
BPTK-Pressehintergrund Psychische Erkrankungen und Gewalt

19.05.2021

„Eine Wahnrealität schiebt sich über die Alltagsrealität“ – Werner W.

Seine Erkrankungen hat Werner W. (Name geändert) als eine „Katastrophe“ erlebt, als „Ausnahmestadium, der seinesgleichen sucht“. Wichtige Beziehungen gingen zu Bruch, eine berufliche Tätigkeit war nicht mehr möglich, das Leben, wie er es kannte, veränderte sich massiv. Der Grund: Eine Wahnrealität schob sich über die Alltagsrealität. Für Werner W. stand ein Atomkrieg unmittelbar bevor und er musste die Welt als Wiedergeburt Jesu Christi retten. Dieser Wahn beherrschte ihn immer stärker, auch wenn ein Rest von Alltagsrealität erhalten blieb, eine Ahnung, dass das alles nicht stimmt. Im Grunde lebte er in einem „Zustand extremer Angst“.

Die Polizei hatte ihn auf einem Bahnhof aufgegriffen. Fünf Tage und Nächte war er in der Stadt unterwegs gewesen, ohne zu essen, zu trinken oder zu schlafen. Ein junger Polizeibeamter schätzte die Situation richtig ein: Vor ihm saß ein erschöpfter und kranker Mensch. „Sie sehen verhungert aus“, sprach er ihn an. „Darf ich Ihnen mein Pausenbrot anbieten?“ Diese Fürsorge löste für Werner W. viel der Anspannung der letzten Tage. Diesem Polizisten, dachte er, kann ich auch sagen, wer ich bin. „Ich bin Jesus Christus“, sagte er. Der Polizist stellte das nicht infrage. „Das war genau richtig“, urteilt Werner W. heute. „Diskussionen über meine Vorstellung als Jesus Christus hätten zu nichts geführt.“ Stattdessen das Gespräch über körperliche Befindlichkeiten: „Sind sie müde? Ist Ihnen kalt?“ Richtig sei auch gewesen, Distanz zu wahren. Der Polizist saß hinter seinem Schreibtisch, er auf einer Bank an der Seite. „Auf mich zuzugehen, hätte meine Angst verstärkt.“ Durch die Distanz fühlte sich Werner W. dagegen mehr respektiert.

„Können wir etwas für Sie tun?“, fragte der Polizist weiter. Das konnte er. Er konnte die Eltern benachrichtigen. Das Wiedersehen berührte Werner W. sehr. Er hatte sie lange nicht gesehen. Auch ihre Zuwendung half enorm, beruhigte und ermöglichte ihm den Weg in die Klinik. Vor der Klinik wuchs die Angst noch einmal erheblich. Die Klinik, das war „ein riesiger Betonklotz im Wald“ und gehörte „zum System des Bösen“. Ein Pfleger „packte“ Werner W. „ohne weh zu tun“. In diesem Moment war ich noch zu weit weg, um Einsicht zu haben, sagt er heute. Einmal auf Station willigte er in seine Behandlung ein.

Erkrankung als Krise begreifen – Dora D.

Dora D. (Name geändert) war Ende 20, als plötzlich nichts mehr funktionierte wie gewohnt. Bis dahin war sie aktiv gewesen, sie packte Dinge an und führte sie zu einem Ergebnis. Doch plötzlich waren überall Baustellen, nichts klappte mehr, mit vielem scheiterte sie. Sie sah Gründe für ihr Scheitern, wo es gar keine gab. Sie fühlte sich verfolgt,

obwohl kein Mensch hinter ihr her war. Diese Vorstellungen, die nicht stimmten – das war die Krankheit.

Heute sagt Dora D., sie habe Grenzen überschritten, sich zu viel zugemutet, unterschätzt, wie sensibel sie sei. Ihr half, die Krankheit als Krise zu begreifen, als eine Suche nach einer neuen Balance im Leben. Sie erkannte ihre Stärken und Begabungen, aber auch, dass sie schnell müde wurde, wenn sie zu viele Sachen in kurzer Zeit erledigen musste.

Einmal rief sie die Polizei. Ihr Computer sei gehackt worden, jemand sei in ihrer Wohnung gewesen. Die Polizisten erkannten ihre psychische Krise und fragten, ob sie in Behandlung sei. Die Beamten benachrichtigten ihre Psychotherapeutin, im Gespräch mit ihr wurde sie wieder klarer. Dora D. war die Situation hinterher „peinlich“. In diesem Moment sei sie „unzurechnungsfähig“ gewesen und deshalb auch so behandelt worden. Inzwischen hat Dora D. ihre Empfindlichkeit akzeptieren gelernt, den Namen für ihre Erkrankung aber nicht. Die Diagnose lautete „Psychose“ und „Schizophrenie“ – das klang, als sei sie „eine Psychopathin, ein Monster“, eine Gefahr für andere. Im Grunde gelang es ihr aber einfach nicht mehr, die Dinge richtig einzuschätzen. Bei ihr kam in akuten Phasen der Erkrankung hinzu, dass sie Gründe für Dinge sah, die es gar nicht gab. Der extreme Stress habe zu falschen Annahmen geführt, der Wahn sei so etwas wie ein Ventil gewesen.

Sehr wichtig waren Verständnis und Akzeptanz von anderen. Ihre Eltern waren weiter für sie da, gingen immer ans Telefon, wenn sie sie brauchte, und liefen nicht vor Überforderung weg. Geholfen haben auch eine Psychotherapie und Medikamente. Auf dem Weg aus der Erkrankung lernte sie sich nochmals neu, vor allem aber genauer kennen. Was ging? Was war zu viel? Die Sachen wieder auf die Reihe kriegen, sich dabei aber nicht zu viel zumuten, das ist ihre Lösung.

Himmelhoch jauchzend – David Gecko

Die Phasen, in denen er schwebte, fühlten sich „gar nicht so schlecht“ an. In solchen Stimmungshochs war David Gecko ideenreich, sehr aktiv und geradezu euphorisch. „Immens euphorisch“ wäre sogar die richtige Beschreibung, häufig grundlos euphorisch. Er bekam zu wenig Schlaf, manchmal nur zwei, drei Stunden. Phasen, in denen er sich „klar“ fühlte, wechselten mit Phasen wirrer Gedanken, von denen er nicht mehr loslassen konnte. „Ich habe sehr viel geredet und keine Kritik zugelassen“, erinnert sich David Gecko.

Eines Tages wollte er sein Wohnmobil verschenken. Er klingelt bei wildfremden Menschen, um ihnen sein Wohnmobil zu hinterlassen. Er klingelt so lange, dass sie Angst bekommen vor dem „Verrückten mit dem Wohnmobil“. Die wildfremden Menschen rufen

die Polizei. Die beiden Polizisten sind sofort skeptisch, verlangen die Papiere. David Gecko greift in seine Jacke und die Polizistin denkt „Jetzt zieht er eine Waffe!“. Daraufhin zieht sie die Waffe. Beide Polizisten fixieren ihn am Boden. David Gecko hat panische Angst zu sterben. Nachher sitzt auch die Polizistin zitternd und rauchend am Tisch, selbst erschrocken, dass sie die Waffe gezogen hatte.

David Gecko sieht die Polizei bis heute als „seine Freunde und Helfer“. Rückblickend kann er die Polizistin verstehen, so wirr, wie er sprach, und so unverständlich es war, dass er sein Wohnmobil verschenken wollte. Das war nicht normal und es war unverständlich. Hilfreicher wäre es für ihn gewesen, seine psychische Notlage zu erkennen, beruhigend mit ihm zu reden und für professionelle Hilfe zu sorgen.

Es blieb nicht bei einem Kontakt mit der Polizei. In den anderen Fällen habe er „viel Hilfe“ erfahren, notwendige Hilfe. Dazu gehörte auch immer wieder, ihn zu fixieren und Handschellen anzulegen. Seit zehn Jahren ist David Gecko psychisch stabil. Er kann früher erkennen, wann er aus dem Gleichgewicht gerät. Aber auch seine Mutter und Freundin sind sehr sensibel geworden. Mit ihnen hat er abgesprochen, dass sie schon bei leichten Anzeichen einer Krise mit ihm in die Klinik fahren, „auch wenn ich nicht zuhöre“. In solchen Momenten müssen andere für ihn entscheiden, das weiß David Gecko. Die anderen, wer immer sie sind, sollten zuhören, „ruhig mit mir sprechen“ und für Hilfe sorgen.

Psychische Erkrankungen und Gewalt

Gewalttaten einzelner psychisch kranker Menschen prägen immer wieder die Schlagzeilen in Presse, Funk und Fernsehen: „Der Mann, der einen Jungen am Frankfurter Hauptbahnhof mit einem Stoß auf die Gleise tötete, ist vermutlich psychisch krank.“ – „Als Kopilot (...) brachte er das Flugzeug bewusst zum Absturz, (...) wodurch 149 weitere Menschen und er selbst zu Tode kamen.“ – „Nach Angaben eines psychiatrischen Sachverständigen leide der 40-Jährige an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Spektrum.“ – „Er habe zum Zeitpunkt des Absturzes Anti-Depressiva eingenommen und unter einem psychotischen Schub gelitten.“

Solche Berichte verstören und erschrecken zutiefst. Sie betonen, dass psychische Erkrankungen sich so zuspitzen können, dass die Erkrankte* andere Menschen verletzt und tötet. Die Tat scheint unbegreiflich. Häufig finden sich in den Berichten Sätze wie: „Es wird noch eine geraume Zeit dauern, ehe klar wird, was in ihm vorging.“

Der BPtK-Press hintergrund möchte darüber informieren, wie es dazu kommen kann, dass psychisch kranke Menschen eine Gefahr für sich und andere werden können. Der Grund dafür ist meist gar nicht so schwer zu verstehen: Viele dieser Menschen haben große Angst, sie fühlen sich bedroht und verfolgt. Häufig hat sich „eine Wahn-Realität über die Alltagsrealität geschoben“, wie ein Erkrankter berichtet. In dieser Wahnrealität erleben sich diese Patient*innen häufig in ihrem Leben bedroht. Sie wehren sich deshalb mit Händen und Füßen und manchmal mit aller Gewalt. Solche Krisen, bei denen es zu schwerer Gewalt kommen kann, sind bei psychischen Erkrankungen jedoch äußerst selten. Das allgemeine Risiko in Deutschland ermordet oder erschlagen zu werden, betrug im Jahr 2019 beispielsweise etwa eins zu 160.000. Das Risiko, durch die Gewalttat eines psychisch kranken Menschen zu sterben, lag dagegen bei ungefähr eins zu eineinhalb Millionen.

Vereinzelte Gewalttaten psychisch kranker Menschen führen jedoch auch zu dem falschen Eindruck, dass psychische Erkrankungen generell unberechenbar und gefährlich machen. Dabei sind die psychischen Krankheiten fast immer vollkommen ungefährlich. Sie bedeuten zwar oft ein großes Leid für die Erkrankten, aber die Erkrankten sind keine Gefahr für andere. Die meisten psychisch kranken Menschen sind friedfertig und vollkommen ungefährlich. Das Bild der psychisch kranken Gewalttäter*in prägt jedoch das Bild von Millionen Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden. Es verhindert, dass sich Menschen mit psychischen Beschwerden rechtzeitig Beratung und Hilfe holen. Das Entscheidende ist, dass psychische Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt wer-

den, dass jede*, die psychische Beschwerden hat, ohne Scheu zu einer Psychotherapeut*in oder Ärzt*in geht. Das mindert das Leid der Erkrankten und es beugt schweren Erkrankungen und psychischen Krisen vor, in denen die Angst riesig und unkontrollierbar wird.

Bei psychischen Krisen ist es außerdem wichtig, dass Polizei und Rettungsdienste ausreichend geschult sind, auf psychische Ausnahmesituationen, Angst- oder Wahnzustände richtig zu reagieren. Psychosoziale Krisendienste müssen personell so ausgestattet sein, dass sie Familien, die nicht mehr allein zurechtkommen, schnell und qualifiziert helfen können. Psychische Krankheiten sind etwas Normales und Alltägliches, vor denen wir uns nicht fürchten sollten. Wir sollten vielmehr lernen, wie wir besser mit eigenen psychischen Krisen umgehen können und auch, wie wir anderen helfen können, die nicht mehr wissen wohin vor Angst. Anderen die Angst nehmen, beruhigen und besänftigen, lässt sich lernen. Viele wissen, wie sie Erste-Hilfe bei Menschen in körperlicher Not leisten können. Das ist auch bei Menschen in schweren psychischen Krisen möglich.

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Psychische Hochs und Tiefs kennt fast jede*. Auch psychische Erkrankungen sind häufig. Mehr als jede vierte Erwachsene* in Deutschland (27,8 Prozent) ist jedes Jahr an einer psychischen Störung erkrankt.¹ Im Laufe eines Lebens erkrankt fast jede zweite Deutsche* an einer psychischen Störung (42,6 Prozent).²

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind friedfertig

Die allermeisten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind friedfertig. Sie sind keine Gefahr für andere Menschen.^{3,4} Ihre psychische Erkrankung gefährdet sie vielmehr nicht selten selbst. Sie verlieren ihren Lebensmut und sehen keinen Sinn mehr im Leben. Sie denken dann darüber nach, ihrem Leben ein Ende zu bereiten. Die weitaus meisten begehen nie eine Gewalttat.

Allgemeines Risiko, an einem Gewaltverbrechen zu sterben, ist zehnmal höher

Rund ein bis zwei Prozent der der deutschen Bevölkerung sind schwer psychisch krank.⁵ Das sind zum Beispiel häufig psychotisch kranke Menschen. Sie können in Krisen unter außerordentlichen Ängsten leiden oder den Kontakt zur Realität verlieren. Psychotisch kranke Menschen können sich dann bedroht und verfolgt fühlen und sind in einem seelischen Notzustand. Es ist dann sehr wichtig, sie zu beruhigen und Hilfe anzubieten (siehe „Erste Hilfe in schweren psychischen Notsituationen“, Seite 12). Außerdem erhöhen Alkohol- und Drogenmissbrauch erheblich die Bereitschaft eines Menschen, eine Gewalttat zu begehen. Dies gilt für psychisch gesunde Menschen, aber auch für psychisch kranke Menschen.

Die Wahrscheinlichkeit, auf einen psychisch kranken Menschen in einer akuten psychotischen Krise zu treffen, ist äußerst gering. Nur eine von 100 Personen erkrankt im Laufe ihres Lebens überhaupt an einer schizophrenen Psychose.⁶ Die meisten Menschen in seelischen Notlagen sind außerdem nicht gefährlich. In äußerst seltenen Fällen kommt es zu Gewalt. Es ist sehr viel wahrscheinlicher, von einem psychisch gesunden Menschen verletzt zu werden. Das allgemeine Risiko in Deutschland, durch ein Gewaltverbrechen zu sterben, lag im Jahr 2019 bei ungefähr eins zu 160.000. Das Risiko, durch die Gewalttat eines psychisch kranken Menschen zu sterben, liegt dagegen nur bei etwa eins zu eineinhalb Millionen und ist damit verschwindend gering.

Risiken im Vergleich³⁰

1:600	Risiko, Opfer einer schweren Körperverletzung zu werden
1:27.000	Risiko, bei einem Verkehrsunfall zu sterben
1:160.000	Risiko durch ein Gewaltverbrechen zu sterben
1:1,5 Millionen	Risiko, durch die Gewalttat eines psychisch kranken Menschen zu sterben
1:6,7 Millionen	Risiko, in der EU bei einem Terroranschlag zu sterben
1:16,0 Millionen	Risiko bei einem Flugzeugabsturz zu sterben

Psychische Erkrankungen und Gewalt

Bei einzelnen psychischen Erkrankungen kann das Risiko für Gewalttaten erhöht sein.⁸⁻¹³ Dazu gehören insbesondere psychotische und bipolare Störungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch.^{4,9-11,14} Auch bei hirnorganischen Störungen findet sich ein erhöhtes Gewaltrisiko.^{4,11}

Psychotische Erkrankungen

Das Risiko, dass ein psychotisch kranker Mensch eine Gewalttat begeht, ist höher als in der übrigen Bevölkerung. Nach einer Übersichtsarbeit über 20 Studien war das Risiko um den Faktor 15 erhöht. Während in der Allgemeinbevölkerung das Risiko, ein Tötungsdelikt zu begehen, bei durchschnittlich 0,02 Prozent liegt, liegt es bei psychotisch kranken Menschen bei 0,3 Prozent. Das Risiko ist zwar deutlich erhöht, allerdings nach wie vor verschwindend gering.¹⁴

Alkohol und Drogen

Alkohol und Drogen sind der größte Risikofaktor für Gewalttaten. Insbesondere Alkohol erhöht erheblich die Bereitschaft eines Menschen, andere zu verletzen oder zu töten. Dies gilt für psychisch gesunde Menschen, aber auch für psychisch kranke Menschen.

In einer Studie, die 25 Prozent der nach 1965 geborenen dänischen Bevölkerung untersuchte, konnten bei Männern rund zehn Prozent der Gewaltdelikte durch psychische Erkrankungen erklärt werden und bei Frauen rund 26 Prozent.¹¹ Insgesamt begingen psychisch kranke Menschen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Straftat als psychisch gesunde. Bei Männern war dieses Risiko um mehr als das Zweifache erhöht, für Frauen um mehr als das Vierfache. Weit stärker fiel jedoch Alkohol- oder Drogenmissbrauch ins Gewicht. Dieser erhöhte das Risiko für eine Gewalttat um rund 300 Prozent für Männer und

um fast 650 Prozent für Frauen. Traten psychische Störungen und Substanzmissbrauch zusammen auf, stieg auch das Gewaltrisiko drastisch: Männer begingen dann mehr als achtmal häufiger eine Gewalttat als Männer, die weder psychisch krank waren noch Alkohol oder Drogen konsumierten, Frauen sogar 25-mal häufiger.

Exkurs: Amoklauf

Ein Amoklauf ist ein Ereignis extremer Gewalt, das in seiner Plötzlichkeit und mit seinem meist tödlichen Ausgang zutiefst erschüttert. Die Amokläufer*in nimmt in der Regel auch den eigenen Tod in Kauf oder wünscht ihn sich ausdrücklich herbei. Amoktaten sind sehr seltene Ereignisse. In Deutschland kommt auf eine Million Einwohner*innen ungefähr eine Tat in 20 Jahren. Innerhalb eines Jahres sind es etwa fünf Amoktaten im ganzen Land.¹⁵ Seit 1999 kam es in Deutschland zu zwölf Amokläufen in Schulen.

Nach einer Auswertung der 97 Amokläufe, die in Deutschland zwischen 1990 und 2009 begangen wurden, gibt es folgende typische Tatmerkmale und Risikofaktoren: 30 Prozent der Taten endeten mit einem Suizid. Die Täter*innen hatten sich zum Beispiel vor der Tat oft von einer Partner*in getrennt oder eine Arbeitsstelle verloren. Fast ein Viertel (22 Prozent) der Täter*innen stand zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss, elf Prozent unter Drogeneinfluss. Häufig waren Täter*innen bereits vor dem Amoklauf psychisch aufgefallen. So ging 18 Prozent der Taten ein Suizidversuch voraus. Fast jede dritte Täter*in litt unter Depressionen und Ängsten. Vergleichsweise häufig wurden Amoktaten von psychotisch kranken Menschen in schweren akuten Krisen verübt. Fast 96 Prozent der Amoktaten in Deutschland wurden von Männern begangen.¹⁵ Keiner dieser Risikofaktoren kann allein eine Amoktat erklären. Eine wesentliche Rolle spielt auch die Verfügbarkeit von Waffen.

Es ist unbestreitbar, dass einige der Gewalttaten psychopathologisch begründet sind. Die Täter*innen sind dann nicht einsichts- und steuerungsfähig und damit strafrechtlich nicht schuldig. Viel häufiger ist die psychische Erkrankung allerdings nicht Auslöser der Gewalttat. Gewaltverbrechen wie Amokläufen geht ein langer und gestörter Entwicklungsprozess voraus. Dabei spielen auch öffentliche Demütigungen, soziale Ausgrenzung sowie Gewalt- und Rachephantasien eine wichtige Rolle.¹⁶

Gewalt gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden selbst Opfer von Gewalttaten, weitaus häufiger als sie selbst Gewalttaten begehen. Sie haben ein besonders hohes Risiko, gewalttätige Übergriffe zu erleben und Opfer von Straftaten, häuslicher, sexueller und körperlicher Gewalt zu werden.¹⁷⁻²¹

Eine britische Studie befragte Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen, die sich seit bereits mehr als einem Jahr in gemeindepsychiatrischer Versorgung befanden.²² Die meisten dieser Patient*innen litten an einer Schizophrenie, bipolaren Störung, schweren Depression oder Persönlichkeitsstörung. 40 Prozent dieser Patient*innen berichteten, im vergangenen Jahr Opfer eines Verbrechens geworden zu sein. In der Allgemeinbevölkerung waren es nur 14 Prozent. 23 Prozent der Patient*innen berichteten von körperlichen Angriffen, wohingegen nur vier Prozent der psychisch gesunden Frauen und fünf Prozent der psychisch gesunden Männer diese Erfahrung gemacht hatten. 12 Prozent der Patientinnen und sieben Prozent der Patienten waren Opfer häuslicher Gewalt geworden, verglichen mit je zwei Prozent der psychisch gesunden Männer und Frauen. Neun Prozent der Patientinnen berichteten außerdem von sexuellen Übergriffen, in der Normalbevölkerung waren es nur zwei Prozent.

Eine besondere Gefahr besteht für psychisch kranke Menschen auch durch Polizei und Einsatzkräfte, die nicht ausreichend geschult sind. Sie werden in Krisensituationen häufig hinzugerufen. Das unverständliche Verhalten von schwer psychisch kranken Menschen führt immer wieder dazu, dass Notsituationen eskalieren und manchmal sogar tödlich enden.²³ Die Hälfte der Menschen, die bei Polizeieinsätzen getötet werden, ist psychisch krank, so die Berichterstattung in der Zeitschrift der Gewerkschaft der Polizei.²⁴ In Bayern ist der Umgang mit psychisch kranken Menschen bereits Bestandteil der Ausbildung. Die beiden bayerischen Fachhochschulen für Polizeiarbeit arbeiten mit BASTA zusammen, einer Anti-Stigma-Kampagne mit psychisch erkrankten Menschen, Angehörigen und Psychiatrie-Profis.

Behandlung ist der wirksamste Schutz vor Gewalt

Wenn Menschen häufig Alkohol und Drogen konsumieren oder psychotisch erkrankt sind, ist ein frühes Erkennen und Behandeln der Erkrankung der wirksamste Schutz vor Gewalt. Eine rechtzeitige und ausreichende Behandlung senkt das Gewaltisiko drastisch. Bleibt eine psychische Erkrankung hingegen unbehandelt, kann sie sich verschlimmern und zu schweren psychischen Krisen führen.

Die meisten Gewalttaten psychisch kranker Menschen stehen mit einer unzureichenden Behandlung im Zusammenhang. Dazu gehört in vielen Fällen sowohl eine Psychotherapie als auch eine angemessene medikamentöse Behandlung. Nach einer österreichischen Studie befand sich weniger als ein Viertel der schizophrenen Gewalttäter*innen in den vier Wochen vor der Straftat in Behandlung. Nur ungefähr jede Sechste* hatte in den vier Wochen vor der Straftat Neuroleptika eingenommen und bei nur 7,3 Prozent erfolgte die Medikamenteneinnahme am Tag der Tat selbst.¹² Das Risiko für Gewalttaten erhöht sich

um 700 Prozent, wenn keine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung erfolgt.²⁵
Ungefähr 40 Prozent der schweren Gewalttaten durch Menschen mit Psychosen ereignet sich außerdem in der ersten Krankheitsphase vor Behandlungsbeginn.²⁶

Erste Hilfe in schweren psychischen Notsituationen

Entscheidend ist auch, auf Menschen in schweren psychischen Notsituationen richtig zu reagieren. Erste Hilfe ist auch bei psychischen Erkrankungen möglich. Insbesondere Polizei und Einsatzkräfte sollten in der richtigen Gesprächsführung mit psychisch kranken Menschen geschult sein. Psychosoziale Krisendienste können Familien, die nicht mehr allein zurechtkommen, schnell und qualifiziert helfen. Aber auch jede einzelne Bürger*in kann durch richtiges Verhalten dazu beitragen, dass Menschen in schwereren psychischen Notsituationen Hilfe bekommen und Krisensituationen nicht eskalieren.

Erste-Hilfe-Empfehlungen für Menschen in schweren psychischen Notsituationen

Die Bundespsychotherapeutenkammer empfiehlt folgende Regeln, um Menschen in schweren psychischen Krisen, insbesondere mit Angst- und Wahnvorstellungen, unmittelbar zu unterstützen.²⁹

Professionelle Hilfe rufen

- Wenn Sie den Eindruck haben, dass die Person sich selbst oder andere gefährdet, rufen Sie die Polizei oder den Rettungsdienst an – oder noch besser einen psychosozialen Krisendienst. Nicht in jeder Region gibt es einen Krisendienst. Sie können dies aber herausfinden, indem sie den Namen der Stadt zusammen mit dem Stichwort „Krisendienst“ googeln. Schildern Sie, dass eine Person aufgrund einer psychischen Notlage dringend Hilfe braucht. Fragen Sie bei der Polizei nach Beamt*innen, die mit Menschen in psychischen Notlagen Erfahrung haben.

Vorsichtig ein Gespräch anbieten, abwarten und beruhigen

- Überlegen Sie, ob eine Kontaktaufnahme möglich ist. Bedenken Sie, dass die Person sich möglicherweise bedroht oder verfolgt fühlt und deshalb auch eine Annäherung als Bedrohung erleben kann.
- Wenn Ihnen die Situation nicht geheuer ist, halten Sie Abstand und warten ab, bis professionelle Hilfe da ist.
- Nähern Sie sich nicht, ohne zu fragen, ob dies der Person recht ist. Reagiert Ihr Gegenüber verängstigt oder aggressiv, ziehen Sie sich wieder zurück. Verstellen Sie der Person keine „Fluchtwege“, zum Beispiel Ausgänge. Auch das könnte sie als Bedrohung erleben.
- Drängen Sie nicht. Lassen Sie Ihrem Gegenüber Zeit, sich zu beruhigen und zu antworten. Allein Ihre Anwesenheit kann beruhigen.

- Wenn andere Menschen da sind, sorgen Sie dafür, dass immer nur eine Person spricht. Kreisen Sie die Person nicht ein.
- Erkundigen Sie sich, ob Sie Familie, Freund*innen oder eine behandelnde Ärzt*in oder Psychotherapeut*in benachrichtigen können. Warten Sie ab, ob Ihr Gegenüber Hilfe annehmen kann. Hilfe zu holen, ist das Beste, was Sie tun können.
- Wenn die Person Ihnen Dinge schildert, dass sie zum Beispiel von Außerirdischen verfolgt wird, eine große Katastrophe droht oder sie „Jesus Christus“ ist, nehmen Sie die Schilderungen ernst. Solche bizarren oder ungewöhnlichen Vorstellungen sind für die Person real. Versuchen Sie, die Person nicht zu beruhigen, indem Sie sagen, dass Sie gar keine Außerirdischen sehen können. Hören Sie einfach zu. Bieten Sie an, bei ihr zu bleiben, bis Hilfe kommt. Lassen Sie zu, wenn sich die Person zurückzieht.
- Lenken Sie das Gespräch auf andere Themen. Fragen Sie zum Beispiel nach, ob Ihr Gegenüber Durst hat oder etwas trinken möchte.
- Bewegen Sie sich nicht plötzlich oder schnell. Kündigen Sie an, was Sie machen. Fragen Sie zum Beispiel nach, ob es in Ordnung ist, wenn Sie jetzt versuchen, Angehörige anzurufen.
- Gefährden Sie sich nicht selbst. Sorgen Sie stets für Ihre eigene Sicherheit oder die Sicherheit anderer in der Situation. Achten Sie darauf, dass auch Ihnen ein Fluchtweg bleibt.

Quellen¹

1. Jacobi, F. et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* **23**, 304–319 (2014).
2. Jacobi, F. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol. Med.* **34**, 597–611 (2004).
3. Steinert, T. & Traub, H. Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz* **1** 98–104 (2016). doi:10.1007/s00103-015-2262-y
4. Maier, W., Hauth, I., Berger, M. & Saß, H. Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Nervenarzt* (2016).
5. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (2019). doi:10.1007/978-3-662-58284-8
6. Gaebel, W. & Wölwer, W. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Schizophrenie. *Robert Koch-Institut* (2010).
7. Bundeskriminalamt. *Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2019. Band 2. Opfer* (2019).
8. Fazel, S. et al. Depression and violence: A Swedish population study. *The Lancet Psychiatry* **2**, 224–232 (2015).
9. Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. & Långström, N. Bipolar Disorder and Violent Crime. *Arch. Gen. Psychiatry* **67**, 931 (2010).
10. Fazel, S., Wolf, A., Palm, C. & Lichtenstein, P. 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**, 44–54 (2014).
11. Stevens, H., Laursen, T. M., Mortensen, P. B., Agerbo, E. & Dean, K. Post-illness-onset risk of offending across the full spectrum of psychiatric disorders. *Psychol. Med.* **45**, 2447–2457 (2015).
12. Haller, R. et al. Schizophrenie und Gewalttätigkeit. *Nervenarzt* **72**, 859–866 (2001).
13. Soyka, M., Morhart-Klute, V. & Schoech, H. Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* **254**, 289–294 (2004).
14. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R. & Grann, M. Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* **6**, (2009).
15. Peter, E. & Bogerts, B. Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufes: Erste Ergebnisse einer Analyse der Straftaten von 27 Amokläufern. *Nervenarzt* **83**, 57–63 (2012).

¹ Einen sehr differenzierten und umfassenden Einblick zu Gewalt im Kontext psychischer Störungen bietet die deutschsprachige Übersichtsarbeit von Maier und Kollegen, 2016.⁴ Hier werden wissenschaftliche Befunde zum Gewaltisiko verschiedener psychischer Diagnosen detailliert dargelegt und diskutiert.

16. Giebel, G., Rossegger, A., Seewald, K. & Endrass, J. Psychopathologie von Amokläufern: Ein systematischer Vergleich der Täterprofile von Erwachsenen-Amok, Schul-Amok und Selbstmordattentaten Von. *Kriminalstatistik-Schweiz* **5**, 323–332 (2014).
17. Khalifeh, H., Oram, S., Osborn, D., Howard, L. M. & Johnson, S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatry* **28**, 433–451 (2016).
18. Latalova, K., Kamaradova, D. & Prasko, J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: A systematic review. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* **10**, 1925–1939 (2014).
19. Oram, S., Trevillion, K., Feder, G. & Howard, L. M. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: Systematic review. *Br. J. Psychiatry* **202**, 94–99 (2013).
20. Sturup, J., Sorman, K., Lindqvist, P. & Kristiansson, M. Violent victimisation of psychiatric patients: A Swedish case-control study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **46**, 29–34 (2011).
21. Khalifeh, H. et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol. Med.* **45**, 875–886 (2015).
22. Khalifeh, H. et al. Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *Br. J. Psychiatry* **206**, 275–282 (2015).
23. Finzen, A. Tödliche Polizeischüsse. Schlechte Karten für psychisch Kranke. *Soz. Psychiatr.* (2014).
24. Diederichs, O. Der Mythos vom gefährlichen Irren: Ein Ausbildungsdefizit mit fatalen Folgen. *Deutsche Polizei* **1**, 10–12 (2015).
25. Witt, K., van Dorn, R. & Fazel, S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS One* **8**, (2013).
26. Niessen, O. B., Malhi, G. S., McGorry, P. D. & Large, M. M. Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *J. Clin. Psychiatry* **73**, 580–587 (2012).
27. *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Annual Report 2019: England, Northern Ireland, Scotland and Wales* (University of Manchester, 2019).
28. Torrey, E. F. Stigma and violence: Isn't it time to connect the dots? *Schizophr. Bull.* **37**, 892–896 (2011).
29. Empfehlungen auf Grundlage von:
 - MHFA Ersthelfer (2020). Richtlinien zum Umgang mit Psychose. Angepasst nach: Mental Health First Aid Australia. Psychosis: first aid guidelines (Revised 2019). Melbourne: Mental Health First Aid Australia. URL: <https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/was-ist-mhfa/guidelines/>
 - BASTA -das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen. Polizeiprojekt. URL: <http://www.bastagegenstigma.de/polizeiprojekt>

30. Datengrundlage zur Risikokalkulation:

- Gewaltverbrechen und schwere Körperverletzungen: Anzahl Opfer durch „gefährliche und schwere Körperverletzung“ (Schlüssel 222000) und „Mord und Totschlag“ (Schlüssel 892500) gemäß Polizeilicher Kriminalstatistik 2019 bezogen auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland⁷; ~10 % der Gewaltdelikte durch Täter*innen mit psychischen Erkrankungen verübt (Schätzwert auf Basis wissenschaftlicher Studien^{4,27,28})
- Verkehrstote: Anzahl Verkehrstoter 2019 nach Angaben des Statistischen Bundesamts bezogen auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland
- Flugzeugabstürze: Hochrechnung der International Air Transport Association (IATA) für das Jahr 2019
- Terroranschläge: Schätzung auf Basis von Zahlen in der EU: Anzahl der Todesfälle durch Terroranschläge in der EU (Mittelwert 2015-2019) gemäß <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/eu-terrorism-situation-and-trend-report#fndtn-tabs-0-bottom-2>; bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der EU