

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Einfluß von Olanzapin auf Zwischenfälle im Maßregelvollzug

Stadtland C, Groß G, Seitz N

Nedopil N

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2007; 8 (2), 36-40

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.–4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deimer Deque/Kosch/KARL70
Bavaria_HFB/Alto/Warri | Stock Adobe

Einfluß von Olanzapin auf Zwischenfälle im Maßregelvollzug

C. Stadtland, G. Groß, N. Seitz, N. Nedopil

Der Einfluß von atypischen Neuroleptika auf problematische Zwischenfälle im Maßregelvollzug ist in Deutschland bisher unzureichend untersucht. 35 stationäre Maßregelvollzugspatienten wurden 12 Wochen vor und nach einer mindestens 12wöchigen Therapie mit Olanzapin beobachtet. Neun der 31 untersuchten potentiellen Zwischenfallvariablen verringerten sich signifikant. Nach Alpha-Korrektur fanden sich allerdings nur noch bei bedrohlichem Verhalten und sonstigen aggressiven Handlungen signifikante Abnahmen. Wenn Aggression und Gewalttätigkeit im Vordergrund stehen, kann Olanzapin einigen Patienten helfen, Zwischenfälle zu vermeiden. Zukünftige Langzeituntersuchungen sollten zeigen, ob die gefundene Risikoabnahme von Dauer ist.

Schlüsselwörter: Olanzapin, Zwischenfälle, Aggressionen, Maßregelvollzug

Olanzapine and the Incidence of Aggressive and Violent Behavior in Forensic Psychiatry. Atypical neuroleptics continue to be underutilized in forensic psychiatry and pharmacologic strategies must be extrapolated from the non-offender population. A total of 35 violent and aggressive forensic inpatients received olanzapine for at least 12 weeks. Outcome was measured with a list of 31 potentially violent acts. We found a significant decrease in 9 variables including violence and aggression. Olanzapine may help some forensic inpatients to control their behavior. Atypical neuroleptics should be considered when aggression and violence are major problems. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2007; 8 (2): 36–40.

Key words: olanzapine, violence, aggressive behavior, forensic psychiatry

Aggressives Verhalten psychiatrischer Patienten sollte ausreichend behandelt werden, bevor schwere Straftaten zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug führen [1]. Oftmals bestehen die Aggressionen auch im Maßregelvollzug fort, es kann zu sogenannten Zwischenfällen kommen [2]. Walsh et al. [3] beschrieben, daß sich die Aggressionen in dieser speziellen Population nicht allein durch eine intensivere und sorgfältigere Betreuung der Patienten reduzieren lassen. Andere Autoren vermuteten, daß im Maßregelvollzug oft eine unzureichende oder nicht zeitgemäße pharmakologische Behandlung erfolgt [4, 5]. Da in der Allgemeinpsychiatrie seit längerem die antiaggressive Wirksamkeit einiger atypischer Neuroleptika, darunter vor allem Clozapin, Risperidon und Olanzapin, nachgewiesen wurde [6–12], übertrug man die Forschungsergebnisse oft in unkritischer Weise auf die spezielle Situation der forensischen Psychiatrie. Während es in der Allgemeinpsychiatrie erstrangig auf eine Verbesserung der Psychopathologie ankommt, steht in der forensischen Psychiatrie die Risikoverminderung im Vordergrund der Behandlung. Gerade delinquenzbedingende Aggressionen waren bei vielen forensischen Patienten bereits der Unterbringungsgrund. Grundsätzlich ist noch kaum erforscht, wodurch sich diese straffällig gewordenen und dadurch untergebrachten Patienten von denen der Allgemeinpsychiatrie unterscheiden.

Noch fehlen systematische Evaluationen über die Wirksamkeit von Atypika im Hinblick auf eine qualitative wie auch quantitative Verringerung von Zwischenfällen in der forensischen Psychiatrie fast vollständig. Es ist kaum bekannt, inwieweit moderne pharmakologische Behandlung den Bedürfnissen der anwachsenden Gruppe forensischer Patienten entspricht.

Die Evaluation von Therapiemaßnahmen im Maßregelvollzug spielte in Deutschland bisher, von wenigen Ausnahmen abgesehen, eine untergeordnete Rolle. Erst in

letzter Zeit wurden umfangreiche Evaluationsstudien begonnen [13] und 2003 wurden im deutschen Sprachraum erstmals häufige, spezifische Zwischenfälle der forensischen Psychiatrie von Groß und Stübner systematisch in einer Liste zusammengestellt [14, 15], welche damit als Zielkriterium für diese Studie zur Verfügung steht.

Generell ist die empirische Basis antiaggressiver pharmakologischer Behandlungen im Maßregelvollzug gering, da ihr rechtlich enge Grenzen gesetzt sind und die Patienten als „vulnerable“ Patientengruppe gelten. Ihre Einwilligungsfähigkeit ist bereits durch die unfreiwillige Unterbringung eingeschränkt [16]. Da Strafgefangene gemäß der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes als nicht einwilligungsfähig gelten, ist die pharmakologische Forschung mit Strafgefangenen in Deutschland explizit verboten [16, 17]. Demgegenüber steht das berechtigte Interesse der Allgemeinheit an Sicherheit [16], welche erst durch eine Reduktion von delinquenzbedingenden psychopathologischen Auffälligkeiten zu erreichen ist. Daraus ergibt sich, daß bei Maßregelvollzugspatienten erhöhte Anforderungen an die Zuverlässigkeit einer Substanz gestellt werden müssen.

In diesem Spannungsfeld sind einerseits systematische Untersuchungen der Wirksamkeit einer Substanz (z. B. Doppelblindstudien) und Vergleiche mit Kontrollgruppen nicht möglich, andererseits sollten gerade die schwierigsten und gefährlichsten Patienten eine möglichst effektive Behandlung erhalten. Deshalb wurde in dieser Arbeit der Einfluß von Olanzapin auf Zwischenfälle im Maßregelvollzug, gemessen mit der Zwischenfall-Liste nach Groß und Stübner [14, 15], durch eine systematische Nachbeobachtung untersucht.

Patienten und Methoden

In unterschiedlichen deutschen forensisch-psychiatrischen Kliniken wurden Therapeuten gebeten, ihre Erfahrungen mit jenen Maßregelvollzugspatienten mitzuteilen, die zur Verringerung von Aggressionen mindestens 12 Wochen lang Olanzapin erhalten hatten. Art und Anzahl von Zwischenfällen in einem Zeitraum von 12 Wochen vor Behandlungsaufnahme wurden mit Art und Anzahl während

Aus der Abteilung für Forensische Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München
Korrespondenzadresse: Dr. med. Cornelis Stadtland, Abteilung für Forensische Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität, D-80336 München, Nußbaumstraße 7; E-Mail: cstadtla@med.uni-muenchen.de

der 12wöchigen Behandlung mit Olanzapin verglichen. Die Therapeuten übermittelten die Ergebnisse der Beobachtung anonym auf einem dafür entwickelten und in Kliniken sowie auf einem forensischen Kongreß verteilten Evaluationsbogen. Nur die eingegangenen Bögen konnten zentral ausgewertet werden. Ein „Recall-Bias“ konnte somit nicht erfaßt werden. Nachdem 35 Untersuchungsbögen eingegangen waren, wurde die Beobachtung beendet. Alle Patienten konnten in der Untersuchung ausgewertet werden und es wurden später keine Patienten mehr ausgeschlossen. Einige wenige Untersuchte erhielten nach Ermessen ihrer Therapeuten zwar eine Begleitmedikation, diese durfte aber weder in den 12 Wochen vor noch während der 12wöchigen Beobachtungszeit verändert worden sein. Die Begleitmedikation konnte bei dieser Auswertung nicht gesondert berücksichtigt werden.

Bei den übermittelten Daten handelte es sich um Beobachtungen von 35 stationär untergebrachten Maßregelvollzugspatienten, darunter 34 Männer und eine Frau, die im mittleren Alter von 35,91 Jahren (Range: 15–67 Jahre) über einen Zeitraum von mindestens 12 Wochen Olanzapin in einer mittleren Dosis von 15,4 mg/Tag (Range: 5–30 mg/Tag) erhalten hatten. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt. Von diesen Patienten waren 23 (65,7 %) schizophran, 6 (17,1 %) Patienten waren persönlichkeitsgestört und 4 (11,4 %) primär intelligenzgemindert. Ein Patient litt an einer organischen, ein weiterer an einer neurotischen Störung.

Sowohl die Art als auch die Anzahl von Zwischenfällen wurde vor und nach der medikamentösen Behandlung mit Olanzapin retrospektiv erfaßt und systematisch mit 31 potentiellen Maßregelvollzugs-Zwischenfallvariablen, modifiziert nach Groß und Stübner [14, 15] (Tab. 1), ausgewertet.

Für die vorliegende Stichprobe wurde die Veränderung der Zwischenfälle untersucht. Dazu wurde der Vorzeichentest für verbundene Stichproben benutzt. Dieser Test betrachtet die Veränderungen der hier ordinalen Variable, der Veränderung des Verhaltens (Abnahme, unverändert, Zunahme).

Um einer bei multipler Testung üblichen Alpha-Kumulierung entgegenzuwirken, wurde eine Alpha-Korrektur nach Bonferroni-Holm durchgeführt.

Die Daten wurden mit SPSS 12.0® (SPSS Inc.) und SAS 9.1® (SAS Institute Inc.) ausgewertet.

Ergebnisse

Medizinische Parameter (Körpergewicht, EKG, EEG, Blutbild) konnten bei der retrospektiven Nachbeobachtung nicht erfaßt werden. Gleichwohl brachen die Therapeuten den Therapieversuch mit Olanzapin bei keinem Patienten wegen medizinischer Nebenwirkungen ab.

Der Effekt des Neuroleptikums auf 31 potentielle Zwischenfallvariablen [14, 15] wurde erfaßt. Die potentiellen Zwischenfälle Nr. 29–31, die deshalb bei keinem der 35 Patienten abnehmen konnten, weil sie niemals zuvor bei einem Untersuchten aufgetreten sind, wurden als „nicht vorhanden“ bezeichnet. Bei den übrigen 28 Variablen war das untersuchte Verhalten vor Behandlungsbeginn bei mindestens einem Patienten vorhanden und veränderte sich im Untersuchungszeitraum. In der Spalte „unverän-

dert“ sind all jene potentiellen Zwischenfälle, die sich im Untersuchungszeitraum nicht veränderten, unabhängig davon, ob sie vor Behandlungsbeginn beobachtet wurden oder nicht.

Die vier deutlichsten Veränderungen (definiert als Abnahme bei mindestens 10 von 35 Patienten) waren: „Reduktion bedrohlichen Verhaltens ohne Tätlichkeiten“ bei 21 (60 %) der 35 Patienten; bei einem Patienten nahm dieses Verhalten zu. „Gewalt gegen Mitpatienten“ verringerte sich bei 11 (31,4 %) der Untersuchten und nahm bei einem zu. „Sonstige aggressive Handlungen“ verringerten sich bei 11 (31,4 %) Personen. „Leichte Körperverletzungen“ wie Ohrfeigen o. ä. nahmen bei 10 (28,6 %) Patienten ab.

Insgesamt lagen für 28 Variablen Beobachtungswerte vor. Statistisch signifikante Veränderungen des jeweiligen Verhaltens nach Einnahme von Olanzapin wurden bei insgesamt 9 untersuchten Variablen (Signifikanzniveau 5 %) festgestellt (Tab. 1).

Nach sequentieller α -Bonferroni-Korrektur (Holm-Prinzip) zu $\alpha = 0,05$ (adjustierter α -Fehler für 28 Tests) waren allerdings nur noch die Reduktion „bedrohlichen Verhaltens ohne Tätlichkeiten“ und die Reduktion „sonstiger aggressiver Handlungen“ signifikant (Tab. 1).

Alle 31 untersuchten potentiellen Zwischenfälle sind nach der Größe des p-Wertes in Tabelle 1 aufsteigend dargestellt. Die potentiellen Zwischenfälle „vollendete Tötungen“, „Suizide“ und „gewalttätige sexuelle Übergriffe“ wurden nicht beobachtet.

Diskussion

Die Auswertungen unserer retrospektiven Beobachtung zeigen, daß Olanzapin das Verhalten einiger Maßregelvollzugspatienten, denen die Substanz unter antiaggressiven Gesichtspunkten gegeben wurde, positiv beeinflussen kann. Viele der untersuchten Zwischenfallvariablen [14, 15] traten seltener auf.

Am deutlichsten war die Abnahme bedrohlichen Verhaltens, welches sich bei 21 Patienten verringerte und nur bei einem zunahm. Gewalttaten traten bei 11 Patienten seltener auf. Daneben entfernten sich nach der Behandlung weniger Patienten ohne Genehmigung ihrer Therapeuten aus den Kliniken.

Unter einem Signifikanzniveau von 5 % waren nach α -Korrektur (Bonferroni-Holm) noch bei 2 Variablen („Bedrohliches Verhalten“, „Sonstige aggressive Handlungen“) signifikante Unterschiede zu erwarten.

Gleichwohl müssen sich auch die gefundenen Effekte nicht alle ausschließlich durch eine Verminderung von Aggressionen begründen lassen, wie am Beispiel des sich unerlaubten Entfernens aus der Klinik verdeutlicht werden soll. Eine plausible Erklärung wären auch reine Sedierungseffekte, die die Patienten dann abgehalten hätten, sich zu entfernen.

Grundsätzlich ist bedrohliches und aggressives Verhalten in der forensischen Psychiatrie ein häufigerer Grund für die Aufnahme einer Pharmakotherapie als in der Allgemeinpsychiatrie. In dieser Nachbeobachtung waren

Tabelle 1: Zwischenfälle [14, 15] geordnet nach Größe des p-Wertes (aufsteigend)

Tat	Unverändert	Abnahme	Zunahme	Fehlende Angaben	p-Wert	Signifikanz	Bonferroni-Holm
1. Bedrohliches Verhalten	13	21	1	0	0,0001	***	#
2. Sonstige aggressive Handlungen	23	11	0	1	0,001	***	#
3. Leichte Körperverletzung	25	10	0	0	0,002	**	n.s.
4. Entweichung (Gefahr)	26	9	0	0	0,0039	**	n.s.
5. Gewalt (allgemein)	23	11	1	0	0,0063	**	n.s.
6. Entweichung (Androhung)	28	7	0	0	0,0156	*	n.s.
7. Alkoholmißbrauch	27	7	0	1	0,0156	*	n.s.
8. Drogenmißbrauch	29	6	0	0	0,0313	*	n.s.
9. Eigentumsdelikte	29	6	0	0	0,0313	*	n.s.
10. Entweichung (durchgeführt)	30	5	0	0	0,0625	n.s.	n.s.
11. Tablettenmißbrauch	30	5	0	0	0,0625	n.s.	n.s.
12. Gewalt gegen das Personal	30	5	0	0	0,0625	n.s.	n.s.
13. Ausgang überzogen	27	6	1	1	0,125	n.s.	n.s.
14. Überziehen von Beurlaubungen	27	6	1	1	0,125	n.s.	n.s.
15. Zerstörung fremder Sachen	31	4	0	0	0,125	n.s.	n.s.
16. Zerstörung eigener Sachen	29	5	1	0	0,2188	n.s.	n.s.
17. Ernsthafter Suizidversuch	31	3	0	1	0,25	n.s.	n.s.
18. Selbstverletzung	32	3	0	0	0,25	n.s.	n.s.
19. Angedeuteter Suizidversuch	32	2	0	1	0,25	n.s.	n.s.
20. Schwere Körperverletzung	32	3	0	0	0,25	n.s.	n.s.
21. Tötungsversuche	33	2	0	0	0,5	n.s.	n.s.
22. Gewalttätige Eigentumsdelikte	33	2	0	0	0,5	n.s.	n.s.
23. Nicht gewalttätige sexuelle Übergriffe	33	2	0	0	0,5	n.s.	n.s.
24. Handel mit Drogen/Alkohol	33	2	0	0	0,5	n.s.	n.s.
25. Brandstiftungen	33	1	1	0	1	n.s.	n.s.
26. Entweichungsversuche	34	1	0	0	1	n.s.	n.s.
27. Fluchthilfe	34	1	0	0	1	n.s.	n.s.
28. Befürchtete sexuelle Übergriffe	34	1	0	0	1	n.s.	n.s.
29. Vollendete Tötungen	Keine						
30. Suizide	Keine						
31. Gewalttätige sexuelle Übergriffe	Keine						

* p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001; Vorzeichentest („sign-test“)

signifikant nach sequentieller α -Bonferroni-Korrektur (Holm-Prinzip) zu $\alpha = 0,05$; adjustierter α -Fehler für 28 Tests

Aggressionen in den 12 Wochen vor Behandlungsaufnahme Einschlußkriterium. Viele der anderen hier untersuchten Zwischenfallvariablen sind dagegen eher seltene Ereignisse und können mehr oder weniger als Ausdrucksform einer aggressiven Haltung interpretiert werden. Um deutliche Veränderungen erfassen zu können, wären in Zukunft längere Beobachtungszeiträume mit einer größeren Anzahl von Probanden notwendig.

Frühere Gewalttätigkeit ist nicht nur bei forensischen Patienten einer der wichtigsten Risikofaktoren zukünftiger Gewalttätigkeit [18, 19]. Innerhalb von Institutionen ist bedrohliches und aggressives Verhalten der häufigste Grund für Zwangsmaßnahmen [20]. Derartige eingreifende Maßnahmen können vermieden werden, wenn rechtzeitig adäquat und effektiv pharmakologisch interveniert werden kann.

Olanzapin hat bei einem Teil der Patienten dieser Nachbeobachtung zu einer Risikoreduktion geführt. In den 12 Wochen vor Behandlungsaufnahme war das Verhalten dieser Patienten problematischer als nach mindestens 12wöchiger Behandlung. Auch wenn der weitere Verlauf der Patienten hier nicht erfaßt werden konnte, ist möglicherweise damit eine erste Basis für weitere Interventionen geschaffen worden. Erst eine Abnahme bedrohlichen und aggressiven Verhaltens und eine Reduktion affektiver Spannung ermöglichen psychotherapeutische Interventionen. Sie ermöglichen Einsicht in problematische Fehlverhaltensweisen und überschießende Fehlreaktionen. Gerade der Aufbau der Einsichtsfähigkeit [21] mindert vor

allem bei schizophrenen Patienten das Risiko für Zwischenfälle.

Weitere bemerkenswerte Effekte konnten bezüglich des Substanzmißbrauchs gefunden werden, der bei Patienten mit antisozialen und psychopathischen Persönlichkeitszügen häufig ist [22]. Ob die Verringerung von der Klinik ausschließlich beobachtet oder auch durch seltener positive Alkohol- und Drogentests dokumentiert wurde, ist hier nicht bekannt geworden. Daß sich der Mißbrauch von Alkohol, Drogen und Tabletten bei einigen Patienten durch die Medikation verringerte, verbessert kurzfristig die Behandlungsprognose und senkt langfristig das Risiko für kriminelle Rückfälligkeit [18, 19].

Die gefundenen Effekte wurden bei allen Diagnosegruppen beobachtet. Eine andere Auswertung der Stichprobe ergab, daß prognostisch relevante klinische Risikovariablen durch den Einsatz von Olanzapin unabhängig von den psychiatrischen Diagnosen abnehmen [23].

Die vorhandenen methodischen Schwächen sind in Deutschland bei Untersuchungen an untergebrachten forensisch-psychiatrischen Patienten kaum zu umgehen. Ihnen kommt als schwächeren Mitgliedern der humanistischen Zivilisation besondere Fürsorge zu [16]. In diesem Spannungsfeld müssen auch bei freiwilliger Behandlung erhöhte Anforderungen an die Sicherheit eines Medikaments gestellt werden. Unter der Therapie mit modernen atypischen Neuroleptika wie Olanzapin wurden Nebenwirkungen beschrieben. Diese sind vor allem Gewichtszu-

nahme, metabolisches Syndrom bzw. Diabetes mellitus Typ II und Erhöhung des Prolaktinplasmaspiegels [24–27]. In dieser Arbeit wurden schwere Nebenwirkungen nicht systematisch erfaßt, aber von den Behandlern auch nicht berichtet. Aufgrund der potentiellen, wenn auch seltenen Nebenwirkungen von Olanzapin ist ein unkritischer Einsatz bei untergebrachten Patienten zu vermeiden. Zudem ist gerade bei der antiaggressiven Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit der Substanz Olanzapin zu bedenken, daß es sich (noch) um einen sogenannten „off-label-use“ handelt (Überblick zur Rechtsprechung bei [28]). Trotz der von uns beobachteten positiven Ergebnisse sollte nach Meinung der Autoren der Einsatz von Olanzapin bei persönlichkeitsgestörten Maßregelvollzugspatienten auf kritische Fälle, bei denen eine alleinige Psychotherapie nicht ausreicht und eine pharmakologische Behandlung unumgänglich ist, beschränkt bleiben.

Bei der vorgestellten retrospektiven Erhebung müssen einige, gleichwohl erhebliche Einschränkungen bedacht werden. Es konnte weder eine Korrelation zwischen psychopathologischem Befund und medikamentöser Behandlung berechnet werden, noch war eine Spezifizierung der Maßregelpatienten möglich. Medikamentöse Vorbehandlungen konnten nicht zuverlässig erfaßt werden. Letztendlich könnten die positiven Resultate neben der durch Olanzapin bedingten Symptomreduktion psychotischer Symptomatik auch überwiegend Sedierungseffekte sein und belegen somit noch keine antiaggressive Wirkung.

Eine entsprechende Differenzierung, so wünschenswert sie ist, konnte aufgrund der oben beschriebenen juristischen Grenzen nicht erfolgen. Eine entsprechende Untersuchung ist innerhalb der forensischen Psychiatrie kaum möglich. Es ist jedoch davon auszugehen, daß die medikamentöse Behandlung mit Olanzapin einigen Patienten zumindest geholfen hat, eine positive Entwicklung einzuleiten, Zwischenfälle zu vermeiden und ihr Verhalten über den Beobachtungszeitraum zu stabilisieren. Unsere Auswertung zeigt, daß atypische Neuroleptika hilfreich sein können, den Patienten die Kontrolle über ihr Verhalten wiederzugeben. Stone et al. [5] kritisierten kürzlich, daß Depot-Neuroleptika in forensischen Kliniken im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie noch relativ selten eingesetzt werden. Unsere Ergebnisse unterstützen vorsichtig die Meinung der Autoren, daß in Zukunft neben den oral einzunehmenden atypischen Neuroleptika auch den atypischen Depot-Neuroleptika eine vielversprechende Rolle bei der Behandlung von aggressiven Maßregelvollzugspatienten zukommen könnte. Gerade letztere Präparate böten eine günstige Kombination aus zuverlässig zu kontrollierender Verabreichung und antiaggressiver, kriminelle Rückfälligkeit vermindender Wirkung. Eine Depotform von Olanzapin ist momentan allerdings noch nicht erhältlich.

Literatur:

1. Schanda H. Die Behandlung gewalttätiger psychisch Kranker - eine Spezialaufgabe der forensischen Psychiatrie? *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2005; 4: 14–9.
2. Schanda H, Taylor P. Aggressives Verhalten psychisch Kranker im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69: 443–52.
3. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ* 2001; 323: 1093–6.
4. Pinals D, Buckley P. Novel antipsychotic agents and their implications for forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999; 27: 7–22.
5. Stone D, Niz D. Treatment considerations in the forensic patient with schizophrenia. *Curr Pharm Des* 2004; 10: 2263–7.
6. Volavka J, Czobor P, Nolan K, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citrome L, McEvoy J, Cooper T, Lieberman J. Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 225–8.
7. Janowsky D, Barnhill L, Davis J. Olanzapine for self-injurious, aggressive, and disruptive behaviors in intellectually disabled adults: a retrospective, open-label, naturalistic trial. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1258–65.
8. Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. Clinical case series of six extremely aggressive youths treated with olanzapine. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 138–41.
9. Goodnick P, Barrios C. Use of olanzapine in non-psychotic psychiatric disorders. *Expert Opin Pharmacother* 2001; 2: 667–80.
10. Bhana N, Foster R, Olney R, Plosker G. Olanzapine: an updated review of its use in the management of schizophrenia. *Drugs* 2001; 61: 111–61.
11. Briken P, Nika E, Krausz M, Naber D. Atypische Neuroleptika in der Behandlung von Aggressivität und Feindseligkeit bei schizophrenen Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 139–44.
12. Bitter I, Czobor P, Dossenbach M, Volavka J. Effectiveness of clozapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, and haloperidol monotherapy in reducing hostile and aggressive behavior in outpatients treated for schizophrenia: a prospective naturalistic study (IC-SOHO). *Eur Psychiatry* 2005; 20: 403–8.
13. Stadland C. Olanzapine and aggressive behavior in forensic-psychiatric patients. *Eur Psychiatry* 2005; 20 (Suppl 1): 204.
14. Groß G, Stübner S, Nedopil N, Steinböck H. Adverse incidents during the hospitalization of mentally ill offenders. Preliminary results of a clinical surveillance project – pt 2. In: 3rd Annual Congress of the International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS), Miami, 2003.
15. Stübner S, Groß G, Nedopil N, Steinböck H. Adverse incidents during the hospitalization of mentally ill offenders. Preliminary results of a clinical surveillance project – pt 1. In: 3rd Annual Congress of the International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS), Miami, 2003.
16. Huchzermeier C, Aldenhoff J. Zum gegenwärtigen Stand der forensischen Psychotherapie in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 374–84.
17. Nedopil N, Aldenhoff J, Amelung K, Eich F, Fritze J, Gastpar M, Maier W, Moller H. Competence to give informed consent to clinical studies. Statement by the Taskforce on “Ethical and Legal Questions” of the Association for Neuropsychopharmacology and Pharmacopsychiatry („Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie [AGNP]“). *Pharmacopsychiatry* 1999; 32: 165–8.

Dr. Cornelis Stadland

Geboren 1966. 1987–1992 Studium der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, praktisches Jahr in Münster und New York. Arzt im Praktikum in der Neurologie am Evangelischen Krankenhaus Unna. 1995–1999 Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der psychiatrischen Universitätsklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Promotion 1996: *Der Autismus-Fragebogen – Die Reliabilität und die Validität*.

Seit 2001 an der Abteilung für forensische Psychiatrie der psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Forschungsschwerpunkte: wissenschaftliche Untersuchung der Begutachtungspraxis und der Prognoseerstellung bei psychiatrischen Erkrankungen unter sozial-, zivil- und strafrechtlichen Gesichtspunkten etc.



18. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67: 247–52.
19. Stadtland C, Nedopil N. Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für kriminelle Rückfälle. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003; 71: 654–60.
20. Swanson J, Holzer C, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital Community Psychiatry* 1990; 41: 761–70.
21. Habermeyer E, Hoff P. Zur forensischen Anwendung des Begriffs Einsichtsfähigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72: 615–20.
22. Moller A, Hell D. Das gegenwärtige Verständnis des Psychopathiebegriffes in der forensischen Psychiatrie. Literaturübersicht und eigene Befunde. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69: 603–10.
23. Stadtland C, Nedopil N. Aggressivität von Maßregelvollzugspatienten vor und nach 12wöchiger Behandlung mit Olanzapin. *Psychopharmakotherapie* 2006; 13: 202–4.
25. Baptista T, Kin N, Beaulieu S, Baptista E. Obesity and related metabolic abnormalities during antipsychotic drug administration: mechanisms, management and research perspectives. *Pharmacopsychiatry* 2002; 35: 205–19.
26. Wetterling T. Diabetes mellitus Typ II – induziert durch „atypische“ Neuroleptika? *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003; 71: 312–22.
27. Fric M, Laux G. Prolaktinplasmaspiegel und Häufigkeit der endokrinologischen Begleitwirkungen unter Therapie mit den atypischen Neuroleptika. *Psychiatr Prax* 2003; 30 (Suppl 2): S97–S101.
28. Wetterling T. Rechtsprechung zur Verabreichung von Medikamenten außerhalb der zugelassenen Indikationsgebiete („off-label-use“). *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72: 255–9.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)