

Aggression und Gewalt im ärztlichen Alltag. Teil 1¹

Jörg Wanner^a, Roman Fischer^b, Werner Tschan^b

^a Externe Psychiatrische Dienste Baselland, Bruderholz, ^b Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel



Quintessenz

- Aggression und Gewalt sind im ärztlichen Alltag häufig. Im Vordergrund stehen Gewaltopfer, aber auch gewaltbereite Patienten gehören dazu.
- In der Schweiz erleben 40% aller Frauen als Erwachsene körperliche und/oder sexuelle Gewalt. Die Dunkelziffer, das heisst die Zahl nicht angezeigter Delikte ist jedoch hoch, und die volkswirtschaftlichen Kosten sind beträchtlich.
- Der grösste Teil der Gewalt findet im sozialen Nahraum statt. Etwa 20% der Täter sind Familienmitglieder, 60% sind dem Opfer bekannt und ungefähr 20% sind Fremde.
- Gewaltdelikte haben seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen zugenommen. Während diese bei den Erwachsenen in den 90er Jahren stabil blieben, war bei den Jugendlichen im selben Zeitraum ein massiver Anstieg zu verzeichnen.
- Alte Menschen sind oft von Gewalt betroffen, wobei chronifizierte dysfunktionale Partnerschaften und die Überforderung mit der Pflege kranker Partner, insbesondere wenn diese an einer Demenz leiden, eine wichtige Rolle spielen.
- Neben einem gewalttätigen Verhalten in der Vergangenheit als wichtigstem Kriterium erhöhen auch dissoziale Persönlichkeitszüge, ein mangelndes Problembewusstsein und eine eingeschränkte soziale Kompetenz das Risiko für Gewalt.
- Ebenfalls situative Faktoren wie der Besitz von Waffen, Alkohol- oder Drogenkonsum, eine angekündigte Trennung oder eine drohende Kündigung sind bei der Einschätzung von Risikosituationen zu beachten.

Summary

Aggression and violence in daily medical practice. Part 1

- *In daily medical practice the issue of violence usually arises in a number of ways. First of all, physicians see the victims of violence. They also see a considerable number of patients who commit violent acts themselves or have the potential to do so.*
- *It is estimated that 40% of Swiss adult women experience physical and/or sexual assault. Many cases of domestic violence are also believed to go unreported. The economic consequences of domestic violence have a far greater impact on society than is often realised.*
- *The majority of cases of violence occur in the victims' immediate circle: some 20% of offenders are family members and 60% are close relatives, colleagues or friends. Only 20% of those who inflict violence are strangers to the victims.*
- *Since the 1950s crimes of violence have increased in both the adult and younger populations. Whereas adult cases of assault remained stable during the nineties, the same period saw a massive increase among younger people.*
- *Elderly people are often the victims of violence, with chronically dysfunctional partnerships and excessive demands on care providers for the sick playing an important role, especially if dementia of the sick persons is involved.*

Einleitung

«Der Krieg ist das Primäre. Deshalb ist nicht das Erstaunliche, daß es den Krieg gibt, sondern, daß es Frieden gibt.» André Glucksmann

Aggression und Gewalt im ärztlichen Alltag äussern sich in vielen Formen. Seit dem Balkankrieg sind wir auch in unseren Arztpraxen mit den verheerenden Folgen von Krieg und Folter konfrontiert. Der überwiegende Teil der Gewalterfahrungen in den westlichen Industrienationen findet aber im sozialen Nahfeld statt. Davon sind insbesondere auch Kinder betroffen. Dies führt zu Bindungserfahrungen, die sowohl prägend für die Persönlichkeitsentwicklung als auch für die Ausgestaltung von Beziehungen im Erwachsenenalter sind [1].

Nach den Untersuchungen von Martin Killias et al. [2] erleben in der Schweiz 40% aller Frauen ab dem 16. Lebensjahr mindestens einmal in ihrem Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt. Rund 30% der Gewaltdelikte werden angezeigt, während es bei den sexuellen Übergriffen bloss in 6% der Fälle zu einem Verfahren kommt. Entsprechend hoch ist denn auch die Dunkelziffer, das heisst die Zahl nicht angezeigter Delikte.

Gewalt kann sich aber auch gegen Ärztinnen und Ärzte selbst richten. So hat die Swiss Insurance Medicine (Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz) im Mai 2005 in einem Rundschreiben mitgeteilt, dass es keine Seltenheit mehr sei, dass sich versicherungsmedizi-

1 Die vorliegende Arbeit gibt einen ausführlichen Überblick über das Phänomen von Aggression und Gewalt im ärztlichen Alltag.

Der erste Teil umfasst nach einer kurzen Einleitung einen Exkurs über Aggression und Gewalt, epidemiologische Daten zur Gewalt in unserer Gesellschaft sowie Angaben dazu, wie Gewalt im Gesundheitswesen in Erscheinung tritt. Im Anschluss daran werden Fälle von Gewalt bei alten Menschen sowie die Risikofaktoren für Gewalt dargestellt. Der zweite Teil, der im nächsten Heft des «Schweizerischen Medizin-Forums» erscheinen wird, befasst sich vertieft mit der besonderen Situation von Opfern und Tätern, gibt einen Überblick über Interventionsmöglichkeiten und diskutiert das Erörterte an einem Fallbeispiel. Den Abschluss bilden eine Zusammenfassung und weiterführende Literaturhinweise.

- *As a general rule the risk of further violent behaviour is increased where there is a significant history of past violence and the offender has an anti-social personality, low problem awareness and low social skills.*
- *Situational factors – availability of weapons, alcoholism and substance abuse, upcoming marital crises and threatening job loss – may also be predictive of increased risk.*

nisch tätige Ärztinnen und Ärzte Drohungen und/oder Übergriffen ausgesetzt sehen.

Erwähnt werden muss auch das dunkle Kapitel von Gewaltanwendungen – meist sexueller Art –, die (vor allem) von Ärzten an ihren Patientinnen erfolgen. Werner Tschan geht davon aus, dass bis gegen 10% aller Fachleute im Gesundheitswesen im Lauf ihrer Berufstätigkeit sexuelle Übergriffe begehen [3].

Die psychischen Folgen von Gewaltauswirkungen wurden von Pierre Janet gegen Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben und konzeptuell erfasst. Im Zusammenhang mit den Problemen von Vietnamveteranen und Vergewaltigungsopfern wurde 1980 die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung eingeführt. Davon ausgehend begann das Gesundheitswesen, sich gezielter mit den Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auseinanderzusetzen und entsprechende Interventions- und Behandlungskonzepte zu entwickeln [4].

Parallel dazu befassten sich einerseits die Frauenbefreiungs-, andererseits die Kinderschutzbewegung in den 80er Jahren mit Gewalt im sozialen Nahfeld. Für gewaltbetroffene Frauen und Kinder wurden Frauenhäuser eröffnet. Ebenso schuf man in diesem Zeitraum in verschiedenen Spitälern multidisziplinäre Kinderschutzgruppen, die bei Verdacht auf Gewalt gegen Kinder Abklärungen durchführen und Interventionen zum Schutz der Kinder einleiten. In den letzten Jahren wurden vielerorts auch Fachstellen für häusliche Gewalt eingerichtet, die Aufklärungsarbeit leisten und entsprechende Berufsgruppen bezüglich Interventionen bei häuslicher Gewalt beraten. Ebenfalls damit verbunden ist die Lancierung sozialer Trainingsprogramme für gewaltausübende Männer.

Mit der Einführung des Opferhilfegesetzes im Jahr 1993 und der Offizialisierung der meisten Delikte im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt am 1. April 2004 wurde die rechtliche Stellung von Gewaltopfern verbessert. Auf eidgenössischer und kantonaler Ebene werden zurzeit verschiedene Gesetzesvorlagen erarbeitet, welche die Ausdehnung der staatlichen Ordnungsfunktion auf den familiären Bereich und die generelle Ächtung von Gewalt im privaten Raum zum Ziel haben. In einigen Kantonen sind Gewaltschutzgesetze in Planung, die ein Wegweisungs- und Rückkehrverbot bei häuslicher Gewalt vorsehen, wie sie die Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Luzern, Bern und

Basel-Landschaft bereits eingeführt haben [5, 6]. Gewalt gegen Frauen verursacht erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. In der Schweiz werden die öffentlichen Kosten von Alberto Godenzi 1998 [7] auf 410 Millionen Franken pro Jahr geschätzt. Davon entfallen 143 Millionen auf den medizinischen Bereich, 187 Millionen auf Justiz- und Polizei und 72 Millionen auf die Sozialhilfe. Nicht eingerechnet sind längerfristige Folgekosten, Arbeitsausfälle, Kosten für die ArbeitgeberInnen, Eigenkosten usw. Im Vergleich dazu nehmen sich die Kosten für die Opferhilfe (8,5 Millionen Franken), für Frauenhäuser (5,7 Millionen), Nottelphone und Beratungsprojekte (3,2 Millionen) sowie für die Forschung (lediglich 150 000 Franken) sehr bescheiden aus.

In Umfragen hat sich gezeigt, dass sich ein hoher Prozentsatz der Betroffenen – im «SAVI Report» waren es 80% [8] – in erster Linie an die Hausärztin bzw. den Hausarzt wendet oder wenden möchte. Deshalb sind in der Grundversorgung (mindestens) elementare Kenntnisse der Anzeichen, die auf eine drohende Gewaltanwendung hinweisen, aber auch bezüglich der Folgen von Gewalt erforderlich [9].

Dieser Artikel soll dazu beitragen, solche Situationen besser wahrzunehmen und nach Möglichkeit so zu intervenieren, dass Gewalt reduziert wird. Das fällt uns aber oft nicht leicht, da unsere Stärke in der Regel im Bemühen um kranke Menschen liegt, die uns dankbar sind für unseren Einsatz. Hingegen erwischt es uns oft auf dem falschen Fuss, wenn wir es mit Gewalt in all ihren Varianten zu tun haben.

Exkurs über Aggression und Gewalt


Das Wort «Aggression» kommt vom Lateinischen Verb «aggrēdi»: sich nähern, etwas unternehmen, etwas anpacken, aber auch angreifen. Es gibt eine lange wissenschaftliche Kontroverse darüber, ob Aggression eine primär sinnvolle Kraft ist, die das Herangehen an Lebensaufgaben ermöglicht, oder ob es sich dabei immer um ein destruktives Potential im Menschen handelt, das ständig durch fremd- und selbsterzieherische Steuerung in ungefährliche Bahnen umgeleitet werden muss. Während Sigmund Freud sein ursprüngliches Konzept der Libido als einziger Triebkraft nicht zuletzt aufgrund seiner Erschütterung über die Ereignisse des Ersten Weltkrieges um den sogenannten Todestrieb, ein ursprünglich destruktives Aggressionspotential, ergänzte, betrachtete Alfred Adler als erster die Aggression als angeborenen Trieb [41].

Konrad Lorenz war davon überzeugt, dass die Aggression nicht eine Reaktion auf äussere Einflüsse, sondern ein schon im Tierreich im Dienst des Lebens stehender Trieb ist, es uns aber an Möglichkeiten fehle, aggressiven Triebhandlungen einen sozial unschädlichen Lauf zu lassen.

Ein anderer Erklärungsansatz für die Entstehung von Aggressionen betrachtet diese als Folge von Frustrationen: Wenn eine Person bei einer zielgerichteten Aktivität gestört wird, wird sie aggressiv. Die Lerntheorie sieht Aggressionen als Folge fehlgeleiteter Lernprozesse, die beispielsweise ausgehend von attraktiven Vorbildern in der Umgebung oder in Filmen, die Konflikte mit Hilfe von Gewalt lösen, zustande kommen.

Anselm Grün bezeichnet die Aggression neben der Sexualität als die wichtigste Lebensenergie. Aggressionen sind die Quellen, aus denen der Mensch schöpft, um für das, was er als richtig erachtet, einzustehen, auch gegen Widerstand. Gewalt hingegen ist für Grün ein unangemessener Umgang mit Aggressionen.

Die Bedeutung des Begriffs «Gewalt» geht aber weiter: Gewalt ist auch Ausdruck der Möglichkeit, Macht, Ordnung, Recht usw. durchzusetzen, wie sie sich zum Beispiel im staatlichen Gewaltmonopol manifestiert. Ebenfalls der Begriff der Gewaltentrennung im Staat weist auf eine positive Bedeutung hin.

In unserem Alltag hat Gewalt vorwiegend die Bedeutung der «Anwendung von physischem und/oder psychischem Zwang gegenüber anderen, um diesen Schaden zuzufügen bzw. sie der Herrschaft des Gewaltausübenden zu unterwerfen oder um solcher Gewaltausübung – mittels Gegengewalt – zu begegnen» [10]. Die meisten Erscheinungsformen der Gewalt werden unter direkter oder persönlicher Gewalt zusammengefasst (Tab. 1 ) . Der Begriff der strukturellen, indirekten Gewalt wurde von Johan Galtung geprägt [11]. So gefasst, lässt sich Gewalt nicht mehr konkreten Akteuren zuordnen, sondern basiert auf Strukturen wie Werten, Normen oder Institutionen. Damit kann zum Beispiel jede Form von sozialer Ungerechtigkeit oder gesell-

schaftlicher Diskriminierung als eine Art von Gewalt bezeichnet werden.

Epidemiologische Angaben zur Gewalt in unserer Gesellschaft

Gemäss der ersten repräsentativen Nationalfondsstudie zur häuslichen Gewalt von 1996 haben mehr als 20% der befragten Frauen zwischen 20 und 60 Jahren angegeben, im Verlauf ihres Lebens physische und/oder sexuelle Gewalt durch ihren Partner erlebt zu haben, mehr als 40% wurden Opfer von psychischer Gewalt [13].

Eine landesweite Befragung in Irland zum Ausmass von sexuellen Gewaltdelikten («SAVI Report» 2002 [8]) zeigte folgendes Bild: Gut 42% aller Frauen und 28% aller Männer gaben in der Umfrage an, sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Als Mädchen (bis zum 17. Altersjahr) hatten 20,4% «contact sexual abuse» und 10% «non-contact sexual abuse» erlebt, bei 5,6% aller Mädchen kam es zur Penetration. Knaben wurden in 16,2% der Fälle Opfer von «contact sexual abuse», in 7,4% Opfer von «non-contact sexual abuse» und in 2,7% der Fälle kam es zur Penetration. Von den erwachsenen Frauen berichteten 20,4% von «contact sexual abuse» und 5,1% von «non-contact sexual abuse». In 6,1% der Fälle kam es zur Penetration. Bei den erwachsenen Männern gaben 9,7% an, Fälle von «contact sexual abuse» erlebt zu haben, 2,7% berichteten von «non-contact sexual abuse», und bei 0,9% kam es zur Penetration.

Mit dieser Untersuchung wurden einmal mehr die bekannten Daten bestätigt, dass rund ein Drittel aller Frauen und etwa ein Viertel aller Männer in ihrer Kindheit sexuelle Übergriffe erleben. Über ein Viertel aller Frauen (27,7%) und knapp ein Fünftel aller Männer (19,5%) wurden als Erwachsene sexuell retraumatisiert. Bei den Mädchen waren 24% der Täter Familienmitglieder, 52% Bekannte und 24% Fremde. Bei den Knaben handelte es sich bei 14% der Täter um Familienmitglieder, bei 66% um Bekannte und bei 20% um Fremde. Insgesamt kannten sich Opfer und Täter bei rund 80% aller Übergriffe. Rund die Hälfte der Opfer (47%) gab an, sich im Rahmen der Studie erstmals zu den sexuellen Übergriffen zu äussern und bisher noch niemanden in das Vorgefallene eingeweiht zu haben. Nur ein einziger erwachsener Mann (von 98 Opfern) hatte Anzeige erstattet, bei den erwachsenen Frauen waren es 7,8% (19 von 244). Insgesamt hatten 6% der Betroffenen den oder die Täter angezeigt. Bei den Kindern war diese Rate höher: Zehn Knaben (von 178) und 28 Mädchen (von 290) brachten das Delikt zur Anzeige. Die Teilnehmenden der Untersuchung wurden befragt, wem sie etwas anvertrauen würden, wenn sie selbst Opfer sexueller Übergriffe wären. Über

Tabelle 1. Verschiedene Formen von Gewalt.

Physische Gewalt	Schlagen, treten, würgen, mit einem Gegenstand verletzen usw.
Psychische Gewalt	Beschimpfen, erniedrigen, drohen, für verrückt erklären, Kinder als Druckmittel benutzen, Sachen absichtlich beschädigen usw.
Sexuelle Gewalt	Zu sexuellen Handlungen zwingen, Vergewaltigung
Soziale Gewalt	Kontakte verbieten, sozial isolieren, einsperren usw.
Ökonomische Gewalt	Geld entziehen, verbieten oder zwingen zu arbeiten
Strukturelle Gewalt	Bei der strukturellen Gewalt stehen soziale Strukturen im Vordergrund. So gesehen kann z.B. jede Form von sozialer Ungerechtigkeit und gesellschaftlicher Diskriminierung als eine Art von Gewalt bezeichnet werden.
Häusliche Gewalt	Gewalt unter erwachsenen Menschen, die in einer engen sozialen Beziehung stehen (d.h. meist Partnerschaft oder Verwandtschaft), die alle oben erwähnten Gewaltformen umfassen kann
Stalking [12]	Häufige psychische Gewaltform, die sich am ehesten mit «nachstellen, auflauern, belästigen» übersetzen lässt. Oft werden Frauen nach der Trennung durch das überraschende und bedrohliche Auftauchen ihres Expartners zermürbt, was zur Rückkehr in eine Misshandlungsbeziehung führen kann.

ein Viertel gab an, der eigenen Familie nichts mitzuteilen, und 27% sagten, dass sie keine Anzeige erstatten würden. Überraschenderweise gaben 85% der Teilnehmenden an, dass sie ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt informieren würden.

Laut Berichten der Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich [14] nimmt Gewalt an Kindern zu. Der markante Anstieg im Jahre 2004 wurde erstmals nicht nur mit der zunehmenden Sensibilisierung für die Problematik erklärt. Die Misshandlungen werden meist im Rahmen von Überforderungssituationen begangen, in denen Eltern die Kontrolle verlieren. Im Jahr 2004 wurde auf die alarmierende Entwicklung hingewiesen, dass ein Drittel der Täter bei sexuellen Übergriffen auf Mädchen männliche Minderjährige (Durchschnittsalter 14 Jahre) waren. Dieser Trend hat sich in den Folgejahren 2005/2006 ebenfalls an anderen Institutionen und auch international bestätigt.

Häusliche Gewalt ist in ihrem Ausmass mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar und kostet Frauen in den westlichen Industrieländern durchschnittlich eines von fünf gesunden Lebensjahren [15].

Nimmt die Gewalt in unserer Gesellschaft zu?

Die Frage, ob die Gewalt in unserer Gesellschaft zunimmt, wird kontrovers diskutiert. In den Medien wird regelmässig auf die Zunahme von Gewaltdelikten hingewiesen [16–18]. Aufgrund sorgfältiger Analysen von Verurteilungsstatistiken, Polizeistatistiken und Bevölkerungsbefragungen und insbesondere auch unter Berücksichtigung von Tendenzen in ganz Europa über Jahrzehnte und Jahrhunderte kommt Martin Killias [19, 20] zu eindeutigen Ergebnissen. Überblickt man die Kriminalitätsentwicklung in den westlichen Industriegesellschaften während der letzten zwei Jahrhunderte, lassen sich verschiedene Aufwärts- und Abwärtsbewegungen feststellen. Dabei spielen gesellschaftliche oder technische Entwicklungen eine wichtige Rolle. So kam es in der Zeit von 1800 bis 1850 zu einem markanten Anstieg von Gewaltdelikten bei Männern. In diesen Zeitraum fallen einerseits die rasante Entwicklung der Städte, verbunden mit einer verminderten sozialen Kontrolle und andererseits auch der Beginn der industriellen Produktion von Alkohol. Die Zunahme der Anzahl Todesfälle als Folge von Gewalt korreliert ziemlich exakt mit dem Anstieg der Alkoholproduktion.

Zwischen 1850 und 1950 nahm die Zahl der Tötungsdelikte bei Männern in den westlichen Industriestaaten kontinuierlich ab. Dies könnte damit zu tun haben, dass der Ehrbegriff als Motiv von Gewalthandlungen zunehmend an Bedeutung verlor. Während es zwischen 1950 und

1990 zu einem markanten Anstieg von Gewaltdelikten (Tötungsdelikte, Tätlichkeiten, Raub und Vergewaltigungen) kam, blieben diese zwischen 1990 und 2000 mit Ausnahme der Vergewaltigungen, die weiterhin zunahm, stabil. Ebenso lässt sich seit 1950 eine vermehrte Delinquenz von Jugendlichen feststellen, wobei es sich anfänglich vor allem um Eigentumsdelikte handelte. In den 90er Jahren war dann ein massiver Anstieg von Gewaltdelikten zu verzeichnen. Die Zunahme der Delinquenz von Jugendlichen stieg zwischen 1954 und 2001 um das Zehnfache. Als mögliche Erklärungen kommen die leichte Verfügbarkeit von Gütern mit dem zunehmenden Wohlstand nach dem Zweiten Weltkrieg sowie das Vorhandensein von Videogeräten und Computern in praktisch allen Haushalten seit den 80er Jahren und der damit verbundene, von den Eltern unkontrollierte Konsum von Gewaltszenen in Frage. Weitere Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Anstieg von Jugendgewaltdelikten genannt werden, sind die wachsenden Drogenszenen, die Migrationsströme, die Jugendarbeitslosigkeit und die immer mehr aufkommenden Jugendbanden [39].

Die Ursachen der Zunahme von Gewalt wurzeln also in einer ganzen Reihe von Faktoren. Generell lässt sich sagen, dass gesellschaftliche bzw. technische Entwicklungen wie etwa der Konsum von Gewaltszenen in Form von Videos oder Computerspielen das kriminelle Verhalten fördern können oder sogar die Grundlage für neue Spielarten des kriminellen Verhaltens wie zum Beispiel den Konsum von Internetpornographie bilden. Erfahrungsgemäss dauert es jeweils eine gewisse Zeit, bis die Gesellschaft Strategien entwickelt hat, um solchen Erscheinungen entgegenzuwirken.

Die Wahrnehmung von Gewalt im Gesundheitswesen

Eine von Social Insight im Jahr 2003 durchgeführte Studie an der Zürcher Maternité Inselhof Triemli ergab, dass 10% der 1722 befragten Patientinnen im Verlauf der vorangegangenen zwölf Monate körperliche Gewalt erlitten hatten. Rund 80% hätten sich gewünscht, vom Spitalpersonal auf die Gewalt angesprochen worden zu sein [21].

Interessante Hinweise darauf, wie Gewalt im Gesundheitswesen wahrgenommen und wie damit umgegangen wird, lieferte eine im Jahr 2004 am Universitätsspital Basel durchgeführte Befragung des Personals mit Patientenkontakt zur Wahrnehmung von häuslicher Gewalt [22], in die verschiedene Abteilungen einbezogen wurden. Es handelte sich um die Notfallstation, die Frauenklinik, die Medizinische Klinik A, die Medizinische Poliklinik und die Psychiatrische Poliklinik. Die Ergebnisse zur Frage der Wahr-

nehmung von häuslicher Gewalt bei PatientInnen zeigen, dass das Problem im Berufsalltag des Spitalpersonals sehr häufig präsent ist. Vier von fünf Befragten gaben an, in den drei Monaten vor der Befragung mindestens eine Person betreut zu haben, von der sie entweder mit Sicherheit wussten oder aber die Vermutung hatten, dass sie Gewalt durch eine andere Person erfährt oder erfahren hatte. Das befragte Personal der Notfallstation und der Psychiatrischen Poliklinik nahm häusliche Gewalt überdurchschnittlich oft wahr (98 bzw. 100%). Am häufigsten wurden Formen von psychischer Gewalt bemerkt. Viele Befragte haben auch in ihrem privaten Umfeld solche Erfahrungen gemacht. Gut 26% gaben an, selbst Gewalt von einer nahestehenden Person erlebt zu haben, und 36% sagten aus, eine oder mehrere Personen mit Gewalterfahrungen im privaten Umfeld zu kennen.

Die Auswertung der Frage nach der Zuständigkeit für häusliche Gewalt ergab folgendes Bild: Aussagen wie: «Das Spital- bzw. das Gesundheitswesen ist zuständig für häusliche Gewalt, aber unsere Abteilung oder Berufsgruppe ist es weniger», sind mehrfach dokumentiert. Die somatische Medizin äusserte, die Psychiatrie sei geeignet, sich der Thematik anzunehmen, und die Sozialarbeit habe den Überblick über extern zuständige Institutionen. Auch der Hausarzt, so die somatische Medizin/Chirurgie, sei eher dafür prädestiniert, da dieser den Patienten viel länger kenne. Für die Frauenpoliklinik war primär die eigene Abteilung für Psychosomatik und Sozialmedizin zuständig, Weiterbildung werde vor allem seitens der Psychiatrie benötigt. Die Pflegerinnen fanden, dass eher die Ärztinnen und Ärzte zuständig seien, der stationäre Notfall ortete deutlich mehr Fälle beim ambulanten Notfall. Die Medizinische Poliklinik wusste, dass die Fälle eher im stationären Bereich zu finden seien. Als zuständig erachtete sie die Chirurgie und den Hausarzt. Weiterbildung brauchten, so die Medizinische Poliklinik, die Frauenpoliklinik, die dortige Sozialmedizin, die Kriseninterventionsstation, die das sicher schon kenne und auch die Chirurgie.

Psychiatrie und Sozialarbeit bilden Grundpfeiler, an die sich das Thema der häuslichen Gewalt anlehnen kann. Sie definieren sich als zuständig und werden auch von anderen Berufsgruppen und Abteilungen als zuständig akzeptiert. Obwohl das Thema für das Gesundheitswesen anerkannt ist, ist zurzeit noch unklar, welches die Aufgaben des Spitals, der FachärztInnen, der Hausärztinnen oder Hausärzte und der einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind. Vor allem die Aufgaben, Methoden und Vorgehensweisen der somatischen Medizin sind bei häuslicher Gewalt noch nicht geklärt.

Gewalt bei alten Menschen

Auch bei alten Menschen, deren Anteil an der Bevölkerung immer mehr wächst [23], spielt Gewalt eine nicht unerhebliche, wenn auch wenig kommunizierte Rolle. Dazu gehört im Grunde genommen auch die Gewalt gegen sich selbst in Form suizidaler Handlungen, deren Häufigkeit im Alter [24] als Folge von Einschränkungen durch Krankheit, Inaktivität, Isolation, Vereinsamung und Depression zunimmt. Darauf soll an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen werden. Als weitere Beispiele von Gewalt bei alten Menschen lassen sich drei Formen unterscheiden:

Aggression und Gewalt gegenüber dem Lebenspartner

Aggression und Gewalt gegenüber dem Lebenspartner ist häufig eine Folge einer unausgefüllten nacherlerlichen Lebensphase auf dem Boden eines meist seit Jahrzehnten angestauten Unverständnisses bezüglich der Äusserungen oder Verhaltensweisen des Partners bei gleichzeitigem Unvermögen, sich vom anderen zu trennen. Die nacherlerliche Gefährtschaft [25] oder auch das Rentenalter verlangen eine Umorientierung. Gelingt es den Partnern nicht, sich erneut in der Zweisamkeit zu finden, bleibt nur ein Festhalten an alten Rollenzuschreibungen und Sätzen wie: «Du hast doch schon immer ...» Viele alternde Paare versinken zudem in einem sich verhärtenden Schweigen. Und aus Kommunikationslosigkeit entsteht oftmals Aggression. Andererseits können alternde Paare nicht voneinander lassen. Auch Routine verbindet, und natürlich steigt die Angst vor der Einsamkeit, wenn man ohnehin schon zu lange gewartet hat, sich vom Partner zu trennen. So werden Ehen oftmals in einem zunehmend aggressiven Klima geführt, was für Aussenstehende kaum nachvollziehbar ist. Kommt es zu häuslicher Gewaltanwendung, wird diese in den allermeisten Fällen totgeschwiegen. Anders sieht es bei Ehepaaren in Altersheimen aus: Hier besteht die Möglichkeit der räumlichen Trennung und der Aufrechterhaltung individueller Funktionen. So kann der Partner an Aktivitäten teilnehmen, auch wenn der andere nicht mehr dazu in der Lage ist, das Zweierzimmer muss nicht zum Gefängnis werden.

Gewalt aus Überforderung

Gewalt aus Überforderung entsteht, wenn ein Partner krank, insbesondere chronisch krank wird und der andere mit der häuslichen Pflege überfordert ist. Gerade bei Menschen, deren Partner an einer Demenz erkrankt, spielt dies eine Rolle, weil hier viel Verständnis und Einfühlungsvermögen des Partners gefordert ist. Aber auch im Bereich einer aufwendigen somatischen Pflege stossen die Lebenspartner oft an ihre

Grenzen. Wir kennen Berichte über Menschen hinter Bettgittern, mit wundgelegenen Steissbeinen, über Hospitalismus, Mangelbehandlung und Mangelpflege. Es dürfte in diesem Zusammenhang wohl kaum etwas geben, das uns noch nicht bekannt wäre: Anschreien, Beschimpfen, Ruhigstellen mit Medikamenten, im Urin Liegenlassen, Ignorieren von Hilferufen, Bestehlen (z.B. Taschengeld) oder gar die Tötung pflegebedürftiger alter Menschen [26]. Menschen mit einem erkrankten Lebenspartner brauchen deshalb vor allem ein soziales Umfeld. Viel wurde zur Qualitätssicherung in der Altenpflege und in der Gerontologie getan, und trotzdem findet Überforderung täglich statt.


Gewalt bei Demenz

Wenn im Alter die Gedächtnisfunktionen abnehmen, kann dies nicht selten zu einer falschen Einschätzung der Umgebung führen. Wenn es zu aggressiven Handlungen wie Schlagen oder Kneifen des Lebenspartners oder einer Pflegeperson kommt, wird dies meist als gravierendes Problem gewertet. Da der demente Mensch jedoch seine Handlungen nicht reflektieren kann, ist eine Kommunikation kaum möglich. Deshalb löst eine aggressive Handlung in solchen Fällen oftmals Gegengewalt aus. Nicht erst im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz kann es zu Fehlhandlungen kommen. Die Betroffenen verdächtigen den Lebenspartner, ihnen Dinge entwendet oder versteckt zu haben, oder sind eifersüchtig, wenn dieser vermehrt mit anderen spricht. Auch Angst vor (vermeintlich) Unbekanntem löst aggressive Abwehrhaltungen aus.

Eine Zusammenfassung der therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere auch der psychopharmakologischen Strategien der nichtkognitiven Störungen bei einer Demenz findet sich bei Albert Wettstein [27]. Damit es aus Unverständnis und Überforderung nicht zu einer Spirale der Gewalt im Alter kommt, brauchen die Helfer jedoch zusätzlich auch eine Vernetzung mit anderen Betroffenen oder mit zusätzlichen Betreuungsorganisationen [28]. Diese Vernetzungsarbeit ist die Kernaufgabe jeder Sozialpsychiatrie, die deshalb ihren Stellenwert auch in Zukunft beibehalten wird.

Risikofaktoren für Gewalt

Für die Ärztin oder den Arzt stellt sich oft die schwierige Aufgabe, Gewalteskalationen rechtzeitig zu erkennen und die erforderlichen Massnahmen einzuleiten (Tab. 2 ) . Die Prognose von gewalttätigem Verhalten hat sich von der anfänglichen intuitiven Voraussage zu einer kriterienorientierten strukturierten Risikokalkulation gewandelt, die in standardisierten Werkzeugen wie den Kriterien zur Beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter von Volker Dittmann [30] oder dem Forensischen Operationalisierten Therapie-Risiko-Evaluations-System (FOTRES) von Frank Urbaniok [31] zum Ausdruck kommen. Die Anwendung solcher Instrumente eignet sich nur bedingt für den ärztlichen Alltag. Gleichwohl ist es aber sinnvoll, einige wichtige Gesichtspunkte zu extrahieren, die ein gewisses Raster geben, wie solche Situationen beurteilt werden können. In Anlehnung an Volker Dittmann sollten dabei bei denjenigen Personen, bei denen eine Gewalteskalation vermutet wird, für die Abschätzung des Risikos folgende Aspekte berücksichtigt werden.

Als mit Abstand wichtigster Faktor gilt die bisherige Gewaltbereitschaft [2]. Weitere Faktoren sind ungünstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, insbesondere solche, die in Richtung eines dissozialen Verhaltens gehen, ferner ein mangelndes Problembewusstsein, eine eingeschränkte soziale Kompetenz, ein ungünstiges Konfliktverhalten und die mangelnde Bereitschaft, etwas zu ändern. Diese Faktoren werden in Tabelle 3  erläutert.

Die Risikoeinschätzung durch die Ärztin oder den Arzt ist nicht bloss eine einmalige Handlung, sondern erfordert in der Regel ein prozesshaftes Vorgehen über einen längeren Zeitraum. Als hilfreich haben sich Rücksprachen mit Kollegen, allenfalls bei solchen aus dem forensischen Bereich, erwiesen. Einsame Entscheidungen im stillen Kämmerlein sind zu vermeiden. Wie jede Prognose ist auch die Abschätzung einer Gewalteskalation mit Unsicherheit behaftet. Dem Arzt sei deshalb geraten, in derartigen Fällen die Dokumentation in der Krankengeschichte be-

Tabelle 2. Phänomene der Eskalation (nach Rupp/Rauwald [29]).

Tötung (oder Tötungsversuch)
Gefährliche Gewalt Waffengebrauch, Schlagen mit Gegenständen
Körperverletzung Schlagen mit Fäusten, Fusstritte, Person umwerfen
Tätlichkeit Rangelci, Ohrfeigen, Kratzen, Schubsen
Drohung und Sachbeschädigung Einschüchterung, angstmachende Gebärden, Beschädigung von Gütern
Brechen von Vereinbarungen Schaffung vollendeter Tatsachen, Missachtung von Abmachungen, Bruch der Loyalität
Brechen von Kommunikationsregeln Nicht ausreden lassen, nicht zuhören, hinter dem Rücken über einen reden, Entwertung, Beschimpfung
Druck ausüben Ultimaten, passiver Widerstand, Verweigerung
Meinungskampf Aufrechnen, symmetrische verbale Eskalation
Entdifferenzierung der Ausdrucksmittel Lauter sprechen, imperative oder superlativische Ausdrucksweise, Beharren

Tabelle 3. Faktoren, die für eine Gewalteskalation sprechen (nach Dittmann [30]).

Bisherige Gewalthandlungen	Gewalthandlungen in der Vergangenheit, vor allem, wenn diese hinsichtlich Anzahl und Schwere zunehmen
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Dissoziale Merkmale wie Bindungs- und Haltlosigkeit, Gefühlskälte, fehlende Empathie, Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen Langanhaltende Symptomatik mit Bezug zur Delinquenz wie z.B. anhaltender, besonders personenbezogener Wahn Deliktfördernde Ansichten und Einstellungen wie z.B. eine frauenverachtende Haltung Chronifizierte Abweichungen des Sexualverhaltens wie z.B. Pädophilie
Mangelndes Problembewusstsein	Mangelndes Bewusstsein des Täters seines problematischen, gewalttätigen Verhaltens Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen Tendenz, andere zu beschuldigen oder verantwortlich zu machen Fehlende Opferempathie
Eingeschränkte soziale Kompetenz	Beeinträchtigung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit Unvermögen, sich wechselnden Situationen anzupassen Gestörte Kommunikationsfähigkeit Eingeschränkte Beziehungsfähigkeit Geringes Durchhaltevermögen Soziale Umgebung, in der Gewalt toleriert wird
Ungünstiges Konfliktverhalten	Die Betroffenen manövrieren sich immer wieder in Konfliktsituationen und reagieren mit gewalttätigem Verhalten. Impulsivität Geringe Frustrationstoleranz
Mangelnde Bereitschaft etwas zu ändern	Fehlende Bereitschaft, sich mit seinem Fehlverhalten auseinanderzusetzen, z.B. in Form einer Psychotherapie oder eines spezifischen Trainings für gewaltausübende Männer

Tabelle 4. Situative Faktoren, die für eine Gewalteskalation sprechen.

Waffenbesitz, in erster Linie Schusswaffen
Alkohol- oder Drogenkonsum
Drohungen, insbesondere gegen bestimmte Personen (im Rahmen von häuslicher Gewalt Offizialdelikt)
Soziale, familiäre oder finanzielle Probleme
Motiv für Gewalthandlungen wie z.B. angekündigte Trennung, drohende Kündigung, bevorstehende Ausweisung usw.
Kontaktmöglichkeit zu potentiellen Opfern
Abhängigkeitsverhältnis des Opfers in seelischer, körperlicher oder sozialer Hinsicht

Tabelle 5. Besonderheiten von Migrantenfamilien aus traditionellen, stark patriarchalisch ausgerichteten Kulturen (nach Ebner [32]).

Patriarchalische, rigide Familienstrukturen
Legitimation von Gewalt
Ehrbegriff mit all seinen Konsequenzen
Wenig Erfahrung im partnerschaftlichen Dialog
Häufig längere Trennung der Familienmitglieder bis zur Familienzusammenführung
Veränderung des Familiensystems im Rahmen der Migration mit allgemeiner Verunsicherung, Nuklearisierung der Familie und Zunahme der sozialen Desintegration
In der Verunsicherung verstärktes Festhalten an den alten Strukturen und Werten
Zunahme der Abhängigkeit der bereits Abhängigen (Frauen und manchmal auch Kinder)
Charakteristische soziale Situation im Aufnahmeland mit alltäglichem Erleben von Diskriminierung und gesellschaftlicher Gewalt
Sprachprobleme (Fremdsprache)
Generationenkonflikte, die im Rahmen der Wertekonflikte verschärft ablaufen

sonders sorgfältig vorzunehmen und insbesondere die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen transparent und nachvollziehbar festzuhalten.

Neben den in Tabelle 3 aufgeführten persönlichkeitsbezogenen Merkmalen sind auch situative Faktoren zu beachten. Diese sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Laut Gerhard Ebner kommen Risikofaktoren für Gewalt in Migrantenfamilien gehäuft vor, und einige wenige Studien sprechen gar dafür, dass sich in den betreffenden Familien auch öfter Gewalthandlungen feststellen lassen und deren Mitglieder häufiger Opfer von Gewalt werden [32]. Dabei können Gewalterfahrungen und Traumatisierungen im Herkunftsland eine Rolle spielen, aber auch die Belastungen durch das Leben in der Exilsituation. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Besonderheiten von Migrantenfamilien. Der Fokus liegt dabei auf eher tra-

ditionellen, einfacheren Schichten, die nach erfolgter Migration in ihrer Verunsicherung durch die Infragestellung bisheriger Werte und Lebensweisen dazu neigen, ihre herkömmlichen Werte verstärkt zu betonen. Es ist hilfreich, diese spezifischen Merkmale zu kennen, um die Situation besser einschätzen zu können.

Empfohlene Literatur

- Tschan W. Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Basel: Karger; 2005.
- Herman J. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann; 2003.
- Steiner S. Häusliche Gewalt. Erscheinungsformen, Ausmass und polizeiliche Bewältigungsstrategien in der Stadt Zürich. Zürich: Rüegger Verlag; 2004.
- Haeberli Leugger K. Die Rolle des Staates und der Institutionen bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt gegen Frauen, mit speziellem Fokus auf der Prävention. Ther Umsch. 2005; 62(4):251–4.
- Harder F, Tschan W. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis. Erkennen – Verstehen – Behandeln. Schweiz Med Forum. 2004;4(16):392–7 (Teil 1) / (17):417–21 (Teil 2).
- Küchenhoff J, Hügi A, Mäder U, Herausgeber. Gewalt. Ursachen, Formen, Prävention. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2005.
- www.kinderschutzgruppe.ch.
- Gloor D, Meier H. Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Schriftreihe des Justizdepartements Basel-Stadt. Bd. 8. Basel: Justizdepartement Basel-Stadt; 2005.
- Wettstein A. Die Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Schweiz Med Forum. 2004;4(23):607–10.
- Tschainer S. Bedürfnisse und Erwartungen Angehöriger. In: Förstl H, Herausgeber. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003. S. 215–9.

Das vollständige Literaturverzeichnis [1–41] finden Sie in der Onlineausgabe dieses Artikels unter www.medicalforum.ch.

Korrespondenz:
Dr. med. Jörg Wanner
Stellvertretender Chefarzt
Externe Psychiatrische
Dienste Baselland
CH-4101 Bruderholz
joerg.wanner@kpd.ch

Aggression und Gewalt im ärztlichen Alltag

Jörg Wanner^a, Roman Fischer^b, Werner Tschan^b

^aExterne Psychiatrische Dienste Baselland, Brunderholz, ^bFacharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel

Literatur

- Allen JG. Coping with trauma. Hope through understanding. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishers; 2005.
- Killias M, Simonin M, De Puy J. Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS). Bern: Stämpfli Verlag; 2005.
- Tschan W. Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Basel: Karger; 2005.
- Herman J. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann; 2003.
- Steiner S. Häusliche Gewalt. Erscheinungsformen, Ausmass und polizeiliche Bewältigungsstrategien in der Stadt Zürich. Zürich: Rüegger Verlag; 2004.
- Haerberli Leugger K. Die Rolle des Staates und der Institutionen bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt gegen Frauen, mit speziellem Fokus auf der Prävention. Ther Umsch. 2005;62(4):251–4.
- Godenzi A, Yodanis C. Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Fribourg: Universität Fribourg; 1998.
- MCGee H, Garavan R, de Barra M, Byrne J, Conroy R, The Royal College of Surgeons in Ireland. The SAVI Report. Sexual Abuse and Violence in Ireland. Dublin: Liffey Press; 2002.
- Harder F, Tschan W. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis. Erkennen – Verstehen – Behandeln. Schweiz Med Forum. 2004;4(16):392–7 (Teil 1) / (17):417–21 (Teil 2).
- Gewalt. In: Meyers Lexikonredaktion, Herausgeber. Meyers großes Taschenlexikon: in 25 Bänden. 7., neu bearbeitete Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG; 1999. Bd. 8. S. 134.
- Galtung J. Strukturelle Gewalt. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt; 1975.
- Knecht T. Stalking – Erotomanie im neuen Gewand? Schweiz Med Forum. 2005;5(6):171–6.
- Gillioz L, De Puy J, Ducret V. Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne: Editions Payot; 1997.
- www.kinderschutzgruppe.ch.
- Hellbernd H, et al. Häusliche Gewalt gegen Frauen. Gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Berlin: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend; 2003. Vgl. dazu www.bmfsfj.de.
- Basler Zeitung vom 22. Januar 2005.
- Neue Zürcher Zeitung vom 8. Juli 2005.
- SF DRS. «Sportpanorama» vom 6. Juni 2005.
- Killias M. The opening and closing of breaches: a theory on crime waves, law creation and crime prevention. Eur J Criminol. 2006;3(1):11–31.
- Killias M, Lucia S, Lamon P, Simonin M. Juvenile delinquency in Switzerland over 50 years: assessing trends beyond statistics. Eur J Criminal Policy Res. 2004;10(2-3):111–22.
- Gloor D, Meier H, Social Insight Zürich. Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentative Befragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie. Köniz: Edition Sozioethik; 2004.
- Gloor D, Meier H. Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Schriftreihe des Justizdepartements Basel-Stadt. Bd. 8. Basel: Justizdepartement Basel-Stadt; 2005.
- Stahelin HB. Epidemiologie der Demenzerkrankungen. Schweiz Med Forum. 2004;4:247–50.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bern: BAG; 2005. S. 10f.
- Kaufmann R. Eheschwierigkeiten bei betagten Paaren. In: Uchtenhagen A, Jovic N, Herausgeber. Psychogeriatric. Zürich: Fachverlag AG; 1998. S. 207–17.
- Leisinger F. Vernachlässigung in der Gerontopsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen. 2005; 2:28–31.
- Wettstein A. Die Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Schweiz Med Forum. 2004;4(23): 607–10.
- Tschainer S. Bedürfnisse und Erwartungen Angehöriger. In: Förstl H, Herausgeber. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003. S. 215–9.
- Rupp M, Rauwald C. Von der Aggressivität zur Eskalation – Klärung einiger Grundbegriffe. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C, Herausgeber. Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004.
- Dittmann V. Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In: Bauhofer S, Bolle P-H, Dittmann V, Herausgeber. «Gemeingefährliche» Straftäter. Zürich: Rüegger Verlag; 2000. S. 67–91.

- 31 Urbaniok F. FOTRES Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Bern: Zytglogge Verlag; 2004.
- 32 Ebner G. Häusliche Gewalt. *Psychiatrie*. 2005;5(1): 16–23.
- 33 Brunner S. Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD, Herausgeber. *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe; 2004. S. 264–73.
- 34 Henwood M. Domestic violence. A resource manual for health care professionals. London: Departement of Health; 2000. Available from: www.dh.gov.uk.
- 35 Unger-Köppel J. Kinderschutz, praktische Ideen. Arbeitspapier des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Aargau (KJPDAG). Windisch: KJPDAG; 2003. Vgl. dazu www.pdag.ch.
- 36 Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft. Vgl. dazu www.interventionsstelle.bl.ch.
- 37 Zollinger U, Hartmann K. Ärztliche Melderechte und Meldepflichten gegenüber Justiz und Polizei. Uneinheitliche gesetzliche Regelungen in der Schweiz bei Todesfällen, Körperverletzungen und Sexualdelikten. *Schweiz Ärztezeitung*. 2001;82(26): 1384–92.
- 38 Simon RI. *Psychiatry and law for clinicians*. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001.
- 39 Sachs J. Checkliste Jugendgewalt. Ein Wegweiser für Eltern, soziale und juristische Berufe. Zürich: Orell Füssli Verlag; 2006.
- 40 Rupp M. *Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003.
- 41 Battegay R. Psychodynamische Aggressionstheorien. In: Küchenhoff J, Hügi A, Mäder U, Herausgeber. *Gewalt. Ursachen, Formen, Prävention*. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2005. S. 67–86.

Korrespondenz:

Dr. med. Jörg Wanner
Stellvertretender Chefarzt
Externe Psychiatrische
Dienste Baselland
CH-4101 Bruderholz
joerg.wanner@kpd.ch