

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Forensischer Fallbericht:
Psychiatrische Versorgung im Wandel
der Zeit am Beispiel der
Lebensgeschichte eines forensischen
Patienten**

Cerny G, Schanda H

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2011; 12 (3), 300-304

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!*



Psychiatrische Versorgung im Wandel der Zeit am Beispiel der Lebensgeschichte eines forensischen Patienten

G. Cerny, H. Schanda

Aus der Justizanstalt Göllersdorf und der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

■ Einleitung

Mittlerweile ist hinreichend belegt, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten haben [1]. Dementsprechend sind Patienten mit dieser Diagnose im österreichischen Maßnahmenvollzug deutlich überrepräsentiert. 75 % aller zurechnungsunfähigen Insassen (§ 21/1 StGB) leiden an Schizophrenie, wobei sich der paranoide Subtypus vor allem bei Patienten mit schwerer Gewaltdelinquenz besonders häufig findet [1, 2]. Im Folgenden werden der lebenslange Krankheitsverlauf eines an paranoider Schizophrenie leidenden Patienten und sein Weg durch die verschiedenen Institutionen im Zuge der sich allmählich wandelnden Versorgungssituation beschrieben. Grundlage dafür waren die zur Verfügung stehenden Krankengeschichten und Gutachten sowie die zahlreichen, anlässlich seiner beiden Aufenthalte in der Justizanstalt Göllersdorf durchgeführten Explorationen. Zur Rekonstruktion der jahrzehntelangen Vorgeschichte waren wir vor allem auf erstere angewiesen, da die vom Patienten selbst stammenden Angaben wechselten und mit den dokumentierten Informationen oft nicht übereinstimmten. Vor allem für jüngere Kollegen, welche die traditionelle Anstaltspsychiatrie lediglich vom Hörensagen kennen, soll dieser Fall illustrieren, wie sich der Umgang mit „schwierigen“ Patienten in den vergangenen 50 Jahren geändert hat. Darüber hinaus ist aus der Fallgeschichte abzulesen, dass auch in Zeiten der evidenzbasierten Medizin, welche unser Handeln auf rationale und überprüfbare Grundlagen stellen sollte, manchmal Probleme auftreten, wenn es gilt, realitätsgerecht zu handeln.

■ Biographie

Herr M. wurde im Frühsommer 1929 als drittes von 7 Kindern geboren. Als er 11 Jahre alt war, fiel ein älterer Bruder im Zweiten Weltkrieg, im gleichen Jahr verstarb sein Vater durch Ertrinken im alkoholisierten Zustand. Die Familie wurde von der als Schneiderin arbeitenden Mutter versorgt. Herr M. besuchte die Volks- und Hauptschule, beendete im 17. Lebensjahr erfolgreich eine Lehre als Elektromechaniker und trat eine Stelle im technischen Büro eines großen österreichischen Unternehmens an. 1953, in seinem 24. Lebensjahr, gab er diese Position auf und zog nach Zürich, um dort als Elektriker zu arbeiten. In dieser Zeit traten erstmals paranoide Symptome auf. 1954 kehrte Herr M. nach Österreich zurück und wurde kurz darauf mit der Diagnose paranoide Schizophrenie im regionalen psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen. Er gab an, sein Arbeitgeber habe ihn mithilfe von „Wellenbestrahlungen“ sterilisieren wollen, da er einen zu tiefen Einblick in

dessen Betrieb bekommen hätte. Herr M. wurde einer Elektrokrampfbehandlung unterzogen, worauf eine Besserung der Symptomatik eintrat.

Zwei Jahre später, in seinem 26. Lebensjahr, zog Herr M. erneut nach Zürich und heiratete dort. Er arbeitete wiederum als Elektriker, wechselte aber häufig den Arbeitsplatz. Noch im selben Jahr wurde er – möglicherweise aufgrund einer damals bestehenden psychotischen Symptomatik (?) – aus der Schweiz ausgewiesen. Seine Frau, die ihm in der Zwischenzeit einen Sohn geboren hatte, ließ sich 3 Jahre später (1959) von ihm scheiden. Er hatte mittlerweile eine neue Lebensgefährtin gefunden, zog mit dieser nach Bayern und wurde erneut Vater.

1960 wurde Herr M. in Österreich von der Gendarmerie aufgegriffen und wegen unerlaubten Waffenbesitzes zu 6 Monaten Haft verurteilt. Er berichtete später, dass er im Gefängnis durch „Knallgas, Chlorgas und verschiedene Zusätze“ beeinflusst worden wäre. 1962 ging er erneut in die Schweiz, wurde dort nach seinen Angaben wegen nicht bezahlter Alimente inhaftiert, nach Österreich abgeschoben und hier kurze Zeit später mit einer akuten psychotischen Symptomatik (Erregung, zerfahrener Ductus, Wahnideen, Halluzinationen, Manierismen) in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert. Er entzog sich mehrfach der medikamentösen Behandlung und entwich im Frühjahr 1964 nach 6-monatigem stationärem Aufenthalt. Die daraufhin von den behandelnden Ärzten verständigte Gendarmerie griff ihn bereits am darauffolgenden Tag bei seiner Mutter auf und brachte ihn in das Krankenhaus zurück. Ein halbes Jahr später entwich er neuerlich und reiste 9 Monate – teils zu Fuß, teils aufgestohlenen Fahrrädern – durch Österreich, Deutschland, Belgien, Frankreich und die ehemalige DDR. Er fand zeitweise Arbeit, fühlte sich ständig Radar- und Röntgenstrahlen ausgesetzt und fiel unter anderem dadurch auf, dass er gegen die Bestrahlung einen selbst angefertigten Helm aus Bleiblech mit der Aufschrift „Osterbotschaft, Schutz gegen Atom“ trug. Schließlich wurde er in der DDR festgenommen, nach Österreich abgeschoben und wiederum in stationäre psychiatrische Behandlung gebracht. Zu diesem Zeitpunkt bestand ein ausgedehntes, fixiertes Wahnsystem, welches trotz antipsychotischer Medikation und Elektrokrampftherapie persistierte. Nach der Transferierung in das regionale psychiatrische Krankenhaus trat langsam eine Beruhigung ein, Herr M. zeigte sich etwas kooperativer, bekam Ausgänge und konnte schließlich im November 1965, nach 6 Monaten stationärer Behandlung, regulär entlassen werden.

Er arbeitete in den folgenden 10 Monaten in wechselnden Anstellungsverhältnissen, wurde jedoch im September 1966

wegen einer Exazerbation der psychotischen Symptomatik mit Denkstörungen, akustischen, optischen und coenästhetischen Halluzinationen sowie Beeinträchtigungs- und Beeinflussungsideen in stark erregtem Zustand erneut aufgenommen und antipsychotisch behandelt. Zu diesem Zeitpunkt war Herr M. bereits beschränkt entmündigt. Im Jänner 1967 flüchtete er aus dem psychiatrischen Krankenhaus, wurde jedoch einen Tag später von der Gendarmerie wiederum zurückgebracht und verblieb für weitere 1,5 Jahre in stationärer Behandlung. Im Sommer 1968 entwich er erneut, stahl ein Fahrrad und fuhr mit diesem in ein anderes Bundesland, wo er sofort Arbeit in einer Kfz-Werkstatt fand. Im Rahmen der nach seiner Flucht eingeleiteten Fahndung wurde er jedoch bereits nach wenigen Tagen von der Gendarmerie aufgegriffen und erneut in stationäre Behandlung gebracht. Im darauffolgenden Jahr kam es zu weiteren Fluchtversuchen, die Herrn M. per Fahrrad einmal sogar bis nach Montenegro führten. Während des stationären Aufenthalts wurden durchgehend Wahnideen und Körperbeeinflussungserlebnisse beschrieben. Herr M. fühlte sich von Laserstrahlen beeinträchtigt, steckte sich zum Schutz Stanniolpapier und Filmrollen ins Haar und an die Kleidung und äußerte die Überzeugung, dass ihm eine Frau seinen Samen „abziehen“ wolle. Durch die medikamentöse Behandlung konnte die längste Zeit lediglich eine gewisse Reduzierung der Wahndynamik erreicht werden. Nachdem schließlich doch eine Zustandsbesserung eintrat, wurde Herr M. – nach einem durch zahlreiche Fluchtversuche unterbrochenen, insgesamt mehr als 3 Jahre dauernden stationären Aufenthalt – schließlich im Dezember 1969 entlassen.

In den folgenden Jahren wechselte er häufig Wohnort und Arbeitsplatz und ging auch wiederum eine Beziehung zu einer Frau ein. Aufgrund von Exazerbationen der paranoiden Symptomatik waren mehrfach stationäre Behandlungen erforderlich, immer wieder kam es dabei auch zu Entweichungen. Anlässlich einer dieser Absenzen gelang es dem inzwischen voll entmündigten Patienten sogar, seine Freundin standesamtlich zu heiraten; die Ehe wurde in der Folge annulliert.

1973 bestellte Herr M. bei einer Hamburger Firma diverse Röhren, um einen Apparat zu konstruieren, mit dem er sich vor Laserstrahlen und Radioaktivität schützen wollte. Ein Jahr später (1974) errichtete er in seinem Haus eine Sendeanlage mit mehreren Kilometern Reichweite und sendete auf der Frequenz von „Ö3“ sein eigenes Programm, das er „Knecht 1“ nannte. Er hielt faselige Vorträge über Panzerfäuste, Antibabypillen, Laserstrahlen und verbreitete Hasstiraden gegen Bischöfe und die Kirche. Erst nach 3 Monaten wurde sein Piratensender lokalisiert. Als ihn Beamte der Post aufsuchten, ging er auf diese mit Messer und Hacke los. Beim Eintreffen der daraufhin verständigten Gendarmerie hatte Herr M. bereits seinen Gartenzaun unter Strom gesetzt. Er verbarrikadierte sich im ersten Stock des Hauses und verbreitete über seinen Sender die Nachricht „SOS, die Gendarmerie macht einen Raubüberfall!“. Als die Gendarmen sich dem Haus näherten, attackierte Herr M. sie mit einer Mistgabel. Er wurde schließlich unter Einsatz von Tränengas überwältigt und ohne weitere Formalitäten in das regionale psychiatrische Krankenhaus gebracht. Zu diesem Zeitpunkt war er erregt, massiv denkgestört, berichtete über eine Fülle von Wahnideen und Körperbeeinflussungserlebnissen und zeigte weder

Krankheitseinsicht noch Kooperationsbereitschaft. In der Krankengeschichte wurde bereits eine beginnende Residualsymptomatik beschrieben, das Verhalten des Patienten war jedoch trotzdem durch Unstetigkeit, bemerkenswerte Agilität und Ausdauer im Kampf gegen seine Verfolger geprägt. Dokumentiert sind Hassgefühle gegenüber jeder Art von Behörde und jeglichem Ordnungsprinzip. Nach nur 5-wöchiger stationärer Behandlung hatte sich der Zustand von Herrn M. so weit gebessert, dass er regulär entlassen wurde.

In den folgenden 3 Jahren arbeitete er zum Teil als Elektriker, zum Teil in einer eigenen kleinen Landwirtschaft. Im Sommer 1978 kam es schließlich zur Eskalation. Herr M. bedrohte seinen Untermieter, der im Laufe der Zeit zunehmend in das Zentrum der paranoiden Symptomatik gerückt war, mit dem Umbringen, worauf dieser die Gendarmerie verständigte. Der mittlerweile 51-jährige Patient verschanzte sich im Gebäude und feuerte 20 Schüsse auf die sich nähernden Beamten ab, von denen 2 schwer und 3 leicht verletzt wurden. Als die Gendarmerie das Feuer erwiderte, erlitt Herr M. selbst einen Lungendurchschuss sowie eine Schussverletzung an der linken Schulter, woraufhin er sich widerstandslos festnehmen ließ und nach Versorgung seiner Verletzungen in das regionale psychiatrische Krankenhaus eingeliefert wurde. Nach der vorläufigen Anhaltung gemäß § 429/4 StPO wurde er 1980 wegen mehrfachen Mordversuch, gefährlicher Drohung und Widerstand gegen die Staatsgewalt nach § 21/1 StGB in die vorbeugende Maßnahme eingewiesen. Im Einweisungsgutachten wurde ausdrücklich auf die „streitbare Grundeinstellung“ und die „krankheitsbedingte hemmungslose Aggression“ hingewiesen.

In den folgenden Jahren war Herr M. in der damals einzigen in einem psychiatrischen Krankenhaus existierenden Abteilung für geistig abnorme Rechtsbrecher (Pavillon 23 des nunmehrigen Otto-Wagner-Spitals in Wien) untergebracht. Er war durchgehend psychotisch und gab unter anderem an, von „300 schwarzen Schwestern“ durch „Laserstrahlen“ und „Molekularwaffen“ belästigt zu werden. Teile seines immer unorganisierter werdenden Wahns richteten sich auch gegen die Bezirkshauptmannschaft und den Klerus. Zu dieser Zeit bestanden bereits deutliche Symptome eines schizophrenen Residuums. Herr M. wurde depotneuroleptisch mit Fluphenazin und Clopenthixol behandelt. 1985 erfolgte die Überstellung in die kurz zuvor eröffnete Justizanstalt Göllersdorf, wo es innerhalb weniger Wochen zu einer massiven Exazerbation der psychotischen Symptomatik kam. Der Patient verspürte die Treffer von Laserstrahlen im Bauch, das sei das Werk von „Pfaffen und Nonnen“. Nach einer Erhöhung der Fluphenazin-Depotdosis trat die paranoide Symptomatik zwar in den Hintergrund, Herr M. blieb jedoch weiterhin völlig ablehnend und krankheitsuneinsichtig. Der Versuch einer Reduktion der Depotdosis musste aufgrund einer raschen Zunahme der Symptome abgebrochen werden. Im Laufe der Zeit kam es bei zunehmendem Residuum doch zu einer gewissen Stabilisierung, und schließlich verhielt sich der Patient soweit kooperativ, dass erste sozialrehabilitative Schritte eingeleitet werden konnten. Sechs Jahre später (1991) wurde er mit einer höheren Dosis Fluphenazin-Decanoat in deutlich gebessertem Zustand in das regionale psychiatrische Krankenhaus transferiert, dort einige Monate später auf eine offene

Station verlegt, schließlich nach 2 weiteren Jahren 1993 unter Fluphenazin-Decanoat bedingt aus der Maßnahme entlassen und in einem Wohnheim untergebracht. In den beiden in diesem Zusammenhang eingeholten Gutachten wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Abbau der spezifischen Gefährlichkeit des inzwischen 64-jährigen Patienten nur durch eine „lebenslange Kontinuität“ der depotneuroleptischen Behandlung gewährleistet sei.

Die Verabreichung der Depotinjektionen erfolgte durch einen niedergelassenen Facharzt, der eine erneute Exazerbation der paranoiden Symptomatik ambulant behandeln konnte. Nach psychopathologischer Stabilisierung erhielt Herr M. im Frühjahr 1994 eine eigene Wohnung, womit auch ein Wechsel der fachärztlichen Betreuung einherging. Im Oktober 1995 stellte er einen Antrag auf Aufhebung der Weisung, welcher abgelehnt wurde. Im März 1996 berichtete die Bewährungshilfe dem Gericht, dass sich Herr M. zunehmend non-compliant verhalte. Er wurde daraufhin förmlich ermahnt, was jedoch an seiner Haltung nichts änderte. Ab Mitte November 1996 erschien er nicht mehr zu den vereinbarten fachärztlichen Kontrollen. Eine erneute Mahnung durch das von diesem Umstand informierte Gericht erfolgte erst 5 Monate später (!), im April 1997. Kurz darauf kam ein in der Zwischenzeit aufgrund der beschriebenen Probleme von Gericht beauftragter Gutachter trotz Kenntnis der Vorgeschichte überraschenderweise zu dem Schluss, dass es möglich sei, „dass der Patient auch ohne weitere (medikamentöse) Behandlung auskommt, ohne dass die Gefährlichkeit wieder auflebt.“

Nur wenige Tage nach dieser gutachterlichen Feststellung stellte Herr M. den Antrag auf Ausstellung einer Waffenbesitzkarte (!), der abschlägig entschieden wurde. Andere behördliche Schritte erfolgten nicht. Weitere 4 Monate später wurde der Patient von der Polizei in seiner Wohnung aufgegriffen, nachdem er am Bahnhof seines Wohnortes mit einer offenbar illegal erworbenen Waffe gesichtet worden war. Die Beamten fanden bei ihm tatsächlich eine geladene Schrotflinte sowie ein weiteres Gewehr mit Munition. Herr M. verhielt sich aggressiv und wurde – nach mittlerweile 10 Monaten ohne jede Behandlung – in gespanntem psychotischem Zustand in das regionale psychiatrische Krankenhaus eingewiesen. Der im Rahmen des Unterbringungsverfahrens bestellte Gutachter – derselbe, der das Gutachten in Zusammenhang mit der Frage der Fortsetzung der Depotmedikation erstellt hatte – widerrief seine kurz zuvor dokumentierte Meinung und wies ausdrücklich auf die „hoch gespannte und gefährliche Situation“ hin, worauf die vorläufige Unterbringung für zulässig erklärt wurde. Da Herr M. bei der Verhandlung jedoch versicherte, sich in Zukunft ambulant behandeln zu lassen, hob das Zivilgericht unter Nichtbeachtung der Vorgeschichte die Unterbringung nach 3 Wochen wieder auf. Dem Rekurs des Abteilungsleiters des psychiatrischen Krankenhauses wurde keine aufschiebende Wirkung zuerkannt.

Herr M. verweigerte auch weiterhin jede Behandlung. Vorführungsversuche vor Gericht blieben erfolglos, da er die Wohnungstüre nicht öffnete. Weitere Schritte wurden vonseiten der Behörden nicht gesetzt. Einen Monat später, im Oktober 1997, schoss Herr M. vor seinem Wohnhaus mit einem Kleinkalibergewehr um sich. Er wurde daraufhin festgenommen,

in seiner Wohnung wurden ein zweites Gewehr mit 50 Schuss Munition sowie eine Axt sichergestellt. Es erfolgte die neuerliche Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus, wo sich Herr M. unter einer antipsychotischen Therapie rasch beruhigte. Mittlerweile hatte das zuständige Strafgericht den Widerruf der bedingten Entlassung aus der Maßnahme eingeleitet, wogegen Herr M. sofort Beschwerde einlegte. Trotz Kenntnis der Vorgeschichte und der aktuellen Situation wurde er von den Verantwortlichen des psychiatrischen Krankenhauses noch vor der endgültigen strafrechtlichen Entscheidung im Dezember 1997 nach Hause entlassen. Kurze Zeit später erfolgte die Bestätigung des Widerrufs der bedingten Entlassung durch das Oberlandesgericht und Herr M. wurde im Jänner 1998 erneut, diesmal im Rahmen der Maßnahme, in das psychiatrische Krankenhaus eingeliefert und bald darauf in die Justizanstalt Göllersdorf überstellt.

Im darauffolgenden Jahr verschlechterte sich der körperliche Zustand des Patienten rapide. Die psychotische Symptomatik trat in den Hintergrund und wich zunehmend den Zeichen einer vaskulären Demenz. Herr M. erblindete, war zeitlich und örtlich desorientiert, wurde pflegebedürftig und konnte im Frühsommer 2000, in seinem 71. Lebensjahr, bedingt aus der Maßnahme entlassen und in das regionale psychiatrische Krankenhaus transferiert werden, von wo seine Verlegung in eine Betreuungseinrichtung erfolgte.

■ Diskussion

Bei Herrn M. traten etwa im 24. Lebensjahr Symptome einer paranoid schizophrenen Erkrankung auf, die in den ersten beiden Jahrzehnten durch unterschiedlich lange Perioden relativer Unauffälligkeit gekennzeichnet war. Der anfangs noch als systemisiert beschriebene Wahn zeigte im Laufe der Zeit zunehmende Zeichen der Desorganisation, ab Mitte der 1980er-Jahre bot der Patient das Bild eines paralogischen unorganisierten Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahns mit einer Fülle produktiver Symptome, der sich mit den Jahren im Rahmen eines zunehmenden Residuums langsam auflöste. Während der auch noch im höheren Alter auftretenden Exazerbationen standen Erregung, massive Denkstörungen und Aggressivität im Vordergrund. Der Verlauf war die längste Zeit durch die ausgeprägten aggressiv-kämpferischen Persönlichkeitszüge und die lange anhaltende, relativ hohe soziale Kompetenz geprägt. Herr M. fand trotz seiner reichen Psychopathologie und der daraus resultierenden Probleme erstaunlicherweise immer wieder rasch Arbeit, war in der Lage, länger dauernde Beziehungen zu Frauen aufrecht zu erhalten und wurde auch Vater mehrerer Kinder. Die erwähnten Persönlichkeitszüge blieben auch in der zweiten Hälfte seiner Erkrankung trotz einer sich vor allem im affektiven Bereich äußernden Minussymptomatik erhalten und wurden erst im höheren Alter durch das Einsetzen einer rasch fortschreitenden Demenz überlagert.

Aus den Krankengeschichten ist der sich langsam wandelnde Umgang der Psychiatrie mit Patienten wie Herrn M. ablesbar (Abb. 1). Die erste stationäre Behandlung erfolgte noch in der Prä-Neuroleptika-Ära. Ab der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre war zwar bereits eine medikamentöse antipsychotische Behandlung möglich und wurde natürlich bei unserem Patienten

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Gesetzliche Änderungen			1975 Strafrechts- reform	1984 Sachwalter- schaftsrecht	1991 UbG	1997 LKF	
Psychiatrie- reform (Betten, Aufnahmen)			1970 11.851 Betten		1992 6.282 Betten	2002 4.496 Betten	
			1970 25.093 Aufnahmen/a (70 % unfreiwillig)		1992 37.717 Aufnahmen/a (15 % unfreiwillig)		2007 64.916 Aufnahmen/a (27 % unfreiwillig)
Behandlungs- dauer (Ø Tage)			1970 167		1990 54	1997 20,9	2005 16,6
Anti- psychotika peroral	~ 1955 Chlorpromazin	1966 Haloperidol	1972 Clozapin		1994 Risperidon		
Depot-Anti- psychotika		~ 1966 Fluphenazin- oenanthat	1976 Fluphenazin- decanoat	1984 Haloperidol- decanoat		2002 Risperidon- Mikrospheres	2010 Olanzapin- Pamoat

Abbildung 1: Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich: gesetzliche Veränderungen, Eckpunkte der Reformen und Markteinführung von Antipsychotika. UbG = Unterbringungsgesetz; LKF = Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung

anlässlich der zahlreichen stationären Aufenthalte auch immer wieder eingeleitet, aufgrund seiner ablehnenden Haltung ist allerdings kaum anzunehmen, dass er sie nach den Entlassungen auch fortsetzte – zumindest finden sich in den Krankengeschichten keine diesbezüglichen Hinweise. Die Spitalsbehandlungen dauerten in Zeiten der traditionellen Anstaltspsychiatrie – nicht zuletzt aufgrund des Fehlens ambulanter Versorgungsstrukturen – oft mehrere Jahre. Im Falle der Entweichung von Risikopatienten wurde vonseiten des psychiatrischen Krankenhauses üblicherweise die Exekutive verständigt, welche die Wiedereinbringung aktiv betrieb. Das geschah auch bei Herrn M., der mehrfach nicht nur von Ausgängen entwich, die damals auch im geschlossenen Bereich untergebrachten Patienten gewährt wurden, sondern auch direkt von der Abteilung – z. B. durch Entfernen der Fenstergitter – ausbrach.

Bemerkenswert ist der Umstand, dass sogar im Falle eines spektakulären Zwischenfalls mit strafbaren Handlungen von erheblichem Gefährdungspotenzial (Attackieren von Postbeamten und Gendarmen mit Messer, Hacke und Mistgabel) keine strafrechtlichen Konsequenzen erfolgten. Der Vorfall fand im Jahr 1974 statt, also ein Jahr vor der Strafrechtsreform, im Rahmen derer der Umgang mit psychisch kranken Straftätern gesetzlich neu geregelt wurde. Auch damals war in vergleichbaren Fällen das übliche Vorgehen die Einleitung eines Strafverfahrens. Für den Fall der gutachterlich bestätigten Zurechnungsunfähigkeit wäre das Verfahren eingestellt und der Patient ohne weitere gerichtliche Kontrolle einer (geschlossenen) allgemeinpsychiatrischen Einrichtung überantwortet worden. In unserem Fall wurde allerdings auch dieser Schritt unterlassen, Herr M. wurde vielmehr – möglicherweise aufgrund der Überlegung, dass das Einleiten strafrechtlicher Schritte keine Änderung des praktischen Vorgehens bedeutet hätte – ohne weitere Konsequenzen der Psychiatrie übergeben, welche das durchaus akzeptierte.

Letzterer Umstand wird üblicherweise als Beweis für die (ausschließlich negativ konnotierte) paternalistische Einstellung der „alten“ Anstaltspsychiatrie angesehen – eine Interpretation, die sich mit der der antipsychiatrischen Bewegung der 1960er-Jahre trifft. Es sei daran erinnert, dass die Vertreter der Antipsychiatrie Psychiater als Handlanger der Gesellschaft ansahen, die primär die Aufgabe hätten, abweichendes Verhalten zu pathologisieren und dagegen disziplinär vorzugehen [3]. Ein anderer Schluss wäre allerdings auch, dass sich die damals in der Allgemeinpsychiatrie tätigen Kollegen für die umfassende Versorgung aller Patienten – also auch solcher wie Herrn M. – verantwortlich fühlten.

Die heutige Situation ist völlig anders: Die formalen Regelungen (Unterbringungsgesetz) sind eindeutiger, die Grauzonen geringer, die Zuständigkeiten innerhalb unseres sich in immer mehr Subdisziplinen aufspaltenden Faches klarer. Die Zuständigkeit für Patienten wie Herrn M. lag zwischen 1978 und 1993 eindeutig bei der forensischen Psychiatrie. Während der Zeit, die der Patient im Maßnahmenvollzug verbrachte, hatte sich die allgemeinpsychiatrische Versorgung in Österreich grundlegend gewandelt (Abb. 1). Als nach anfänglich mehr oder minder ungestörtem Verlauf der Nachbetreuung 1996 erste Probleme auftraten, zeigten sich die mittlerweile entstandenen Defizite des allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystems im Umgang mit (anfangs vielleicht nicht immer aggressiven, sondern zunächst lediglich) „schwierigen“ Patienten [4, 5]. Zum Zeitpunkt der Entlassung von Herrn M. aus dem Maßnahmenvollzug existierten zwar bereits ausreichende Strukturen, um solche Menschen auch primär ambulant zu versorgen, im Falle einer unter Umständen erforderlichen stationären Behandlung hätte die Gesetzeslage (z. B. Ausnutzung der durch das Unterbringungsgesetz möglichen Anhaltefristen) ohne weiteres einen adäquateren Umgang mit der Situation ermöglicht – allerdings wurden die vorhandenen Strukturen nur unzureichend genutzt. Diesbezüglich hat die

Tabelle 1: Schizophrenie und Aggression: Risikomerkmale

- Schwere, chronische Verläufe
- Aktive Krankheitssymptome
- Ausgeprägte Wahndynamik
- Komorbidität (Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörung)
- Krankheitsuneinsichtigkeit
- Fehlende Therapiemotivation
- Non-Compliance
- Viele (unfreiwillige) stationäre Vorbehandlungen
- Häufige Behandlungsabbrüche
- Schlechte medikamentöse Beeinflussungsmöglichkeit
- Impulsivität/mangelnde Impulskontrolle
- Biographische Schädigung, Milieuschädigung
- In der Vorgeschichte Drohungen, Sachbeschädigungen, Tötlichkeiten
- Destabilisierende äußere Einflüsse

moderne Gemeindepsychiatrie ein grundsätzliches Problem. Schon seit geraumer Zeit wird auch international darauf hingewiesen, dass den in der Allgemeinpsychiatrie Tätigen zumindest teilweise die Fähigkeit abhanden gekommen ist, das Risiko für gewalttätiges Verhalten zu erkennen und dementsprechend zu handeln [6–8].

An der ersten Verzögerung bei der Behandlung von Herrn M. (1996/1997) war das Strafgericht beteiligt. Nach einer aufgrund der Information über die mangelnde Compliance erfolgten gerichtlichen Mahnung und der 8 Monate später erfolgten Information, dass der Patient mittlerweile die medikamentöse Behandlung völlig verweigert hatte, mussten weitere 5 Monate vergehen, bis eine entsprechende Reaktion erfolgte. Erst ganz zuletzt waren es die Vertreter der Strafjustiz, welche noch vor den Fachleuten bzw. den im Rahmen des Unterbringungsverfahrens befassten Vertretern des Zivilgerichts und der Patientenanwaltschaft die Brisanz der Situation erkannten und das Widerrufsverfahren einleiteten.

Das Vorgehen des Zivilgerichts und vor allem der Allgemeinpsychiatrie war durch Unsicherheit, Nichtbeachtung und wohl auch fehlende Kommunikation des offensichtlichen Risikos geprägt. Herr M. zeigte eine Vielzahl der bekannten Risikomerkmale für aggressives Verhalten: schwerer chronischer Verlauf, aktive Krankheitssymptome, ausgeprägte Wahndynamik, Krankheitsuneinsichtigkeit, fehlende Therapiemotivation, Non-Compliance und eine durch eine Vielzahl (unfreiwilliger) stationärer Vorbehandlungen, Behandlungsabbrüche und Gewalttätigkeit gekennzeichnete Vorgeschichte (Tab. 1). Zuletzt sollten die eindeutigen Warnhinweise auf die unmittelbar drohende Gefahr wohl auch ohne spezielle Ausbildung oder Schulung unübersehbar gewesen sein.

Abschließend wollen wir klarstellen, dass das Ziel dieses Beitrags keinesfalls das bloße Aufzeigen etwaiger Fehler anderer war – dazu ist unsere eigene Tätigkeit in der forensischen Psychiatrie viel zu exponiert. Die Geschichte des Herrn M. ist vielmehr als Appell an die in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung Tätigen zu verstehen, das erhöhte Gewalttätigkeitsrisiko einer Subgruppe psychotischer Patienten nicht aus dem Auge zu verlieren, ebenso nicht den Umstand, dass die Verhinderung gewalttätigen Verhaltens psychisch Kranker

Tabelle 2: Anforderungen an das betreuende Personal

- Allgemeines Wissen um Risiko- und protektive Faktoren.
- Die Vorgeschichte eines Risikopatienten darf im Rahmen der Langzeitbetreuung nicht „vergessen“ werden, im Besonderen müssen die individuellen Risikofaktoren stets präsent sein.
- Der Zustand des Patienten und seine aktuelle Situation müssen regelmäßig dokumentiert werden. Nur so sind Entscheidungen rational begründbar und können im Bedarfsfall später gerechtfertigt werden.
- Der Umgang mit Risikopatienten hat nicht nur freundlich, sondern auch konsequent zu sein.
- Kooperation mit anderen Institutionen, Diensten (Informationsweitergabe).
- Informationsweitergabe; Personen bzw. Institutionen, von denen Hilfe und Unterstützung benötigt wird, müssen durch nachweisliche Information über die Vorgeschichte und aktuelle Risikosituationen in die Verantwortung eingebunden werden.
- Grundsätzliche Akzeptanz des Umstands, dass die Verhütung aggressiven/gewalttätigen Verhaltens psychotischer Patienten zu den Aufgaben der in der Allgemeinpsychiatrie Tätigen gehört.

analog zur Suizidprophylaxe zu den wesentlichen Aufgaben der Allgemeinpsychiatrie zählt [4]. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, bei der Versorgung „schwieriger“, krankheitsuneinsichtiger und behandlungsunwilliger Patienten – vor allem jener mit offenkundigem Gefährlichkeitspotenzial – auf das Wissen und die Erfahrung der forensischen Psychiatrie zurückzugreifen (Tab. 2) und von den zur Verfügung stehenden gesetzlichen Möglichkeiten (Unterbringungsgesetz, ev. auch Sachwalterschaft) in sinnvoller Weise Gebrauch zu machen. In Fällen wie dem beschriebenen zeigt sich die Bedeutung der genauen Kenntnis der Vorgeschichte eines Patienten und der umfassenden Risikokommunikation. Es obliegt der Psychiatrie aufgrund der Fachkompetenz ihrer Vertreter, Unterbringungsgericht und Patientenanwaltschaft auf das in einzelnen Fällen bestehende Risiko hinzuweisen (Tab. 1). Die Einbindung dieser dort tätigen fachfremden Personen in die Verantwortung für eine konkrete Gefahrensituation ist allemal geeignet, gelegentlich noch immer zu hörende Stimmen bezüglich einer angeblich konservativen und primär auf Aufrechterhaltung ihrer Machtposition bedachten Psychiatrie rasch zum Verstummen zu bringen.

Literatur:

1. Schanda H. Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. *Fortschr Neurol Psychiat* 2006; 74: 85–100.
2. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996; 22: 83–9.
3. von Zerßen D. Psychisches Kranksein – Mythos oder Realität? In: Hippus H, Lauter H (Hrsg). *Standorte der Psychiatrie*. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1976; 79–118.
4. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Psychiatry reforms and increasing criminal behaviour of the severely mentally ill: Any link? *Int J For Ment Health* 2009; 8: 105–14.
5. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Dangerous or merely 'difficult'? The new population of forensic mental hospitals. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 365–72.
6. Sanders J, Milne S, Brown P, et al. Assessment of aggression in psychiatric admissions: semistructured interview and case note survey. *BMJ* 2000; 320: 1112.
7. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomized controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ* 2001; 323: 1–5.
8. Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire JF. Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe: a multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services. *Int J For Ment Health* 2006; 5: 173–84.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gero Cerny
Justizanstalt Göllersdorf
A-2013 Göllersdorf, Schlossgasse 17
E-Mail: gero.cerny@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](#)