

Aggression und Gewalt im ärztlichen Alltag. Teil 2¹

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

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



Quintessenz

- Opfer von Gewalt kommen oftmals nicht mit dem Problem der Gewalt selbst zur Ärztin oder zum Arzt, sondern mit einer Vielzahl von Beschwerden wie zum Beispiel chronischen Schmerzen, gastrointestinalen Symptomen, Verletzungen, depressiven Verstimmungen, Ängsten oder Substanzabhängigkeiten.
- Bei Gewaltopfern müssen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aktiv erfragt werden. Entsprechende Symptome sind: Alpträume und Flashbacks, Vermeidungsverhalten, emotionale Abstumpfung, Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit.
- Beim Verdacht auf Gewalt sollte mit Feingefühl, aber aktiv und direkt nachgefragt und das Ausmass der Gefährdung eruiert werden. Dabei sind folgende Aspekte zu beachten: Art und Dauer der Misshandlung; vorhandene Verletzungen (evtl. auch unter Kleidern versteckt); Angst davor, nach Hause zu gehen; Sicherheit der Kinder.
- Oberste Priorität bei Interventionen kommt der Sicherheit der Betroffenen zu. Bei akuten Situationen sind praktische Dinge wie die Ausarbeitung eines Krisenplans, die Vermittlung in ein Frauenhaus, eine Hospitalisierung und Hinweise auf weitere Unterstützungsangebote wie Opferhilfestellen vorrangig.
- Auch die Betreuung von gewaltbereiten Patienten ist sinnvoll. Mit allen Beteiligten sollten klare Abmachungen darüber getroffen werden, was im Fall von Krisen zu unternehmen ist. Dabei sollten auch Probleme des Datenschutzes geklärt werden.
- Sind Kinder involviert, sollte auf keinen Fall überstürzt gehandelt werden. Kinderschutz erfordert eine multidisziplinäre Zusammenarbeit, und man tut gut daran, den Rat von Fachleuten einzuholen.
- In Situationen mit Gewalt werden medizinisch-therapeutische Mittel allein der Situation oftmals nicht gerecht. Sinnvoll sind zusätzliche Unterstützungsangebote der Hinweis auf Opferhilfestellen oder der Einbezug von zivil- oder strafrechtlichen Interventionsmöglichkeiten.

Summary

Aggression and violence in daily medical practice. Part 2

- *In most cases the victims of violence do not tell their physicians what has happened to them but present unspecific symptoms such as chronic pain, gastrointestinal symptoms, injuries, depression, anxiety or substance abuse.*
- *It is the physician's duty to be aware that any patient may be the victim of an assault and that in this case posttraumatic stress disorder (PTSD) and other psychological sequelae are possible. For example, where violence is reported or suspected the physician should actively examine the patient for PTSD symptoms (e.g. nightmares and flashbacks related to the traumatic experience, avoidance behaviour, numbing, hyperarousal and irritability).*

Die Opfer

Ein grosser Teil der Gewaltopfer, insbesondere solche ausländischer Herkunft, kommt nicht mit dem Problem der Gewalt selbst zur Ärztin oder zum Arzt, sondern mit einer Vielzahl von Beschwerden, die oftmals körperlicher Art sind, wie Kopfschmerzen, Asthma, gastrointestinalen Symptomen und chronischen Schmerzen. An psychischen Störungen treten vor allem Depressionen, Suchterkrankungen und Angststörungen auf. Unter Patientinnen und Patienten, die einen Suizidversuch begangen haben, finden sich häufig Gewaltopfer, ebenso unter Frauen, die Kinder misshandelt haben [32]. Insbesondere sollte bei den in Tabelle 6 zusammengefassten Hinweisen an ein Gewalterleben gedacht werden [33, 34]. Entsteht bei einer Konsultation der Eindruck, dass eine Patientin Gewalt erfährt bzw. erfahren hat, sollte mit Feingefühl und Empathie, aber aktiv und direkt nachgefragt werden. Bestätigt das Opfer den Verdacht, sollte man versuchen, das Ausmass der Gefährdung abzuklären. Dabei sind folgende Aspekte zu beachten: Art und Dauer der Misshandlungen; vorhandene Verletzungen (evtl. auch unter den Kleidern versteckt); Angst davor, nach Hause zu gehen. Dann ist auch an die Sicherheit der Kinder zu denken. Ein wichtiger Teil der Abklärung ist ebenfalls die Information, die es dem Opfer erlaubt, seine Situation besser einzuschätzen. Dazu gehört unter

¹ Die vorliegende Arbeit gibt einen ausführlichen Überblick über das Phänomen von Aggression und Gewalt im ärztlichen Alltag. Der erste Teil, der im letzten Heft des «Schweizerischen Medizin-Forums» erschienen ist, 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 befasst sich vertieft mit der besonderen Situation von Opfern und Tätern, gibt einen Überblick über Interventionsmöglichkeiten und diskutiert das Erörtere an einem Fallbeispiel. Den Abschluss bilden eine Zusammenfassung und weiterführende Literaturhinweise.

- *When the patient is at risk of becoming the victim of violent behaviour the physician should actively, but in a respectful manner, explore the risk of future violent events. This assessment needs to clarify, first, the history of violence, including frequency of past assaults and the extent of injuries (which are often hidden under clothing!), and, second, practical questions such as fear of returning home, the degree to which children are at risk and potential precipitating events.*
- *Personal safety has top priority. In case of acute danger a safety plan – a protocol on how to proceed – may be very helpful. Priority practical measures include moving in with a friend or relative, admission to a women’s shelter, hospitalisation or referral of the patient to a victim support network.*
- *Management of potentially violent patients is equally critical. Clear arrangements should be made to avoid situations in which violence occurs and to interrupt the behavioral sequence which precedes violence. In extreme cases it may be necessary to breach confidentiality in order to prevent harm to a third party.*
- *Where children are involved and at risk, the situation is more complicated if the source of danger is a parent or relative. The protection of children often requires interdisciplinary cooperation, and consultation of experienced professionals is always to be recommended.*
- *Often in cases of violence the physician’s strictly medical role is limited to actual treatment of the consequences. However, his/her assessment of the problem, intervention, and support are potentially of immense value. In many instances collaboration with the authorities and with other health care professionals and social services is central to a successful outcome. The physician also needs to be competent in referral to shelters and support networks – not just to other health care professionals.*

anderem der Hinweis, dass Gewaltanwendung nicht nur verwerflich und entwürdigend, sondern zudem verboten und strafbar ist – auch in der Ehe. Bei Gewaltopfern sollte natürlich gezielt nach Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung gesucht werden, das heisst dem Wiedererleben des Traumas in Form von Alpträumen oder Flashbacks, dem Vermeiden von Situationen, die an das Gewalterleben erinnern sowie nach emotionaler Abstumpfung oder Übererregbarkeit mit Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Hypervigilanz [9]. Es ist immer daran zu denken, sorgfältig zu dokumentieren. Bei Kindern ist neben den bereits erwähnten Gewalt- oder Misshandlungsformen auch auf die Vernachlässigung hinzuweisen. Damit ist das Nichterfüllen kindlicher Bedürfnisse zum Beispiel bezüglich Ernährung, Hygiene, Kleidung, Erziehung, Betreuung und Aufsicht gemeint. Eine weitere Form von Gewalt bei Kindern ist das sogenannte Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom [35]. Die Eltern, oft sind es die Mütter, die bei Medizinalpersonen ein sehr positives Bild von sich selbst zu erwecken vermögen, erfinden Symptome, an denen ihr Kind leiden soll (Fieber, Blutungen, Krämpfe), oder sie erzeugen sogar durch verschiedene Manipulationen gezielt Beschwerden bei ihrem Kind. Beides bewirkt zahlreiche unnötige medizinische Abklärungen und Eingriffe.

Interventionen aus der Sicht der Opfer

Im Zusammenhang mit Interventionen bei Gewaltbetroffenen kommt der Sicherheit oberste Priorität zu. Bei akuter Gefahr ist oftmals die äussere Sicherheit vorrangig. Dabei sind häufig ganz praktische Dinge wie die Ausarbeitung eines Krisenplans, die Vermittlung in ein Frauenhaus, Hospitalisierung, finanzielle Unterstützung usw. wichtig. Tabelle 7 fasst die Punkte zusammen, die ein Krisenplan beinhalten sollte. Darauf zu achten, dass Menschen, die ein Hilfsangebot in Anspruch nehmen, dennoch für sich selbst verantwortlich und urteilsfähig bleiben, aktiviert und fördert deren Selbsthilfemöglichkeiten. Die Entscheidung einer Frau, trotz Gefährdung wieder nach Hause zu gehen, muss akzeptiert werden. Sie kann gute Gründe haben, die sie zu diesem Schritt bewegen (Tab. 8). Ist die Situation nicht so akut, dass sofortiges Handeln gefragt ist, ist es unter Umständen möglich, in Form von Paargesprächen die Situation zu entschärfen, indem man zum Beispiel über die Gefahr einer Eskalation von Gewalt in der Beziehung informiert, den Einbezug von Freunden oder Bekannten anregt oder Ratschläge zur Verbesserung der Kommunikation erteilt. In

Tabelle 6. Mögliche Zeichen von Gewalterleben (nach Henwood [34]).

Regelmässige, vage Klagen
Chronische vage Symptome
Des öfteren nicht wahrgenommene Termine
Unpassende Erklärungen zu bestehenden Verletzungen
Mehrere Verletzungen in verschiedenen Heilungsstadien
Verletzungen an Brust, Abdomen
Verstecken und Herabspielen von Verletzungen
Wiederholte Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten, Abtreibungen
Verängstigung, Depressivität, Nervosität
Psychiatrische Erkrankungen; Alkohol- und Drogenabhängigkeit
Ständige Begleitung durch Partner oder Familienmitglied zu Terminen
Passivität, Angst gegenüber dem Partner
Partner erlaubt nicht, selbst zu sprechen

Tabelle 7. Krisenplan bei (häuslicher) Gewalt.

1. Patientennotfallkarte mit wichtigen Telefonnummern und eventuell medizinische Unterlagen mitgeben
2. Patientin soll Koffer bereitstellen mit Kleidern und Toilettenartikeln, den wichtigsten Dokumenten, Geld, Lieblingsspielzeug der Kinder usw.
3. Die Patientin soll sich einer Freundin anvertrauen und sich vergewissern, ob sie sich bei ihr melden kann.
4. Wichtige Telefonnummern im Handy speichern
5. Polizei (eventuell schon im voraus) informieren

Tabelle 8. Warum bleibt eine Frau bei einem Partner, der sie misshandelt, oder kehrt zu ihm zurück? [36]

Sie befürchtet stärkere Gewalt nach der Trennung.
Sie ist finanziell abhängig.
Sie will die Aufenthaltsbewilligung nicht verlieren.
Sie will den Kindern den Vater erhalten.
Sie fühlt sich zur Ehe verpflichtet.
Sie will die Familie erhalten.
Sie liebt ihn – nicht aber seine Schläge – immer noch.
Sie weiss nicht, wohin sie gehen soll.
Sie will den finanziellen und sozialen Abstieg verhindern.

Paargesprächen sollte man auch darauf bestehen, mit der Frau allein sprechen zu können, um sicher zu sein, dass diese nicht aus Angst vor dem Partner etwas verschweigt. Wichtig ist es zudem, über das weitere Beratungs- und Hilfsangebot zu informieren. Neben psychiatrischen Fachstellen sind hier vor allem die in jedem Kanton bestehenden Opferhilfestellen zu erwähnen. Deren Leistungen umfassen die Opferberatung, den Opferschutz und die Wahrung ihrer Rechte im Strafverfahren sowie die Entschädigung und Genugtuung. Für Migrantinnen besteht je nach Region ein mehr oder weniger ausgebauter Beratungsangebot.

Intervention aus der Sicht von gewaltbereiten Patienten

Auch für gewaltbereite Patienten ist eine ärztliche Betreuung sinnvoll. Damit lässt sich das Eskalationsrisiko vermindern, oder drohende Eskalationen können früher erkannt und entsprechende Massnahmen in die Wege geleitet werden. Dabei haben sich folgende Aspekte als wirksam erwiesen [29, 40]: Mit einer Verminderung von Stimulation und Komplexität, zum Beispiel durch eine defensive, sachliche und authentische Haltung, die dem Gegenüber Raum und Zeit gibt, lässt sich Stress reduzieren, und die an einem Konflikt Beteiligten fühlen sich in ihren unmittelbaren Anliegen ernst genommen. Mit einer lösungsorientierten Betrachtungsweise wird

Tabelle 9. Die drei Säulen der Deeskalation bei aggressiven Patienten (nach Rupp [40]).

Methoden der Notfall- und Krisenintervention	Stimulation vermindern
	Komplexität reduzieren
	Lösungsorientiert arbeiten
Methoden der Machtanwendung	Grenzen setzen und Spielregeln einführen
	Schützen
	Massnahmen verfügen
Methoden der Beziehungsgestaltung	Kontakt aufnehmen
	Neutrale Dritte einbeziehen
	Vernetzen

vom Problem auf hier und jetzt Umsetzbares fokussiert, was bei belastungsbedingt erregten Menschen sehr hilfreich sein kann. Weiter ist es in diesen Situationen wichtig, Grenzen zu setzen und Spielregeln einzuführen. Die Methode der Beziehungsgestaltung fordert durch eine ruhige, feste und damit auch konfrontationsbereite und nur begrenzt anteilnehmende Haltung eine Kultur von Verbindlichkeit und Respekt. Wenn dies gelingt, geht davon die beste Langzeitwirkung hinsichtlich Gewaltprävention aus (Tab. 9 ↻). Wenn möglich sollten auch Abmachungen getroffen werden, was im Fall von Krisen unternommen wird. Insbesondere sollten ebenfalls Probleme des Datenschutzes geklärt werden, etwa wenn es darum geht, gefährdete Personen zu benachrichtigen.

Besteht ein hohes Risiko für eine Gewalteskalation in den nächsten ein bis zwei Tagen, müssen unverzüglich geeignete Massnahmen eingeleitet werden. Bei einem mittleren Risiko sind engmaschige Konsultationen erforderlich. Potentiell betroffene Personen sind zu warnen. Gemeinsam mit dem Patienten (und allenfalls den Angehörigen) sind Handlungsszenarien festzulegen und verbindlich zu vereinbaren. Für den Patienten und die Angehörigen ist eine optimale Erreichbarkeit zu gewährleisten. Bei geringem Risiko kann die Behandlung im gewohnten Rahmen fortgesetzt werden.

Die meisten gewaltbereiten Patienten lassen sich durch eine ärztliche Betreuung wirkungsvoll managen. Angesichts der drohenden Eskalation ist meist ein klares und bestimmtes Auftreten der Ärztin oder des Arztes erforderlich, und gegebenenfalls müssen Massnahmen verfügt werden. In bedrohlichen Situationen sind die polizeilichen Einsatzkräfte anzufordern. Häufig führt die blosse Präsenz uniformierter Polizeibeamter zu einer Deeskalation. Der eigene Schutz der Ärztin oder des Arztes inklusive des Praxispersonals ist zu beachten – auch wenn bedrohliche Eskalationen in der eigenen Praxis oder bei einem Hausbesuch erfreulicherweise selten sind.

Die Warnung bzw. der Einbezug von Angehörigen führt oft zu einem Dilemma mit der ärztlichen Schweigepflicht. Der einfachste Weg der Problemlösung besteht darin, sich vom Patienten angesichts der Umstände explizit von der Schweigepflicht entbinden zu lassen. Ist der Patient unkooperativ und weigert er sich, ist eine Entbindung durch die Gesundheitsbehörden in Betracht zu ziehen. Die telefonische Kontaktaufnahme mit der entsprechenden Instanz (je nach Kanton ist es der Rechtsdienst des jeweiligen Gesundheitsdepartements oder der Kantonsarzt) ist meist ausreichend – die administrativen Formalitäten lassen sich nötigenfalls später erledigen. Zu beachten ist, dass in der Schweiz fünf Kantone eine gesetzliche Meldepflicht im Zusammenhang mit Gewalthandlungen kennen [37]. Es sind dies die Kantone Nidwalden (NW), Schwyz

(SZ), Tessin (TI) und Uri (UR). Im Kanton Basellandschaft (BL) besteht eine Meldepflicht bei schweren (im juristischen Sinne!) Verletzungen, bei einfachen ein Melderecht. Die übrigen Kantone kennen lediglich Melderechte oder verfügen über keinerlei Bestimmungen. Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen ist jeweils eine Güterabwägung im Hinblick auf den Schutz potentiell betroffener Personen vorzunehmen. Die sogenannten «Tarasoff-Urteile» auferlegen dem Arzt eine «duty to warn» [38], wenn Drittparteien von Gewalthandlungen betroffen sind, und der Arzt davon durch die Behandlung Kenntnis erlangt. Die Schweizer Rechtsprechung hat nach dem Wissen der Autoren bisher diese Tarasoff-Doktrin nicht zur Anwendung gebracht – trotzdem sei der Ärztin oder dem Arzt dazu geraten, in solchen Situationen jeweils eine entsprechende Güterabwägung vorzunehmen.

Kinderschutz

In der Vergangenheit war der Kinderschutz durch die Aussage «Hilfe statt Strafe» geprägt. Dies suggeriert einen Gegensatz, wo Ergänzungen hilfreicher wären. Misshandelnde brauchen immer Hilfe, um die Bedingungen so zu verändern, dass sie nicht mehr misshandeln. Hilfe allein genügt aber oft nicht, so dass diese durch eine geeignete Kontrolle (Vormundschaftsbehörde) ergänzt werden muss. Kindsmisshandlung ist in vielen Fällen ein Officialdelikt, so dass in schweren Fällen eine Anzeige erwogen werden muss (Strafverfolgungsbehörde). Dies muss aber immer mit einer Kontrollmassnahme und einer Hilfe zur Veränderung kombiniert werden. Falsch wäre es, nur eine Kontrolle durchzuführen oder nur Strafanzeige zu erstatten. Die drei Möglichkeiten des Umganges mit Kindsmisshandlung sind in Tabelle 10 dargestellt. Kinderschutz ist eine multidisziplinäre Zusammenarbeit. Das heisst, die Beteiligten einigen sich auf ein gemeinsames Ziel. Sie sind bereit, ihre eigenen Aufgaben und ihr eigenes Tun darauf hin zu reflektieren, wo Differenzen zum gemeinsamen Ziel bestehen, um im Rahmen ihrer gegebenen Spielräume Lösungen zu finden. Die Entscheidung, welche Vorgehensweise gewählt werden soll, ist das zentrale Know-how von Kinderschutzfachleuten. Es ist empfehlenswert, in schwierigen Situationen mit diesen Kontakt aufzunehmen und zusammen mit ihnen, eventu-

ell ohne die Namen der Betroffenen zu nennen, eine sinnvolle Vorgehensweise festzulegen. Ergänzend sei noch erwähnt, dass eine gute Dokumentation, gegebenenfalls mit Fotos und Angabe von Informationsquellen besonders wichtig ist und es sich in diesen Fällen empfiehlt, grosszügig zu hospitalisieren. Als Leitsatz gilt, dass notfallmässiges Handeln in Kinderschutzfällen meistens falsch ist. Man sollte vielmehr notfallmässig mit dem Nachdenken beginnen, um dann geplant, mit Weitsicht handeln zu können. Bei Kindern gibt es spezielle gesetzliche Regelungen bezüglich Datenschutz. Ist an einem Unmündigen eine strafbare Handlung begangen worden, so sind die zur Wahrung des Amts- oder Berufsgeheimnisses verpflichteten Personen berechtigt, dies in seinem Interesse den vormundschaftlichen Behörden zu melden (Art. 364 StGB) (Anmerkung: Der ursprünglich im Manuskript erwähnte Art. 358^{ter} StGB existiert nicht!). Es handelt sich hier um ein Recht und nicht um eine Pflicht.

Zivil- und strafrechtliche Interventionsmöglichkeiten

Als Ärztin oder Arzt können wir eine fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) in die Wege leiten, zum Beispiel bei Suizidalität des Opfers oder bei Fremdgefährdung des Täters. Das Zivilrecht bietet neben der fürsorgerischen Freiheitsentziehung, insbesondere im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt, noch andere Interventionsmöglichkeiten. Bei verheirateten Paaren können Eheschutzmassnahmen (Art. 171ff. ZGB) angeordnet werden. Diese Massnahmen sind auch im Scheidungsverfahren anwendbar. Bei unverheirateten Paaren können Massnahmen im Rahmen des Persönlichkeitsschutzes (Art. 28ff. ZGB) zur Anwendung gelangen. Mit der Officialisierung der häufigsten Delikte im häuslichen Bereich seit dem 1. April 2004 brach der eidgenössische Gesetzgeber die Tabuzone «Familie» auf. Gewalt in der Familie soll nicht mehr hinter verschlossenen Türen stattfinden oder stillschweigend akzeptiert werden [5]. Delikte, die neu als Officialdelikte gelten, sind in Tabelle 11 zusammengestellt.

Tabelle 11. Officialdelikte im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt.

Einfache Körperverletzung (Ohrfeigen, Fusstritte, Stösse, Würgen, an den Haaren reissen, Schlägen mit einem Gegenstand, Werfen von Gegenständen) (Art. 123 StGB)
Wiederholte Tötlichkeiten (Art. 126 StGB)
Drohung (Art. 180 StGB)
Sexuelle Nötigung (Art. 189 StGB)
Vergewaltigung in Ehe und Partnerschaft (Art. 190 StGB)

Tabelle 10. Drei sich ergänzende Herangehensweisen bei Kindsmisshandlung [35].

Freiwillige Kooperation mit der Familie	Kooperation mit der Kontrollbehörde	Kooperation mit der Strafbehörde
Beobachtung	Ermahnung	Untersuchung
Betreuung	Wegnahme der Kinder	Bestrafung des Täters
Therapie		

Damit entfällt für die gewaltbetroffene Person die schwierige Entscheidung, gegen Angehörige Anzeige erstatten zu müssen. Es besteht dann die Möglichkeit, den Gewaltausübenden unter Anordnung von Ersatzmassnahmen (z.B. Teilnahme an einem Trainingsprogramm für Gewalttäter) aus der Untersuchungshaft zu entlassen. Bei Wohlverhalten kann das Strafverfahren sistiert, bei längerfristig gutem Verlauf sogar eingestellt werden.

Fallbeispiel

Herr A., ein Migrant mit C-Niederlassung, suchte wegen Atemproblemen die Notfallstation auf. Es wurde eine Hyperventilation diagnostiziert. Dem beigezogenen psychiatrischen Konsiliarius berichtete Herr A., am Tag zuvor massiv Alkohol getrunken und auch an Suizid gedacht zu haben. Als Ursache für seine Verzweiflung gab er Beziehungsprobleme mit der Ehefrau an, die ihn stark unter Druck setze, ihre Familie im Heimatland finanziell mehr zu unterstützen. Herr A. arbeitet als Hilfgärtner, er ist verheiratet und hat drei Kinder im Alter von sieben Monaten, fünf und acht Jahren. In der letzten Zeit sei es immer wieder zu alkoholischen Exzessen gekommen, weil er den Druck seiner Ehefrau nicht aushalte. Momentan befinde sich die Ehefrau mit den Kindern auf Verwandtenbesuch.

Dem für die nächste Woche vereinbarten Folgetermin blieb der Patient fern. Statt dessen erfolgte die Information durch die Untersuchungsbehörde, dass er aufgrund einer Anzeige der Ehefrau inhaftiert worden sei. Er habe sie unter Alkoholeinfluss verprügelt. Das jüngste Kind sei ebenfalls gefährdet gewesen. Da sich die Ehefrau bereit erklärte, den Ehemann zu Hause wieder aufzunehmen und die Anzeige zurückzuziehen, wurde Herr A. am folgenden Tag unter der Bedingung aus der Untersuchungshaft entlassen, am sozialen Trainingsprogramm für gewaltausübende Männer teilzunehmen und sich in eine ambulante psychiatrische Behandlung zu begeben.

Zum vereinbarten Termin erschien Herr A. mit seiner Ehefrau. Diese berichtete, dass ihr Ehemann vor allem an den Wochenenden Alkohol konsumiere und aggressiv werde und sie dann auch schlage. Diese Situation bestehe schon ungefähr fünf Jahren. Ihr Mann habe in alkoholisiertem Zustand auch schon einen Autounfall verursacht. Hauptproblem sei, dass zu wenig Geld vorhanden sei (4000 Franken pro Monat). Die Familie des Ehemannes erwarte, dass er Geld in sein Heimatland schicke. Dadurch komme er unter Druck, da er merke, dass auch die eigene Familie mit den drei Kindern Geld benötige. Die Ehefrau gab an, mit dieser Situation gut umgehen zu können und auch mit ihren Freundinnen darüber zu reden. Der Ehemann spreche kaum mit jemandem und «fresse alles in sich hinein». Im Rahmen der Alkohol-exzesse breche es dann aus ihm heraus.

Das Ehepaar war bereit, das nächste Gespräch zusammen mit einem Dolmetscher zu führen. Das Angebot eines Einzelgesprächs lehnte die Ehefrau ab und sagte, sie wolle lieber gemeinsam mit dem Ehemann kommen. In der am gleichen Tag eintreffenden Verfügung der Untersuchungsbehörden wurde festgehalten, dass der Patient wieder in Untersuchungshaft versetzt werde, wenn er die Auflagen nicht einhalte. Wegen der potentiellen Gefährdung der Kinder hatte der Untersuchungsbeamte auch die Vormundschaftsbehörde der Wohnortsgemeinde informiert, welche wiederum die Lehrerin des ältesten Kindes über die Umstände in Kenntnis gesetzt hatte.

Auch der Hausarzt war von der Untersuchungsbehörde bereits über die Situation informiert worden. Er hatte Herrn A. in den letzten beiden Monaten wegen einer Handverletzung behandelt. Es war ihm bekannt, dass der Patient finanziell unter Druck stand und depressiv wirkte. Die Alkoholprobleme standen für den Hausarzt nicht im Vordergrund. Es wurde vereinbart, sich gegenseitig über die weitere Entwicklung auf dem Laufenden zu halten.

Die weitere Entwicklung war erfreulich. Herr A. nahm am Trainingsprogramm für gewaltausübende Männer teil und begab sich in psychiatrische Behandlung. Dies wirkte sich sowohl positiv auf Herrn A. als auch auf die ganze Familie aus, was von der Ehefrau bestätigt wurde. Herr A. konnte seine sozialen Kompetenzen verbessern und den Alkoholkonsum einstellen. Wegen des guten Verlaufs wurde von den Untersuchungsbehörden die Sistierung des Strafverfahrens beantragt.

Zusammenfassung

Aggression und Gewalt zeigen sich im ärztlichen Alltag in vielen Formen. Im Vordergrund stehen dabei vor allem Gewaltopfer, aber auch gewaltbereite Patienten gehören in diesen Problembereich. Die Wahrnehmung von Gewalt im Gesundheitswesen, aber auch in unserer Gesellschaft hat sich verändert. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Die Erfahrung der Kriegstraumatisierten aus dem Vietnamkrieg gab Anlass dazu, die diagnostischen und therapeutischen Konzepte weiterzuentwickeln. Dies hatte zur Folge, dass wir heute sehr viel mehr über die psychischen Konsequenzen von Gewalt und über deren Behandlung wissen. Parallel dazu hat aber auch ein gesellschaftlicher Bewusstseinsprozess stattgefunden. Die Frauenbefreiungs- und die Kinderschutzbewegung machten auf Gewalt im sozialen Nahfeld aufmerksam. In den 1980er Jahren wurden Frauenhäuser eröffnet, und multidisziplinäre Kinderschutzgruppen haben an vielen grösseren Spitälern ihre Tätigkeit aufgenommen. Diese Entwicklung fand auch in entsprechenden Gesetzes-

änderungen ihren Niederschlag. Im Jahr 1993 trat das Opferhilfegesetz in Kraft, verbunden mit der Einrichtung von Opferhilfestellen. Mit der Offizialisierung der häuslichen Gewalt am 1. April 2004 wurde die rechtliche Stellung von Gewaltopfern weiter verbessert. In einigen Kantonen sind bereits zusätzliche Gesetzesänderungen erfolgt, die es ermöglichen, Täter aus der Wohnung zu weisen.

Gewalt umfasst ein breites Spektrum. Neben physischer und sexueller Gewalt spricht man heute auch von psychischer, sozialer und ökonomischer Gewalt. Das Phänomen Gewalt ist häufig. Gut 40% der Frauen in der Schweiz erfahren im Erwachsenenalter körperliche, sexuelle oder verbale Gewalt. Rund ein Drittel aller Frauen und ein Viertel aller Männer haben in der Kindheit sexuelle Gewalt erlebt. Die volkswirtschaftlichen Kosten von Gewalt sind beträchtlich. Im Gesundheitswesen wird das Problem als relevant anerkannt, und erste Ansätze zu einem professionellen Umgang damit werden entwickelt.

Für die ärztliche Tätigkeit ist es wichtig, Situationen zu erkennen, bei denen Gewalt im Spiel ist und dort auch zu intervenieren, mit dem Ziel, das Risiko von Gewalteskalationen zu vermindern. Meist werden wir es mit Opfern von Gewalt zu tun haben. Bei einem diesbezüglichen Verdacht sollte mit Feingefühl, aber aktiv und direkt nachgefragt und das Ausmass der Gefährdung eruiert werden. Dazu gehört auch eine Einschätzung des zu erwartenden gewalttätigen Verhaltens von Gewaltbereiten. Das wichtigste Kriterium dafür ist gewalttätiges Verhalten in der Vergangenheit. Weitere ungünstige täterbezogene Faktoren sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit dissozialer Tendenz, mangelndes Problembewusstsein, eingeschränkte soziale Kompetenz, ungünstiges Konfliktverhalten und mangelnde Bereitschaft, sich mit seinem Fehlverhalten auseinanderzusetzen. Auch situative Faktoren wie der Besitz von Schusswaffen, Alkohol- und Drogenkonsum, eine angekündigte Trennung oder eine bevorstehende Kündigung sind zu beachten. Oberste Priorität bei Interventionen bei Gewaltbetroffenen kommt der Sicherheit zu. Bei akuter Gefahr sind oftmals praktische Dinge wie die Ausarbeitung eines Krisenplans, die Vermittlung in ein Frauenhaus, eine Hospitalisierung und Hinweise auf weitere Unterstützungsangebote wie Opferhilfestellen, die unter

Umständen auch finanzielle Unterstützung organisieren können, vorrangig. Darauf zu achten, dass Menschen, die ein Hilfsangebot in Anspruch nehmen, dennoch für sich selbst verantwortlich und urteilsfähig bleiben, aktiviert deren Selbsthilfemöglichkeiten. Dazu gehört zum Beispiel auch das Respektieren der Entscheidung einer Frau, die trotz Gefährdung wieder nach Hause gehen will.

Ebenfalls die Betreuung von gewaltbereiten Patienten ist sinnvoll. Man kann einerseits deeskalierend einwirken und andererseits im Fall einer drohenden Eskalation rechtzeitig Massnahmen ergreifen. Es ist von Vorteil, klare Abmachungen mit allen Beteiligten zu treffen, was bei Krisen unternommen werden soll. Dabei sind auch Probleme des Datenschutzes zu klären. Sind Kinder involviert, sollte auf keinen Fall überstürzt gehandelt werden. Kinderschutz basiert auf einer multidisziplinären Zusammenarbeit, und man tut gut daran, den Rat von Fachleuten einzuholen.

In Gewaltsituationen reichen medizinisch-therapeutische Mittel allein oftmals nicht aus. Sinnvoll sind zusätzliche Beratungs- und Unterstützungsangebote wie Opferhilfestellen, Beratungsstellen von Frauenhäusern, Beratungsangebote für MigrantInnen, Rechtsberatung usw. Das Zivilrecht bietet neben der Möglichkeit einer fürsorglichen Freiheitsentziehung, zum Beispiel bei Suizidalität des Opfers oder Fremdgefährdung des Täters, weitere Interventionsmöglichkeiten wie Eheschutzmassnahmen oder Massnahmen im Rahmen des Persönlichkeitsschutzes. Mit der Offizialisierung der häuslichen Gewalt bietet auch das Strafrecht bessere Mittel, um Gewalteskalationen entgegenzuwirken. Bei alledem ist es wichtig, die eigenen Grenzen und Möglichkeiten zu erkennen und insbesondere auch die eigene Sicherheit nicht aus den Augen zu verlieren.

Danksagung

Wir danken Dr. med. Brigitte Contin, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland, Binningen, Dr. med. Markus Schmidlin, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Aesch, und Prof. Dr. Martin Killias, Institut für Kriminologie und Strafrecht, Universität Lausanne, für ihre hilfreichen Hinweise und die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Empfohlene Literatur

- Rupp M, Rauwald C. Von der Aggressivität zur Eskalation – Klärung einiger Grundbegriffe. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C, Hrsg. Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004.
- Ebner G. Häusliche Gewalt. Psychiatrie. 2005;5(1):16–23.
- Brunner S. Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD, Hrsg. Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe; 2004. S. 264–73.
- Unger-Köppel J. Kinderschutz, praktische Ideen. Arbeitspapier des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Aargau (KJPDAG). Windisch: KJPDAG; 2003. Vgl. dazu www.pdag.ch.
- 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.
- Sachs J. Checkliste Jugendgewalt. Ein Wegweiser für Eltern, soziale und juristische Berufe. Zürich: Orell Füssli Verlag; 2006.
- Rupp M. Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003.

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

- 1 Allen JG. Coping with trauma. Hope through understanding. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishers; 2005.
- 2 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.
- 3 Tschan W. Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Basel: Karger; 2005.
- 4 Herman J. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann; 2003.
- 5 Steiner S. Häusliche Gewalt. Erscheinungsformen, Ausmass und polizeiliche Bewältigungsstrategien in der Stadt Zürich. Zürich: Rüegger Verlag; 2004.
- 6 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.
- 7 Godenzi A, Yodanis C. Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Fribourg: Universität Fribourg; 1998.
- 8 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.
- 9 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).
- 10 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.
- 11 Galtung J. Strukturelle Gewalt. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt; 1975.
- 12 Knecht T. Stalking – Erotomanie im neuen Gewand? Schweiz Med Forum. 2005;5(6):171–6.
- 13 Gillioz L, De Puy J, Ducret V. Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne: Editions Payot; 1997.
- 14 www.kinderschutzgruppe.ch.
- 15 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.
- 16 Basler Zeitung vom 22. Januar 2005.
- 17 Neue Zürcher Zeitung vom 8. Juli 2005.
- 18 SF DRS. «Sportpanorama» vom 6. Juni 2005.
- 19 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.
- 20 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.
- 21 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.
- 22 Gloor D, Meier H. Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Schriftreihe des Justizdepartements Basel-Stadt. Bd. 8. Basel: Justizdepartement Basel-Stadt; 2005.
- 23 Staehelin HB. Epidemiologie der Demenzerkrankungen. Schweiz Med Forum. 2004;4:247–50.
- 24 Bundesamt für Gesundheit (BAG). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bern: BAG; 2005. S. 10f.
- 25 Kaufmann R. Eheschwierigkeiten bei betagten Paaren. In: Uchtenhagen A, Jovic N, Herausgeber. Psychogeriatric. Zürich: Fachverlag AG; 1998. S. 207–17.
- 26 Leisinger F. Vernachlässigung in der Gerontopsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen. 2005; 2:28–31.
- 27 Wettstein A. Die Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Schweiz Med Forum. 2004;4(23): 607–10.
- 28 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.
- 29 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.
- 30 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