

Forensisch-psychiatrisches Konsilangebot für die Allgemeinpsychiatrie

Unterstützung bei der Behandlung gewaltbereiter Patienten

Forensic-Psychiatric Consultations in General Psychiatry

Supporting Treatment of Patients Prone to Commit Violence

**OPEN
ACCESS**

Autorinnen/Autoren

Catharina Schmidt, Natalia Anna Seeger, Nathalie Brackmann, Angela Guldemann, Elmar Habermeyer

Institute

Klinik für Forensische Psychiatrie, Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich, Zürich, Switzerland

Schlüsselwörter

Risikomanagement, Allgemeinpsychiatrie, Forensische
Psychiatrie, Risikoeinschätzung

Key words

Risk management, General psychiatry, Forensic Psychiatry,
Risk assessment

eingereicht 11.04.2023

akzeptiert 31.08.2023

online publiziert 2023

Bibliografie

Fortschr Neurol Psychiatr

DOI 10.1055/a-2182-6606

ISSN 0720-4299

© 2023. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Catharina Schmidt

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Klinik für Forensische Psychiatrie

Lenggstrasse 31

8032 Zürich

Switzerland

Tel.: 0041583842343

catharina.schmidt@pukzh.ch

ZUSAMMENFASSUNG

Bei einigen psychiatrischen Patienten besteht ein erhöhtes Risiko für interpersonelle Gewaltanwendung, was zu Unterbringungen im Maßregelvollzug führen kann. Ein Großteil der dort behandelten Patienten kam bereits Jahre bevor sie aufgrund eines Deliktes forensisch-psychiatrisch untergebracht wurden, mit dem allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem in Kontakt. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist es bedauerlich, dass Maßnahmen zu Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie bisher nur vereinzelt etabliert sind. Im Kanton Zürich ermöglicht ein forensisch-psychiatrischer Konsiliardienst dem allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem Zugang zu forensisch-psychiatrischer Expertise. In der vorliegenden Arbeit wird das Leistungsangebot beschrieben und die im Rahmen des Konsiliardienstes untersuchte Patientenpopulation charakterisiert. Zudem wurden die drei häufigsten Diagnosegruppen (Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen) nach Konsilanlass und ihrer Vorgeschichte bezüglich Gewalttaten und Substanzmissbrauch miteinander verglichen und die ausgesprochenen Empfehlungen analysiert. Von 2013 bis 2021 wurden 188 Patienten Zürcher allgemeinpsychiatrischer Kliniken nach Erteilung ihres Einverständnisses untersucht. Diese Patienten wiesen zumeist eine Vorgeschichte an Gewalttaten (72.7%) und Substanzkonsum (66.1%) auf. Fast die Hälfte (48.4%) litt an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis.

ABSTRACT

A subgroup of psychiatric patients are at increased risk of committing interpersonal violence, which may lead to placements in forensic-psychiatric institutions. The majority of patients treated in forensic hospitals have had contact with the general psychiatric care system years before being forensically committed due to an offence. Nevertheless, attempts to establish models related to violence prevention in general psychiatry have remained sparse. In the Canton of Zurich, the forensic psychiatric consultation liaison service provides the general psychiatric clinics with access to

forensic psychiatric expertise. In this paper, we describe the consultation service's diagnostic and advisory offers and aim to characterize the patient population seen by the service. We compared the three most common diagnostic groups (schizophrenic, affective and personality disorders) regarding reason for consultation, history of violence and substance abuse. In addition, we analyzed

content and kind of the recommendations made. From 2013 to 2021, 188 patients in general psychiatric clinics in Zurich have been examined after informed consent. Most patients had a positive history of violence (72.7%) and substance use (66.1%). Almost half of the patients (48.4%) had been diagnosed with schizophrenia or a related disorder.

Einleitung

Gewaltbereite Patienten stellen die Allgemeinpsychiatrie vor Herausforderungen: Zugehörige und oftmals auch komplexe Fragen beziehen sich auf das Gewaltisiko, Behandlungsoptionen und gewaltpräventive Strategien oder tangieren juristische Aspekte. Spezialangebote, die allgemeinpsychiatrischen Mitarbeitenden den Zugang zu forensisch-psychiatrischer Expertise ermöglichen, sind dennoch rar. Der nachfolgend vorgestellte forensisch psychiatrische Konsiliardienst unterstützt die allgemeinpsychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich bei der Risikoeinschätzung und im Fallmanagement.

Hintergrund

Eine Untergruppe psychisch kranker Menschen weist gegenüber der Normalbevölkerung ein erhöhtes Risiko auf, Gewalttaten zu begehen [1]. Insbesondere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis [2] aber auch Persönlichkeitsstörungen [3] und affektive Störungen [4] können zu dieser Risikokonstellation beitragen. Nicht nur eine Vorgeschichte an Gewalthandlungen belastet die Risikoprognose zusätzlich, auch ein problematischer Substanzkonsum hat eine herausragende Bedeutung bei der Beurteilung von Risikokonstellationen [5]: Die Substanzgebrauchsstörungen zählen zu den risikoprogno­stisch ungünstigsten Erkrankungen in Bezug auf interpersonelle Gewalthandlungen [6].

Obwohl nur ein kleiner Teil der allgemeinpsychiatrischen Patienten später wegen eines Gewaltdelikt­es forensisch-psychiatrisch untergebracht wird, ist bekannt, dass der überwiegende Anteil der forensisch-psychiatrischen Patienten vorab allgemeinpsychiatrisch behandelt wurde [7]. Gleichzeitig steigt seit Jahren die Anzahl forensisch-psychiatrischer Unterbringungen [8]. Dabei gibt es Hinweise darauf, dass Patienten trotz hoher Symptombelastung aus der Allgemeinpsychiatrie entlassen werden [7]. Ausserdem kann bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die Einbindung in das allgemeinpsychiatrische Versorgungssystem u. a. durch medikamentöse Malcompliance erschwert sein [9].

Hinzu kommt, dass die systematische Erhebung von Risikofaktoren für interpersonelle Gewalt, wie sie in der forensischen Psychiatrie angewendet wird, bei allgemeinpsychiatrischen Patienten nicht regelhaft erfolgt. Skalenbasierte Einschätzungen beziehen sich in der Regel auf das kurzfristige Gewaltisiko mit dem Ziel, gewalttätige Zwischenfälle und Zwangsmassnahmen zu reduzieren [10]. Dies ist bedauerlich, denn mittels spezifischer Risikoprognoseinstrumente könn(t)en Risikopatienten identifiziert werden [11], deren evidenzbasierte Behandlung das Risiko (erneuter) Gewaltanwendung senkt [12]. Ihre Anwendung setzt jedoch spezifische Expertise voraus und bindet zeitliche Ressourcen, die im allgemeinpsychiatrischen stationären Behandlungssetting häufig fehlen.

In den letzten Jahren wurde der vorab genannten Problematik auf unterschiedliche Weise Rechnung getragen: Die „Präventionsambulanz“ am Bezirksklinikum Mittelfranken [13] stellt z. B. ein eigenständiges, forensisch-psychiatrisch geführtes Behandlungsangebot bereit: Sie betreibt Prävention, indem sie die allgemeinpsychiatrische Behandlungen um einen forensisch-psychiatrischen Fokus ergänzt. Andere Modelle bieten forensisch-psychiatrische Beratungsleistungen unter Nutzung allgemeinpsychiatrischer Strukturen an, ohne dass ein eigenständiges Behandlungsangebot bereit gestellt wird [14].

Der nachfolgend dargestellte forensisch-psychiatrische Konsiliardienst sieht umfassende Beratungsleistungen für das allgemeinpsychiatrische Versorgungssystem vor. Er ist Teil der Fachstelle Forensic Assessment & Risk Management (FFA) der Klinik für Forensische Psychiatrie (KFP) der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK), die allgemeinpsychiatrischen Kliniken, Staatsanwaltschaften und Polizei beim Risk Assessment und Risk Management psychisch auffälliger Personen im Kanton Zürich unterstützt [15].

Der Forensisch-psychiatrische Konsiliardienst des Kantons Zürich

Die Fachstelle Forensic Assessment & Risk Management (FFA) bietet seit 2013 in 4 akutenpsychiatrischen Versorgungskliniken, die für 1.6 Mio. Einwohner zuständig sind, Beratungen an [15]. Die Kliniken halten ca. 1 100 Betten vor, in denen pro Jahr rund 12 200 Patienten stationär mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 30 Tagen behandelt werden. Das Angebot ist wie folgt ausgestaltet:

1. Im Rahmen forensisch-psychiatrischer Konsile werden eine schriftliche Beurteilung des Gefährdungspotentials im stationären, in der Regel akutenpsychiatrischen Versorgungsbereich zur Verfügung gestellt und Empfehlungen zu einer umfassenden, risikosenkenden Behandlung gegeben.
2. Seit 2017 werden quartalsweise forensisch-psychiatrische Fallbesprechungen in den allgemeinpsychiatrischen Kliniken zur Herstellung eines gemeinsamen Fallverständnisses angeboten – anonym oder mit Einverständnis der Patienten.
3. Zudem besteht ein telefonisches Beratungsangebot hinsichtlich relevanter Risikokonstellationen in allgemeinpsychiatrischer Behandlung.

Das vorgehaltene Angebot ist für die allgemeinpsychiatrischen Kliniken kostenfrei. Die Finanzierung erfolgt aus öffentlicher Hand.

Die folgende Auswertung dient der Evaluation des Angebots der FFA, wobei ein Fokus auf die detaillierte Beschreibung der Fallkonstellationen der konsiliarisch durchgeführten forensisch-psychia-

trischen Risikoeinschätzungen und der daraus abgeleiteten Empfehlungen gelegt wird, um einen Beitrag zur Qualitätssicherung eines solchen Angebots zu leisten.

Methode

Stichprobe und Ablauf

Vorliegend wurden die zwischen 01/2013 und 05/2021 erstellten Konsilberichte der durch die 4 akutpsychiatrischen Versorgungskliniken des Kantons Zürich zugewiesenen stationären Patienten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Diagnosen, Vorgeschichte an Gewalttaten, Substanzmissbrauch und bzgl. der Konsilanlässe sowie der konsiliarischen Empfehlungen retrospektiv ausgewertet. Das Bewertungsschema umfasste Items, die demografische Inhalte beschreiben, aber auch behandlungsbezogene Informationen wie z. B. die seitens der Behandler gestellten ICD-10-Diagnosen, die Dauer des Aufenthaltes, oder durchgeführte Zwangsmaßnahmen während der stationären Behandlung.

Das Angebot von Fallbesprechungen und anonymisierten Risikoeinschätzungen wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Untersucht wurden volljährige Patienten nach Erteilung ihrer schriftlichen Zustimmung. Die forensisch-psychiatrische Einschätzung erfolgte u. a. basierend auf gängigen Prognoseinstrumenten, z. B. dem HCR20 V³[9].

Ziel der qualitätssichernden Auswertung der Konsildaten war es, 1) die Stichprobe zu beschreiben, die konsiliarisch untersucht wurde und 2) interferenzstatistische Unterschiede zwischen den häufigsten Diagnosegruppen mit Blick auf wesentliche Risikofaktoren (Substanzmissbrauch, Drohung und Gewalt in der Vorgeschichte) zu explorieren. 3) erfolgte die Erfassung der Konsilanlässe, also der Ereignisse, die seitens der Allgemeinpsychiater zur Anmeldung eines Patienten führten und 4) wurde ein interferenzstatistischer Vergleich zwischen den Hauptdiagnosegruppen in Bezug auf die Konsilanlässe durchgeführt. 5) wurden explorativ zur Qualitätssicherung des bestehenden Angebots insbesondere die konsiliarisch ausgesprochenen Empfehlungen ausgewertet.

Statistische Analysen

Die klinischen (Verdachts-)Diagnosen wurden von den anmeldenden Behandlern gestellt. Bzgl. der Vorgeschichte an Gewalttaten und problematischen Substanzkonsums wurden die dem HCR20 V³[16] zugrundeliegenden Definitionen herangezogen.

Es wurden Gruppenvergleiche bzgl. der häufigsten Diagnosegruppen (Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Störung, Persönlichkeitsstörung) durchgeführt. Diese wurden mittels exaktem Test nach Fisher-Freeman-Halton vorgenommen (Monte-Carlo-Methode). Als unteres Signifikanzniveau für den Vergleich der Vorgeschichte an Gewalttaten bzw. Substanzmissbrauch innerhalb der Hauptdiagnosegruppen wurde $p = .05$ festgesetzt.

Die kategoriale Einteilung der Konsilanlässe orientierte sich an Nitschke, Sünkel and Mokros [13], wobei die Variable „Selbstgefährdung“ ergänzt wurde. Für die anschließenden post-hoc Vergleiche bzgl. der Konsilanlässe wurde das Signifikanzniveau mittels Bonferroni-Korrektur angepasst (korr. $p = .003$).

Bei der Auswertung der Empfehlungen wurden Gruppen gebildet, die sich auf die Behandlung allgemein, medikamentöse Strategien, sozialpsychiatrische Maßnahmen, Interventionen im straf-

rechtlichen/ kriminologischen Kontext sowie die Vervollständigung der Informationsbasis beziehen. Bei der Auswertung wurden ausschließlich direkt handlungsleitende und keine konditionalen oder abgestuften Empfehlungen berücksichtigt.

Ergebnisse

Demographische und psychiatrische Informationen der konsiliarisch untersuchten Personen

Insgesamt wurden ab 2013 innerhalb von 8 Jahren 188 Patienten (ca. 24 / Jahr) konsiliarisch untersucht. Telefonische Beratungen wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt, sodass nicht auf den tatsächlichen Beratungsbedarf geschlossen werden kann bzw. dieser unterschätzt wird. Es wurden Patienten im gesamten Altersspektrum der Erwachsenenpsychiatrie (18–81 Jahre) eingeschätzt (MW = 36.42, $s = 13.35$). 90.4% der untersuchten Personen waren männlichen Geschlechts. Die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer bis zur konsiliarischen Einschätzung betrug 25 Tage (MD = 19, Min. 1, Max. 162 Tage). Der überwiegende Anteil der Patienten (70.7%, $n = 133$) war zum Untersuchungszeitpunkt per Fürsorgerischer Unterbringung (FU) nach Art. 426 ff. ZGB, d. h. nach dem schweizerischen Äquivalent zur PsychKHG, untergebracht. 26.1% ($n = 49$) befanden sich auf freiwilliger Basis in stationärer Behandlung. Ein kleiner Teil (3.2%, $n = 6$) befand sich im Haftstatus (i. d. R. in Untersuchungshaft) und war bei fehlender Hafterstellungsfähigkeit, was dem schweizerischen Pendant der Haftunfähigkeit entspricht, zur Krisenintervention in eine allgemeinpsychiatrische Klinik verlegt worden.

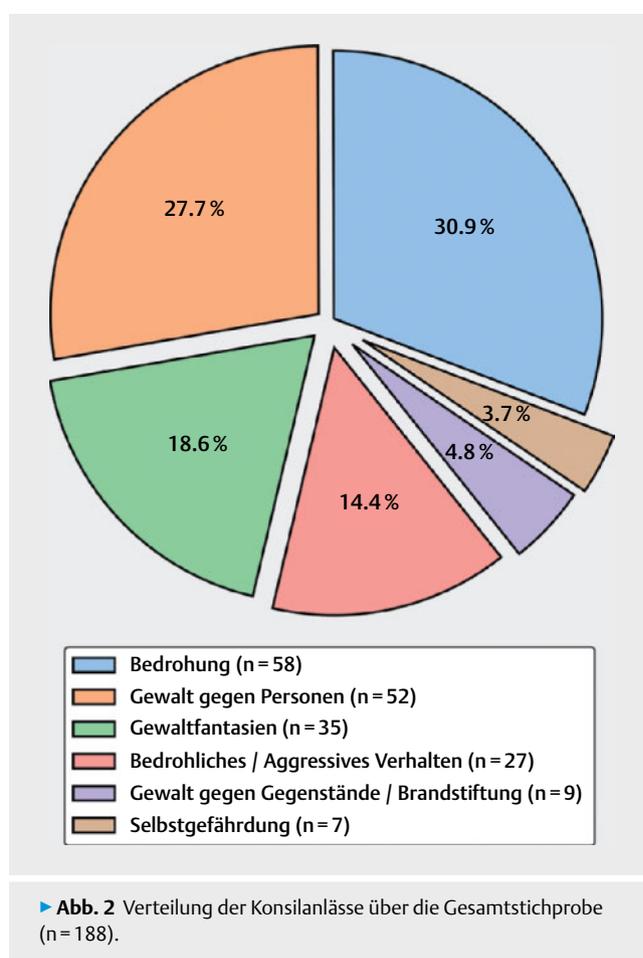
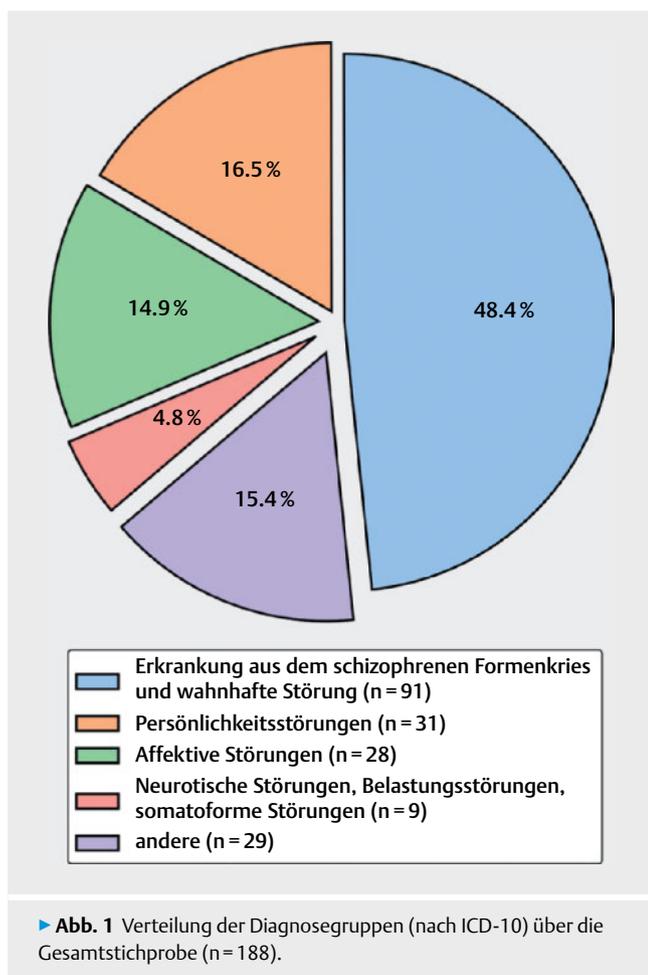
40.4% ($n = 76$) der untersuchten Patienten gingen keiner Erwerbstätigkeit nach. Eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt verfolgten 11.2% ($n = 21$), 3.7% ($n = 7$) waren im beschützten Rahmen beschäftigt. Bei 27.7% ($n = 52$) Personen war nicht bekannt, ob bzw. in welchem Beschäftigungsverhältnis sie standen.

Angaben zur Wohnsituation vor der aktuellen Hospitalisierung lagen bei 92% vor. 19.1% ($n = 35$) lebten in einer betreuten Wohneinrichtung, 18.6% ($n = 35$) bei Eltern oder Familienmitgliedern, 25% ($n = 47$) lebten alleine in eigener Wohnung, 9.6% ($n = 18$) waren obdachlos. 40.5% ($n = 76$) lebten ohne feste Partnerschaft, 24.5% ($n = 46$) befanden sich in einer Partnerschaft.

Vor der aktuellen Hospitalisierung waren 24.5% ($n = 46$) nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht verbeiständet, was dem schweizerischen Pendant der gesetzlichen Betreuung des BGB entspricht. Bei 31.9% ($n = 60$) war bekannt, dass sie Maßnahmen der Invalidenversicherung in Anspruch nahmen (Rente bzw. Wieder-eingliederungsleistungen).

Bzgl. der psychiatrischen Vorgeschichte fiel auf, dass bei 70.7% ($n = 133$) stationäre psychiatrische Voraufenthalte bekannt waren. In einer ambulanten Behandlung befanden sich dagegen vor der aktuellen Hospitalisierung nur 40.4% ($n = 76$). Informationen zur Medikamentencompliance vor Eintritt konnten in 41.5% ($n = 78$) nicht erhoben werden, bei 5.9% ($n = 11$) war eine Compliance angegeben. 18.1% ($n = 34$) waren vor Eintritt medikamentös unbehandelt.

Fast die Hälfte der untersuchten Patienten litt an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer wahnhaften Störung (ICD-10: F20ff. ► **Abb. 1**). Eine komorbide substanzbezo-



gene Störung wurde bei 58.2% ($n = 38$) der Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, bei 51.6% ($n = 16$) der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung und bei 46.6% ($n = 13$) der Betroffenen mit einer affektiven Störung diagnostiziert. Eine Vorgeschichte eines problematischen Substanzkonsums nach der Definition des HCR-20 mit entsprechender Herabsetzung des psychosozialen Funktionsniveaus oder Gesundheitsbeeinträchtigungen wiesen sogar 66.1% auf.

Informationen zum Verhalten während des stationären Aufenthalts und dem Anlass der konsiliarischen Risikoeinschätzung

18.6% ($n = 35$) der untersuchten Personen benannten Vorstrafen, während bei 61.2% ($n = 115$) delinquentes Verhalten beschrieben war, das gemäß Selbstangaben nicht zu Polizeikontakten / Verurteilungen geführt hat (z. B. illegaler Substanzkonsum, Trunkenheitsfahrten, Randalieren, Häusliche Gewalt, Straßenverkehrsgesetzesverstöße etc.). Bei 14.4% ($n = 27$) war, basierend auf Selbst- oder Fremdanangaben, ein Waffenbesitz bekannt. Die gleiche Anzahl berichtete über Gewalterfahrungen in der Kindheit. Gewalttätigkeiten und / oder Drohungen in der Vorgeschichte traten beim überwiegenden Teil der Gesamtstichprobe auf (72.7%). Dabei unterschieden sich die Häufigkeiten einer Gewaltvorgeschichte und einer Vorgeschichte an problematischem Substanzmissbrauch nicht zwischen den Diagnosegruppen ($p > .05$).

Zwangsmaßnahmen während des stationären Aufenthaltes in Form einer Isolation wurde bei 25.5% ($n = 48$) durchgeführt, zwangsmediziert wurden 21.3% ($n = 40$).

Wie in **Abb. 2** ersichtlich, wurden die meisten Patienten (insgesamt 58.6%) aufgrund von Gewalttätigkeiten gegen Personen oder aufgrund von Drohungen vorgestellt. Mehrheitlich waren mit 23.4% ($n = 44$) professionelle Betreuungspersonen bzw. das Klinikpersonal betroffen. Mitpatienten waren mit 10.6% ($n = 20$) tangiert. Das soziale Nahfeld war mit Familienmitgliedern (12.8%, $n = 24$), Bekannten (5.3%, $n = 10$) oder Partnern (4.3%, $n = 8$) ebenfalls häufig Opfer von gewaltassoziierten Verhaltensweisen. Außenstehende Personen bzw. Fremde (11.2%, $n = 21$) und Beamte (3.7%, $n = 7$) waren seltener involviert.

Betrachtet man nur die gewalttätigen Verhaltensweisen während des Klinikaufenthaltes gegenüber Mitpatienten und Klinikpersonal (28.7%, $n = 54$), wendeten davon 44.4% ($n = 24$) körperliche Gewalt an, 46.3% drohten ($n = 25$) und 9.3% ($n = 5$) begingen sexuelle Grenzverletzungen.

Zumeist ergab sich das Bedürfnis nach einer konsiliarischen Einschätzung aus einer Kombination unterschiedlicher besorgniserregender Merkmale, etwa einer Drohung unter Waffeneinsatz oder wenn bisherige Behandlungsversuche ins Leere liefen, wobei jeweils die Hauptfragestellung für die Analysen berücksichtigt wurde.

Bezüglich der Patienten aus den Hauptdiagnosegruppen (79.8%, $n = 150$) lässt sich festhalten, dass die Patienten mit einer

► **Tab. 1** Kreuztabelle und post-hoc Vergleich der häufigsten Diagnosegruppen*Konsilanlass.

			Gewalt gegen Personen	Gewalt gegen Gegenstände / Brandstiftung	Bedrohung	Bedrohliches / Aggressives Verhalten	Gewaltfantasien	Selbstgefährdung	Gesamt
Diagnosegruppen	Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis	n [%]	32 [35,2]	5 [5,5]	29 [31,9]	14 [15,4]	8 [8,8]	3 [8,8]	91 [100]
		p-Wert	0,016	0,230	0,549	0,549	<0,001*	0,976	
	Affektive Störung	n [%]	6 [21,4]	0 [0]	9 [32,1]	4 [14,3]	9 [32,1]	0 [0]	28 [100]
		p-Wert	0,368	0,230	0,764	0,960	0,089	0,271	
	Persönlichkeitsstörungen	n [%]	4 [12,9]	1 [3,2]	7 [22,6]	3 [9,7]	14 [45,2]	2 [6,5]	31 [100]
		p-Wert	0,036	0,842	0,317	0,424	<0,001*	0,271	
Gesamt			42 [28,0]	6 [4,0]	45 [30,0]	21 [14,0]	31 [20,7]	5 [3,3]	150 [100]

[Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton $p=0,002$; *p-Werte $<0,003$ (nach Bonferroni Korrektur), Cramér's $V 0,297$].

Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis am häufigsten aufgrund von Gewaltanwendung gegenüber Personen (35,2%, $n = 32$), Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung aufgrund von Gewaltfantasien (45,2%, $n = 14$) und Patienten mit einer affektiven Störung aufgrund von Drohungen bzw. Gewaltfantasien (32,1%, jeweils $n = 9$) vorgestellt wurden ► **Tab. 1**. Im post-hoc Vergleich erreichten ausschließlich Unterschiede bei den Gewaltfantasien statistische Signifikanz. Hier zeigten Patienten mit Persönlichkeitsstörung ein signifikant häufigeres Vorkommen von Gewaltfantasien als dies bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis der Fall war ($p < 0,001$).

Konsiliarisch ausgesprochene Empfehlungen

Bei allen 188 Fällen wurden Empfehlungen abgegeben. Dabei bezog sich die Mehrheit der Empfehlungen auf die Behandlung (89,4%, $n = 168$). Die Fortführung der stationären Behandlung (58%, $n = 109$) stellte die am häufigsten formulierte Empfehlung dar. Auch medikamentöse Behandlungsempfehlungen (64,9%, $n = 122$), sozialpsychiatrische Maßnahmen (63,3%, $n = 119$) wie z. B. Anregen einer Rente wegen krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit, Verbeiständung (Schweizerisches Pendant zur gesetzlichen Betreuung), Unterbringung in einer betreuten Wohnform wurden häufig festgehalten. Die Empfehlung der Einholung weiterer Informationen (62,2%, $n = 117$) bezog sich in der überwiegenden Anzahl der Fälle auf fremdanamnestic Angaben aus dem sozialen Nahraum (42%, $n = 79$) bzw. auf vorbehandelnde Kliniken bzw. Therapeuten (14,9%, $n = 28$), aber auch auf polizeiliche Instanzen und strafrechtliche Informationen in Zusammenhang mit der fürsorglichen Unterbringung.

Empfehlungen im strafrechtlichen / kriminologischen Kontext (37,2%, $n = 70$), bezogen sich auf das Anregen einer Begutachtung nach begangener Straftat (13,8%, $n = 26$) oder die Empfehlung einer Strafanzeige (7,4%, $n = 14$) mit dem Ziel, eine juristische Grundlage für eine forensisch-psychiatrische Abklärung ggfs. auch Unterbringung zu schaffen, insbesondere dann, wenn allgemeinpsychiatrische Behandlungsoptionen ins Leere laufen. Weitere Empfehlungen bezogen sich auf eine Kontaktaufnahme zu polizeilich organisierten Gewaltpräventionsstellen (11,7%, $n = 22$) sowie Maßnahmen in Zusammenhang mit Waffenbesitz (9%, $n = 17$).

Diskussion

Die Auswertung der seit 2013 durchgeführten forensisch-psychiatrischen konsiliarischen Untersuchungen zeigt, dass nur eine sehr kleine Gruppe von Patienten vorgestellt wurde. Der überwiegende Anteil der von der Fachstelle beurteilten Patienten wies relevante Risikofaktoren für die Anwendung interpersoneller Gewalt auf, insbesondere einen problematischen Substanzkonsum, aber auch Gewalttaten und / oder Drohungen in der Vorgeschichte [5]. Dies weist darauf hin, dass die allgemeinpsychiatrischen Behandler gezielt eine relevante Untergruppe von Patienten einer forensisch-psychiatrischen Beurteilung zuführen.

Fast die Hälfte der Patienten (48%) litt an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Auch in der Präventionsambulanz des Bezirksklinikums Mittelfranken [13] stellt diese Diagnosegruppe die häufigste dar (60%). Sie ist mittlerweile auch in forensisch-psychiatrischen Klinikinstitutionen überrepräsentiert [9]. Betroffene haben aufgrund ihrer Erkrankung nicht nur ein erhöhtes interpersonelles Gewaltisiko [2], sie werden auch häufig auf psychiatrischen Akutstationen behandelt [17].

Dass sich trotz des hohen Anteils psychiatrisch vorbehandelter Patienten (70,7%) nur ein vergleichsweise kleiner Anteil vor Klinik-eintritt in ambulanter Behandlung befand (40,4%) überrascht nicht, denn es scheint sich um ein therapeutisch größtenteils schwer erreichbares Patientenkontext zu handeln.

Auch von erwachsenenschutzrechtlichen Maßnahmen wie einer Verbeiständung (schweizerisches Pendant zur gesetzlichen Betreuung) oder Maßnahmen der Invalidenversicherung (Rente bzw. Wiedereingliederungsleistungen) konnten die untersuchten Patienten nur zu einem kleinen Teil profitieren. Damit bildet sich in dieser Patientengruppe eine geringe soziale Einbindung bzw. Teilhabe ab, die sich auch im privaten Bereich wiederfindet – angesichts der hohen Anzahl an Wohnungs-, Arbeits- und Beziehungslosigkeit. Diese Umstände belasten die Risikoprognose zusätzlich: Insbesondere stellt die in fast 10% der Fälle detektierte Obdachlosigkeit ein Risikofaktor für interpersonelle Gewaltanwendung dar [18]. Gleichzeitig erschweren herausforderndes Verhalten, Substanzkonsum und Gewaltereignisse den Zugang zu Wohnraum. Diese problematische Entwicklung verdeutlicht den Bedarf an sozialpsychiatrisch ausgerichteten Projekten mit personell und auch von der Infrastruktur entsprechend

ausgestatteten betreuten Wohnheimplätzen [19]. Entsprechend bezog sich die überwiegende Anzahl an Empfehlungen auf eine verbesserte sozialpsychiatrische Einbindung [20].

Lässt sich diese verbesserte sozialpsychiatrische Einbindung nicht erreichen, so bleibt häufig (nur) die Möglichkeit, des Anregens einer strafrechtlichen Begutachtung resp. das Prüfen einer Strafanzeige seitens der behandelnden Einrichtung mit dem Ziel, eine juristische Grundlage für eine forensisch-psychiatrische Behandlung und ggfs. auch Unterbringungen zu schaffen. Strafanzeigen dienen also weniger einer Maßregelprävention, als einem effektiven Opferschutz und zwar dann, wenn bereits absehbar ist, dass sich Patienten bei einem hohen Risiko für interpersonelle Gewalthandlungen nicht in allgemeinpsychiatrische Behandlungsstrukturen integrieren lassen. Ergänzend ist anzumerken, dass die Schuldunfähigkeit in der Schweiz keine Voraussetzung für einen stationären wie auch ambulanten „Massnahmenvollzug“ darstellt.

Die Zusammenarbeit mit Polizeilichen Gewaltschutzstellen als weitere Empfehlung ist hierzulande auch im klinischen Kontext mittlerweile etabliert [21]. Spezialisierte polizeiliche Mitarbeitende nehmen sich vielfältigen Gefährdungs- und Bedrohungssituationen einschließlich Gefährdungen durch psychisch beeinträchtigte Personen unter Zuhilfenahme geschulter psychiatrisch-psychologischer Fachpersonen präventiv an [15]. Die Gewaltschutzstellen halten zwar kein Behandlungsangebot vor, bieten aber die Möglichkeit, Gefährder zu begleiten, was es ermöglicht, krisenhafte Verläufe rasch zu erkennen. Dabei ist in der Zürcher Praxis auch möglich, seitens der Klinik während einer fürsorglichen Unterbringung auf polizeiliche Informationen zuzugreifen, abgebildet in der Empfehlung der Einholung weiterer Fremdauskünfte. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn Patienten keine oder nur wenige Informationen machen (können) aber dennoch schwere(re) Gewaltereignisse zur Klinikeinweisung geführt haben und ärztlicherseits zu prüfen ist, ob Unterbringungsbedingungen weiter vorliegen.

Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeiten der Konsilanlässe konnten in Abhängigkeit von der Zuordnung zur Hauptdiagnosegruppe aufgezeigt werden. Das Ergebnis, dass schizophrene Patienten im Vergleich zu Patienten mit Persönlichkeitsstörungen signifikant seltener infolge geäußerter Gewaltfantasien konsiliarisch untersucht wurden, könnte dadurch zu erklären sein, dass diese Patienten zumeist derart schwer erkrankt sind, dass es im Vorfeld der Kontaktaufnahme bereits zu Gewalttaten kam. Bei den persönlichkeitsgestörten Patienten dagegen können Gewaltfantasien zum Teil als Ausdruck von Antisozialität interpretiert werden [3], während Aspekte der Selbstgefährdung bei affektiven Erkrankungen keinen Anlass boten, forensisch-psychiatrische konsiliarische Einschätzungen vorzunehmen – abgesehen von geäußerten Absichten eines erweiterten Suizids oder Drohungen.

Dass mit 23.4% Klinikpersonal am häufigsten Opfer von im Klinikkontext begangenen Übergriffen wurden, die Anlass für Konsile waren, deckt sich mit Erfahrungen aus der Praxis und Forschung. In einer Metaanalyse berechneten Di Giacomo et al. [22] eine Prävalenz von 18% auf akutpsychiatrischen Stationen.

Limitierend ist anzumerken, dass der Nachweis erfolgreich betriebener Prävention durch das vorgehaltene Angebot nicht geführt werden kann. Nachuntersuchungen der Patienten erfolgten nicht, eine Aussage über die Umsetzung der Empfehlungen kann nicht getroffen werden. Die stetige Nutzung des Angebots mit durch-

schnittlich 24 Untersuchungen pro Jahr lässt jedoch vermuten, dass sich der forensisch-psychiatrische Konsiliardienst im allgemeinpsychiatrischen Alltag etabliert hat und als hilfreich erlebt wird. Dass die untersuchte Patientengruppe in die Untersuchung einwilligen muss, schmälert aus Sicht der Autoren den Nutzen des Angebots nicht. Denn die Verteilung der untersuchten Diagnosegruppen entspricht durchaus den Erwartungen: es wurde überwiegend eine Patientengruppe untersucht, die ohnehin als schwer erreichbar gilt, nämlich Patienten, bei denen eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wurde mit einer Vorgeschichte an Gewalthandlungen und einem belastendem Substanzgebrauch.

Gewaltassoziierte Verhaltensweisen von psychisch kranken Personen fordern nicht nur die Behandler heraus. Auch die Patienten sind durch häufige Polizeikontakte, durch hängige Gerichtsverfahren sowie durch aggressive Phänomene (z. B. Gewaltfantasien) zum Teil selbst schwer belastet. Ihre Bereitschaft zur freiwilligen Mitwirkung an den hiesigen Abklärungen zeigt, dass durchaus ein Leidensdruck besteht, der im Rahmen allgemeinpsychiatrischer Behandlungen adressiert werden sollte. Dabei sollten Betroffene nicht als potentielle Gefährder stigmatisiert, sondern für gewaltreduzierende Maßnahmen, die in Zusammenhang mit ihrer psychiatrischen Erkrankung stehen, gewonnen werden [23].

Die Ziele der Gewaltprävention im psychiatrischen Kontext lassen sich leicht skizzieren: Neben einem effektiven Opferschutz wird durch das Abwenden von zeitintensiven und langjährigen freiheitsentziehenden Maßregelbehandlungen das Leid der betroffenen Patienten gemindert bzw. deren Hilfebedarf adäquat Rechnung getragen. Zudem werden hohe primäre Behandlungskosten, aber auch die Entstehung sekundärer Kosten reduziert, indem Polizeieinsätze, Krankentransporte, aber auch Gerichts- und Opferkosten entfallen [24]. Entorf [25] schätzt die sogenannten gesellschaftlichen bzw. volkswirtschaftlichen Kriminalitätskosten auf 3 bis 7% des Bruttoinlandsprodukts (Deutschland). Bei psychisch kranken Straftätern sind im Fall einer angeordneten strafrechtlichen Maßnahme lange Verweildauern mit hohen Behandlungskosten zu berücksichtigen, Tagespauschalen von 1000 CHF bis 1500 CHF sind im schweizerischen Maßregelvollzug üblich [26].

Geht es um die Einschätzung eines Gewalttrisikos psychiatrischer Patienten, werden zwangsläufig ethische Aspekte tangiert. Es geht dabei um Aspekte der ärztlichen Schweigepflicht, um Strafanzeigen wegen gewalttätigen Übergriffen, die während einer psychiatrischen Behandlung gegen Behandler oder Mitpatienten begangen wurden, aber auch um den Schutz einer häufig schwerkranken Patientengruppe, die aufgrund ihrer psychiatrischen Störung ein erhöhtes Risiko hat, den Zugang zum Versorgungssystem zu verlieren [20] und in Kontakt mit der Strafjustiz zu kommen. Während in anderen medizinischen Fachdisziplinen präventive Ansätze immer mehr in das Zentrum der Bemühungen rücken, verliert sich im psychiatrischen Fachgebiet die Prävention von Fremdaggressivität als Krankheitssymptom im Spannungsfeld zwischen der Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten und der Tragbarkeit herausfordernder, aggressiver Handlungen im Behandlungssetting.

Es bleibt aber dabei: Psychiatrische Erkrankungen können eng mit gewaltassoziierten Verhaltensweisen verknüpft sein [27, 28]. Um das resultierende Risiko zu adressieren, braucht es in der Allgemeinpsychiatrie und aus Sicht der Autoren auch im Interesse der Betroffenen entsprechende Angebote.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Eine Untergruppe psychisch erkrankter Menschen zeigt ein erhöhtes Risiko, Gewalttaten zu begehen.
- Forensisch-psychiatrische Angebote, die an der Schnittstelle zur Allgemeinpsychiatrie auf die Gewaltbereitschaft von Patienten fokussieren, sind nur vereinzelt etabliert.
- Ein forensisch-psychiatrischer Konsiliardienst bietet dem allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem eine Hilfestellung bei der Risikoeinschätzung und im Fallmanagement potentiell gewaltbereiter Patienten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Sariaslan A, Arseneault L, Larsson H et al. Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden. *JAMA Psychiatry* 2020; 77: 359–367. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4275
- [2] Fazel S, Gulati G, Linsell L et al. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6: e1000120–e1000120. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000120
- [3] Yu R, Geddes JR, Fazel S. Personality Disorders, Violence, and Antisocial Behavior: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Journal of Personality Disorders* 2012; 26: 775–792. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.5.775
- [4] Fazel S, Wolf A, Chang Z et al. Depression and violence: a Swedish population study. *The Lancet Psychiatry* 2015; 2: 224–232. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00128-X
- [5] Whiting D, Fazel S. Epidemiology and Risk Factors for Violence in People with Mental Disorders. In: Carpiniello B, Vita A, Mencacci C eds, *Violence and Mental Disorders*. Cham: Springer International Publishing; 2020: 49–62. DOI: 10.1007/978-3-030-33188-7_3
- [6] Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry* 2021; 8: 150–161. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30262-5
- [7] Lincoln TM, Hodgins S, Jöckel D et al. Forensische Patienten und Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Der Nervenarzt* 2006; 77: 576–586. DOI: 10.1007/s00115-005-1918-5
- [8] Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open* 2016; 6: e010188. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010188
- [9] Habermeyer E, Wolff R, Gillner M et al. Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Der Nervenarzt* 2010; 81: 1117–1124. DOI: 10.1007/s00115-009-2913-z
- [10] Steinert T, Hirsch S. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt* 2020; 91: 611–616. DOI: 10.1007/s00115-019-00801-2
- [11] Wolf A, Whiting D, Fazel S. Violence prevention in psychiatry: an umbrella review of interventions in general and forensic psychiatry. *J Forens Psychiatry Psychol* 2017; 28: 659–673. DOI: 10.1080/14789949.2017.1284886
- [12] Fazel S, Chang Z, Fanshawe T et al. Prediction of violent reoffending on release from prison: derivation and external validation of a scalable tool. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 535–543. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00103-6
- [13] Nitschke J, Sünkel Z, Mokros A. Die Forensische Präventionsambulanz. *Der Nervenarzt* 2018; 89: 1054–1062. DOI: 10.1007/s00115-018-0573-6
- [14] Schmidt C, Nitschke J, Habermeyer E. Forensische Modelle zur Gewaltprävention an der Schnittstelle zur Allgemeinpsychiatrie: der forensisch-psychiatrische Konsildienst. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 2021; 15: 214–221. DOI: 10.1007/s11757-021-00672-x
- [15] Beyli-Helmy M, Habermeyer E, Guldemann A. Was kann die Forensische Psychologie und Psychiatrie im Bedrohungsmanagement beitragen? Erkenntnisse aus der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kanton Zürich. *RPsych Rechtspsychologie* 2020; 6: 357–370. DOI: 10.5771/2365-1083-2020-3-357
- [16] Douglas KS, Hart SD, Webster CD et al. HCR-20 Assessing Risk for Violence V3. Burnaby [Deutsche Version übersetzt von Holzinger B und herausgegeben von Bolzmacher M et al. (2014) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20V3. Institut für forensische Psychiatrie e.V. Haina, Giessen]. Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute 2013
- [17] Graca J, Klut C, Trancas B et al. Characteristics of Frequent Users of an Acute Psychiatric Inpatient Unit: A Five-Year Study in Portugal. *Psychiatric Services* 2013; 64: 192–195. DOI: 10.1176/appi.ps.000782012
- [18] Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 2013; 8: e55942. DOI: 10.1371/journal.pone.0055942
- [19] Busch-Geertsema V. Housing First Europe: Final Report 2013 <http://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf> Letzter Aufruf: 02.04.2023
- [20] Piontek K, Kutscher SU, König A et al. Prädeltische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 2013; 84: 55–64. DOI: 10.1007/s00115-011-3409-1
- [21] Guldemann A, Brunner R, Habermeyer E. Bedrohungsmanagement: Deeskalieren, bevor etwas passiert. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 2021; 15: 229–238. DOI: 10.1007/s11757-021-00673-w
- [22] di Giacomo E, Iozzino L, Ferrari C et al. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: Systematic Review and Meta-Analysis – A 2019 Update. In: Carpiniello B, Vita A, Mencacci C, Hrsg. *Violence and Mental Disorders*. Cham: Springer International Publishing; 2020: 181–202. DOI: 10.1007/978-3-030-33188-7_10
- [23] Wössner G. Fatales Spiel mit der Angst. *Max-Planck-Forschung* 2018; 2018: 10–15
- [24] Nitschke J, Sünkel Z, Mokros A. Die forensische Präventionsambulanz Ansbach. *Der Nervenarzt* 2020; 91: 439–445. DOI: 10.1007/s00115-019-0752-0
- [25] Entorf H, Schulan A. Kosten-Nutzen-Analyse in der Kriminalprävention. In: Walsh M, Pniewski B, Kober M et al., Hrsg. *Evidenzorientierte Kriminalprävention in Deutschland: Ein Leitfaden für Politik und Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018: 369–383. DOI: 10.1007/978-3-658-20506-5_20
- [26] Brägger BF. Vollzug von therapeutischen Massnahmen nach Art. 59 StGB: Eine Analyse der Vollzugsrealität der Deutschschweiz. *Neue Zeitschrift für Kriminologie und Kriminalpolitik* 2022; 1: 48–67
- [27] De Tribolet F, Habermeyer E. Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Delinquenz. 1. Aufl. Zürich, Mannheim, Münster: Habermeyer, E; Dressing, H; Seifert, D; Lau, S; 2021
- [28] Maier W, Hauth I, Berger M et al. Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Der Nervenarzt* 2016; 87: 53–68. DOI: 10.1007/s00115-015-0040-6

Notice

This article was changed according to the erratum on November 06, 2023.

Erratum

Im oben genannten Artikel wurde ein Autorenname korrigiert. Die Korrektur wurde in der Onlineversion des Artikels ausgeführt am: 31.10.2023