

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Die Bedeutung von Depotpräparaten
bei der antipsychotischen
Rückfallprophylaxe nach Entlassung
aus dem Maßnahmenvollzug gemäß § 21
Abs. 1 StGB: Ein forensischer
Fallbericht**

Bauer SM, Schanda H

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2010; 11 (4), 80-82

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,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Die Bedeutung von Depotpräparaten bei der antipsychotischen Rückfallprophylaxe nach Entlassung aus dem Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs. 1 StGB: Ein forensischer Fallbericht

S. M. Bauer, H. Schanda

Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien und Justizanstalt Göllersdorf

■ Einleitung

An Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis leidende Menschen weisen im Vergleich zur Normalbevölkerung ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten auf. Dies ist nicht, wie vielfach angenommen, ausschließlich auf allgemeine kriminogene Faktoren wie komorbiden Substanzmissbrauch bzw. komorbide (antisoziale) Persönlichkeitsstörungen zurückzuführen [1–3]. Dementsprechend sind psychotische Patienten in forensisch-psychiatrischen Populationen deutlich überrepräsentiert. In Österreich haben fast ¾ aller zurechnungsunfähigen Straftäter die Diagnose Schizophrenie, wobei der paranoide Subtyp überdurchschnittlich häufig zu finden ist. „Positive“ psychotische Symptome wie etwa Verfolgungsideen führen zu einer Erhöhung des Risikos für Gewalttaten, „negative“ Symptome zu einer Erniedrigung [4]. Ohne ausreichende medikamentöse Behandlung besteht eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit [5], vor allem bei bereits straffällig gewordenen Patienten bedeutet das die Gefahr der Verübung eines weiteren Delikts. Da in Österreich die Betreuung (bedingt) entlassener zurechnungsunfähiger Straftäter nicht nur in Spezial-, sondern auch in Allgemeinambulanzen und von niedergelassenen Fachärzten durchgeführt wird, soll im Folgenden die Bedeutung der konsequenten antipsychotischen Behandlung nach der Entlassung einer größeren Leserschaft anhand einer Fallvignette näher gebracht werden.

■ Die Geschichte des Herrn A.

Herr A. wurde 1952 geboren. Die Mutter litt an Depressionen, der Großvater mütterlicherseits beging Selbstmord. Herr A. besuchte nach Absolvierung der Pflichtschule 2,5 Jahre lang eine höhere technische Lehranstalt, brach diese Ausbildung jedoch nach einem Leistungsknick im 18. Lebensjahr ab. Danach arbeitete er als Hilfsarbeiter in verschiedenen Betrieben und versuchte ab 1979, in einer Abendschule die Matura nachzuholen. Von seinen Eltern, bei denen er bis zu seinem 30. Lebensjahr lebte, wurde er als zurückgezogener Einzelgänger ohne Freunde und soziale Kontakte beschrieben. Im Laufe der Zeit entstanden zunehmend Konflikte mit den Eltern. Herr A. bezichtigte sie, in seiner Abwesenheit seine persönlichen Sachen zu durchsuchen und seinem Arbeitgeber telefonisch Informationen über ihn zukommen zu lassen, weshalb er am Arbeitsplatz verspottet würde. Schließlich kam es 1982 nach massiven Drohungen gegen den Vater über den

Amtsarzt zur ersten stationären Behandlung im regionalen psychiatrischen Krankenhaus. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine floride psychotische Symptomatik, Herr A. wurde mit Haloperidol und einem Tranquilizer *per os* behandelt, die Entlassungsdiagnose lautete paranoide Schizophrenie. In den Dekursen wurde mehrfach auf die mangelnde medikamentöse Compliance hingewiesen. Nach der Entlassung zog Herr A. in eine eigene Garçonnière. Zwischen 1982 und 1985 erfolgten 5 weitere, durchwegs freiwillige stationäre Behandlungen. Den Krankengeschichten ist zu entnehmen, dass der Patient die verschriebenen Medikamente immer rasch abgesetzt hätte, worauf jeweils wieder paranoide Symptome (Vergiftungs-, Beeinflussungsideen, akustische Halluzinationen, transistivistische Erlebnisse) aufgetreten wären.

Im Sommer 1985, 6 Monate nach der letzten Entlassung, beging der mittlerweile 33-jährige Herr A. das zur Einweisung in die vorbeugende Maßnahme führende Delikt: Im Vorfeld wähnte er sich von den behandelnden Ärzten des Krankenhauses ferngesteuert und gefoltert und beschloss, aus Rache jemanden mit einem Messer zu töten und anschließend Suizid durch Nahrungskarenz zu begehen. Er hob seine gesamten Ersparnisse, umgerechnet etwa € 11.000,–, von seinem Bankkonto ab, nahm das Geld mit nach Hause, zerschnitt es mit einer Schere und spülte es die Toilette hinunter. Danach ging er zum Friseur und ließ sich den Kopf kahl scheren, damit ihn Polizisten nicht an den Haaren reißen könnten. Anschließend breitete er in seiner Wohnung Packpapier auf dem Bett aus, entzündete es und löste so einen Brand aus. Dann verließ er mit einem Messer bewaffnet die Wohnung und verletzte auf der Straße eine ihm unbekannte Frau und deren Kind durch mehrere Messerstiche lebensgefährlich, um sich danach widerstandslos von der Polizei festnehmen zu lassen, die ihn sofort in das regionale psychiatrische Krankenhaus brachte.

Bei der Aufnahme imponierte der Patient mutistisch und erhielt vorerst eine Infusionstherapie mit Antipsychotika. Eine ausführlichere Exploration war erst nach Tagen möglich. Herr A. berichtete über akustische Halluzinationen in Form von Männer- und Frauenstimmen und über Beeinflussungserlebnisse (an mehreren Körperstellen wurden ferngelenkt Schmerzen erzeugt). Er vermutete, dass anlässlich seines letzten stationären Aufenthalts eine Flüssigkeit über seinen Kopf geschüttet worden sei. Diese sei in sein Gehirn eingedrungen und hätte so Schmerzen im ganzen Körper verursacht. Die

anlässlich der letzten stationären Behandlung vorgeschriebene Medikation (3 mg Haloperidol p.o.) habe er bis 14 Tage vor dem Delikt eingenommen.

1986 wurde Herr A. nach § 21/1 StGB in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher eingewiesen und im Anschluss daran in die Justizanstalt (JA) Göllersdorf transferiert. Unter einer bereits im psychiatrischen Krankenhaus eingeleiteten Depotmedikation (150 mg Haloperidol-Decanoat in 2-wöchigen Abständen) sistierte die produktive Symptomatik weitestgehend. In der JA Göllersdorf wurde auf Drängen des Patienten die Depotmedikation versuchsweise auf eine orale Therapie umgestellt. Ein neuerliches Aufflammen der paranoiden Symptomatik – möglicherweise aufgrund mangelnder Compliance – führte wiederum zur Einstellung auf Haloperidol-Decanoat. Unter dieser Therapie war es Herrn A. möglich, eine Teilprüfung zur Matura abzulegen. Im weiteren Verlauf kam es nochmals zum Auftreten von Wahnsymptomen (Mitglieder des Stationspersonals würden ihn nachts betäuben und sein Gebiss ruinieren, indem sie seine Zähne abschleifen und aufbohren). Mit Ende 1987 klangen diese Symptome wiederum ab. Der Patient war seither zwar vordergründig kooperativ, eine tiefergehende Krankheitseinsicht konnte jedoch nicht erreicht werden. Innerhalb der nächsten Jahre waren die rehabilitativen Schritte soweit erfolgreich, dass Herr A. schließlich mit einer Medikation von Fluphenazin-Decanoat (100 mg 2-wöchentlich) 1991 bedingt in das regionale psychiatrische Krankenhaus entlassen werden konnte. Im anlässlich der Entlassung erstellten externen Gutachten wurde ausdrücklich auf die mangelnde Krankheitseinsicht und die Notwendigkeit der konsequenten Überwachung der medikamentösen Therapie hingewiesen.

Nach einem weiteren Jahr im psychiatrischen Krankenhaus wurde Herr A. mit unveränderter Medikation in ambulante Betreuung entlassen und zog in eine eigene Wohnung. Während der 10-jährigen Probezeit leistete er der gerichtlichen Auflage der Verabreichung des Depotpräparats Folge. Inwieweit die ursprüngliche, die weitestgehende Stabilität gewährleistende Dosierung beibehalten wurde, ist nicht bekannt. 1998 wechselte der Patient die Wohnung, nachdem er in seiner Nachbarin eine psychiatrische Krankenschwester erkannt zu haben glaubte. In der neuen Umgebung fühlte er sich allerdings ebenfalls bald durch eine Nachbarin beeinträchtigt. 2001, nach Ablauf der 10-jährigen Probezeit, erfolgte durch die betreuende Hausärztin auf Drängen des Patienten die Umstellung auf eine orale Therapie (2,5 mg Fluphenazin 3× täglich), die er jedoch nach anfänglich unregelmäßiger Einnahme schließlich ganz absetzte.

2003, 2 Jahre nach Ende der Probezeit und dem Absetzen der Depotmedikation, verübte Herr A. ein weiteres, dem ersten ähnliches Delikt, indem er versuchte, eine ihm unbekannte Frau durch Stiche mit einem Küchenmesser zu töten. Wie bei der ersten Tat begründete der Patient dies mit seinem Hass auf die Psychiatrie und seinem Wunsch, sich an der Gesellschaft zu rächen. Sein Opfer habe er zufällig ausgewählt. Bei der psychiatrischen Begutachtung beschrieb der Patient Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen und coenästhetische Halluzinationen. Nach der neuerlichen Einweisung gemäß § 21/1 StGB wurde Herr A. wiederum in die Justizanstalt

Göllersdorf transferiert. Bei der Aufnahme waren neben einer deutlichen Negativsymptomatik auch produktiv-psychotische Symptome vorhanden: Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, hypochondrische Ideen, Körperveränderungsgefühle (durch eine „Muskelschwundsalbe“ hätte sich seine Muskelmasse verringert) und transistivistische Erlebnisse (über einen Sender in der Nase könnten alle Menschen seine Gedanken lesen). Zur Vorgeschichte seiner Tat befragt berichtete Herr A., dass seine Gedanken nach dem Absetzen der Depotmedikation abgehört worden seien und die orale Medikation Schmerzen verursacht hätte, worauf er sie ebenfalls abgesetzt hätte.

Mittlerweile befindet sich Herr A. unter einer Medikation von 200 mg Haloperidol-Depot 2-wöchig, 500 mg Clozapin sowie Lamotrigin in einem stabilen Zustand. Nach wie vor besteht eine deutliche Minussymptomatik, produktiv-psychotische Symptome werden vom Patienten nicht berichtet, sind jedoch aufgrund seines Verhaltens nicht ganz auszuschließen.

■ Diskussion

Der an einer paranoiden Schizophrenie mit chronischem Verlauf und zunehmender Negativsymptomatik leidende Patient verletzte 2× ihm völlig fremde Personen im Versuch, sie zu töten, schwer. Nun stammen Opfer massiver Gewalttätigkeit psychotischer Patienten zum überwiegenden Teil aus dem nächsten Umfeld der Patienten [6, 7]. Bei Böker und Häfner kamen 60 % aus der Kernfamilie, 23 % waren Freunde und Bekannte, 7 % „Autoritätspersonen“, also etwa einschreitende Exekutivbeamte, und nur 9 % waren Fremde [6]. Anders ist dies bei psychotischen Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, bei denen auch besonders häufig ein komorbider Substanzmissbrauch vorliegt. In diesem Fall ist die Wahl des Opfers oft eher zufällig und ergibt sich etwa aus einem Streit bzw. einer daraus resultierenden tätlichen Auseinandersetzung [8]. In den Unterlagen unseres Patienten finden sich keine Hinweise für das Vorliegen eines komorbiden Substanzmissbrauchs oder für nicht mit der Grunderkrankung in Zusammenhang stehende dissoziale Verhaltensweisen. Die wiederholte massive Gewalttätigkeit ist vielmehr aus der (unzureichend bzw. nicht behandelten) psychotischen Symptomatik ableitbar, daher mag die Wahl der Opfer auf den ersten Blick verwundern. Jedoch sei daran erinnert, dass sich das aggressive Verhalten zunächst gegen den im gemeinsamen Haushalt lebenden Vater richtete. In weiterer Folge erschweren die Übersiedlung in eine eigene Wohnung und die seit Längerem bestehende Kontaktarmut bzw. das Rückzugsverhalten die Ausbildung enger, emotional besetzter Kontakte. Als Feindbild trat immer mehr die Psychiatrie in den Vordergrund. Das Motiv für beide Delikte war Rache an der Gesellschaft und im Besonderen an deren ihn unmittelbar beeinträchtigenden Vertretern bzw. Institutionen.

Wie eingangs erwähnt, ist die Fallgeschichte auch für in der Allgemeinpsychiatrie tätige Kollegen von Interesse, stellt doch die Verhinderung von gewalttätigem Verhalten psychisch Kranker – unabhängig von der Behandlung entlassener forensischer Patienten – eine in ihrer Bedeutung oft unterschätzte Aufgabe der Allgemeinpsychiatrie dar. Voraussetzung für eine suffiziente Behandlung ist allerdings die Kennt-

nis der Risikofaktoren. Bei Herrn A. lagen bereits anlässlich der ersten Hospitalisierung Informationen über aggressives Verhalten vor, den wichtigsten statischen Prädiktor für zukünftiges aggressives Verhalten. Weitere Risikofaktoren wie aktive Krankheitssymptome und vor allem Krankheitsuneinsichtigkeit sowie mangelhafte (medikamentöse) Compliance waren vor beiden Taten sämtlich bei Herrn A. vorhanden. Aus der Fallgeschichte ist die zentrale Bedeutung der antipsychotischen Rückfallprophylaxe ablesbar. Im Rückblick war die Compliance unseres Patienten nur für den Zeitraum der Probezeit gegeben, wobei 2 Faktoren von zentraler Bedeutung waren: (1) der im Rahmen der Probezeit ausgeübte „Zwang“ zur Akzeptanz der Medikation und (2) der Umstand, dass bei der antipsychotischen Rezidivprophylaxe ein Depotpräparat zur Anwendung kam.

Das tatsächliche Ausmaß von Noncompliance psychotischer Patienten ist deutlich größer als vielfach angenommen [9]. Die Realität ist einigermaßen ernüchternd, da Compliance zumeist nur in weniger als der Hälfte der Fälle gegeben ist [5]. Darüber hinaus sind viele Kollegen trotz (teilweiser) Kenntnis der grundsätzlich niedrigen Complianceraten oft der Überzeugung, dass sich ihre eigenen Patienten diesbezüglich anders verhalten und die ihnen verschriebenen Medikamente sehr wohl einnehmen würden [10]. Peroral verabreichte Antipsychotika der zweiten Generation sind entgegen vielfach vertretener Meinung trotz ihres günstigeren Nebenwirkungsprofils nicht in der Lage, die Compliance zu verbessern [11]. Aus diesem Grund stellen Depotpräparate in vielen Fällen auch außerhalb der forensischen Psychiatrie das Mittel der Wahl zur Rückfallprophylaxe dar [5]. Natürlich ist die Verabreichung einer Depotformulierung keine Garantie für Rückfallfreiheit, in etwa 25 % der Fälle sind auch unter Depot psychotische Exazerbationen zu beobachten [12]. (Die Frage, in welchem Ausmaß dies auf möglicherweise zu geringe Dosierungen zurückzuführen ist, kann nicht beantwortet werden.) Jedoch ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt, dass im Hinblick auf Compliance und Rückfallraten Depotpräparate einer oralen antipsychotischen Medikation deutlich überlegen sind – dies gilt auch für den Vergleich von Depots der ersten Generation mit peroralen Antipsychotika der zweiten Generation [5, 13, 14].

In Österreich kann seit 2002 die Probezeit bei entlassenen Maßnahmepatienten mit fehlender Krankheitseinsicht und bekannter Noncompliance auf gesetzlicher Basis verlängert werden. Dieser Schritt hätte – vor allem in Hinblick auf die dadurch gesicherte Weiterführung der Depotbehandlung – für unseren Patienten die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht, weiterhin rückfallfrei und vor allem ohne Verübung eines neuerlichen schweren Delikts in Freiheit leben zu können.

Jenseits der besonderen Situation der Nachbetreuung von aus der vorbeugenden Maßnahme entlassenen Patienten sind aus dem vorgestellten Fall für die in der Allgemeinpsychiatrie Tätigen folgende Schlüsse zu ziehen:

1. Das Ausmaß von Noncompliance schizophrener Patienten und die durch Absetzen der Medikation bzw. zu kurze Behandlungsdauer entstehenden negativen Konsequenzen werden massiv unterschätzt.
2. Bei Patienten mit häufigen Episoden bzw. solchen, die während Episoden selbst- oder fremdgefährliches Verhalten zeigen, sollte eine Rezidivprophylaxe von unbegrenzter Dauer, möglicherweise sogar lebenslang, erfolgen, da weiterführende sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen meist erst auf Basis einer konsequenten medikamentösen Langzeitbehandlung möglich werden.
3. Depotpräparate sind in der Mehrzahl der Fälle das Mittel der Wahl zur Langzeitbehandlung schizophrener Psychosen.
4. Das Ausmaß, in welchem Depotpräparate zum Einsatz kommen, hängt nicht nur von den Präferenzen der Patienten, sondern auch ganz wesentlich von den Kenntnissen und der grundsätzlichen Einstellung der für die medikamentöse Therapie Verantwortlichen zu Depotformulierungen ab [5].

Literatur:

1. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 840–5.
2. Schanda H. Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit: Studiendesigns, methodische Probleme, Ergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; 74: 85–100.
3. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6: e1000120.
4. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, Stroup TS, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 490–9.
5. Schanda H, Stompe T. Ist unsere Praxis der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Psychosen wirklich evidenzbasiert? *Neuropsychiatrie* 2010; 24: 14–26.
6. Böker W, Häfner H. Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1973.
7. Nordström A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 326–30.
8. Joyal CC, Putkonen P, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004; 34: 433–42.
9. Byerly M, Fisher R, Whalley K, Holland R, Varghese F, Carmody T, Magouirk B, Rush AJ. A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005; 133: 129–33.
10. Heres S, Hamann J, Kissling W, Leucht S. Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1948–53.
11. Valenstein M, Ganoczy D, McCarthy JF, Myra Kim H, Lee TA, Blow FC. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1542–50.
12. Schooler NR. Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (Suppl 16): 14–7.
13. Müller P, Nerenz H, Schaefer E. Rehospitalisierungsrisiko unter atypischen Neuroleptika und typischen Depotneuroleptika – ein Beitrag zur Differentialindikation. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 388–91.
14. Gutwinski S, Müller P, Koller M. Rehospitalisierungsfreie Intervalle bei schizophrenen Patienten unter oralen Atypika versus herkömmlichen Depotneuroleptika. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 289–91.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Susanne M. Bauer

Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Medizinische Universität Wien

A-1090 Wien

Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: susanne.m.bauer@meduniwien.ac.at

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](#)