch kranken Menschen und den polizeilichen Einsatzkräften oft um tragische Missverständnisse – um schwerwiegende Störungen der Kommunikation zwischen „normalen“ und „gestörten“ Menschen. Polizisten sind im Umgang mit „normalen“ Kriminellen, auch Gewaltkriminellen, geschult. Wenn sie diese stellen, sind zwei Reaktionen erwartbar: Der Täter versucht zu flüchten oder er hantiert mit einer Waffe – in unseren Breiten am ehesten mit einer Waffe, die auf Distanz eingesetzt wird. Erwartbar ist aber auch, dass er die Waffe fallen lässt, wenn er dazu aufgefordert wird und sich einer polizeilichen Übermacht gegenüber sieht. Der „normale“ Straftäter plant seine Tat und kalkuliert sein Risiko in der Regel. Verzweiflungstaten, wie Waffengebrauch außerhalb der Flucht und Geiselnahme, sind seltene Ausnahmen. Auch im Verhalten mit solchen Situationen sind die Einsatzkräfte ausgebildet.

Wenn sie sich Menschen gegenüber sehen, die sich verhalten wie psychisch gestörte Menschen, ist an der Situation plötzlich nichts mehr normal. Auslöser der Situation ist nicht ein Diebstahl oder ein Raub, nur selten eine Eifersuchtshandlung. Auslöser ist die psychotische Angst, die der „Täter“ nicht kontrollieren kann, die er unter Kontrolle zu bringen versucht, indem er sich bewaffnet. Er wird von seiner inneren psychosebedingten Fehlwahrnehmung der Realität getrieben, sich zur Wehr zu

reagieren wie ein „gewöhnlicher“ Straftäter.
seinen Halluzinationen getrieben ist, kann er bei der Konfrontation mit der Polizei auch nicht mehr sein Hammer oder eine Axt. Weil er von seiner Verfolgungsangst, seinem Wahns oder eher seinen eigenen Waffen zu lernen, verstärkt seine Angst. Er ist von Panik geplagt; und je setzen; da greift er zu einem „Verteidigungswerkzeug“, das zur Hand ist – fast immer einem Messer, die Aufrordnung die Waffe fallen zu lassen, verstärkt seine Angst. Er ist von Panik geplagt; und je vermüntigen Sinn – Kontraposition, in dem er die Beamten herausfordert, doch zu schließen oder ist Besonnenheit voneinander der Einsatzkräfte umso wichtiger. Es fällt auf, dass in den von mir berichteten Beispielen in keinem Fall von Verletzungen Dritter die Rede ist, dass es fällt auf, dass in den Berichten darüber – auch den internationalem – auflässt oft davon die Rede ist, dass ein Messer gezogen wurde, dass damit gefuchteilt, gewunken oder anderes Gedenkt, aber nicht angegriffen worde sei. Es kann nicht sein, dass in Situationen wie den oben geschilderten tödliche Schüsse die Methoden der Wahl sind.

In anderen Ländern – Großbritannien, Kanada, Australien, wurden hochrangige Regierungsmissionen eingesetzt, um sich mit dieser tragischen Situation zu befassen. Es kann Zusammensetzung darüber zur Tagessordnung übergehen. Es gibt lokale Initiativen zur Unabhängigkeit davon ist die Einrichtung einer unabhangigen zentralen Erlassungssstelle von Polizeigewalt Gegebenüber psychisch Kranken und dazu wissenschaftliche Aufarbeitung dringend geboten.