

Aus der
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin
am LWL-Universitätsklinikum Bochum
der Ruhr-Universität Bochum
Direktor: Prof. Dr. med. Georg Juckel

Zwangsbehandlung bei schizophrenen Patienten
im hessischen Maßregelvollzug

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
Svea Mareike Sela
aus Neustadt in Holstein
2020

Dekan: Prof. Dr. med. Ralf Gold
Referent: Prof. Dr. Boris Schiffer
Korreferent: PD Dr. med. Michael Lasar

Tag der mündlichen Prüfung: 06. Mai 2021

Abstract

Titel: Zwangsbehandlung bei schizophrenen Patienten im hessischen Maßregelvollzug

Autor: Svea Mareike Sela

Einleitung: Die Frage nach der Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie ist seit längerem Gegenstand einer Diskussion auf medizinischer, juristischer und ethischer Ebene. Im Rahmen der Behandlung schizophrener Patienten gehört eine psychopharmakologische Therapie gemäß aktueller Leitlinie unverzichtbar zum Behandlungsspektrum. Durch fehlende Krankheitseinsicht, mangelnden Realitätsbezug und ausgeprägte Wahnvorstellungen von schizophrenen Patienten lehnen einige Patienten die notwendige medikamentöse Behandlung jedoch ab. Bei kontinuierlicher Gegenwehr trotz ausgiebigen Bemühungen seitens des Personals wird daher auch die Zwangsbehandlung gegen den erklärten Willen des Patienten in Erwägung gezogen und gegebenenfalls durchgeführt.

Nachdem das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2011 die Gesetzeslage zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug in einigen Bundesländern für verfassungswidrig erklärt hatte, folgte bundesweit eine Zeit der Rechtsunsicherheit. Seit Änderung der Gesetzeslage im Jahr 2015 sind Zwangsbehandlungen nun als Ultima Ratio nach eingehender Prüfung wieder zulässig.

Im Rahmen dieser Diskussion ist die Frage nach den Auswirkungen von psychopharmakologischer Therapie im Rahmen von Zwangsbehandlung von großer Bedeutung. Die Studie befasst sich mit schizophrenen, nach § 63 des Strafgesetzbuches untergebrachten Patienten im hessischen Maßregelvollzug, welche sich zwischen 2010 und 2016 gegen eine psychopharmakologische Behandlung gewehrt haben.

Methode: Die Datenerhebung erfolgte anhand von Fragebögen, in denen es einerseits um sozial-demographische, strafrechtliche, psychiatrische und psychopathologische Aspekte ging, andererseits wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich zwischen verschiedenen Beobachtungsmerkmalen durchgeführt. Darüber hinaus wurden anhand der Positive And Negative Syndrome Scale die psychopathologischen Veränderungen erhoben.

Ergebnis: Bei der Mehrzahl der Patienten zeigte sich im Beobachtungszeitraum von 6 Monaten eine deutliche Verbesserung der Psychopathologie sowie eine Reduktion des aggressiven Verhaltens nach Beginn der psychopharmakologischen Behandlung. Daraus resultierend war mehrheitlich die Integration in die Stationsgemeinschaft sowie der Aufbau einer therapeutischen Bindung möglich.

Diskussion: Im Kontext einer dünnen Datenlage im Bereich der Forensischen Psychiatrie leistet die Untersuchung einen wichtigen Beitrag zum Schluss dieser Datenlücke sowie zur Diskussion um die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen. Die positiven Auswirkungen der Intervention auf die Psychopathologie und das Verhalten der Patienten ermöglichten in vielen Fällen eine aktive Therapie im Gegensatz zu einer bloßen Verwahrung des Patienten, was im Rahmen der Ziele des Maßregelvollzugs als Fortschritt anzusehen ist. Interessant wären weiterführende Studien, die eine genauere Charakterisierung der Patienten, die längerfristigen Auswirkungen sowie die subjektive Wahrnehmung der Patienten fokussieren.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Hintergrund und Idee der Studie	5
1.2	Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.....	6
1.2.1	Historische Entwicklung der Psychiatrie und der Anwendung von Zwang	7
1.2.2	Ethische Aspekte zur Legitimation von Zwangsbehandlung	8
1.2.3	Kontroverse um Notwendigkeit von Zwangsbehandlungen	9
1.3	Der hessische Maßregelvollzug und seine Patienten	11
1.3.1	Die Patienten im hessischen Maßregelvollzug.....	11
1.3.2	Das Krankheitsbild Schizophrenie	12
1.3.3	Risikofaktoren und Delinquenz	13
1.3.4	Komorbiditäten	14
1.3.5	Zwangsbehandlung im hessischen Maßregelvollzug in den letzten Jahren.....	14
1.4	Studienlage.....	16
1.5	Ziel der Studie.....	20
2	Material und Methoden	22
2.1	Patientenkollektiv / Setting / Datengrundlage	22
2.2	Fragebogeninstrument.....	22
2.3	Etablierte Testverfahren	23
2.3.1	Positive and Negative Syndrome Scale.....	23
2.3.2	Psychopathy Checklist und Historical Clinical Risk Management-20.....	23
2.4	Datenerfassung und -auswertung	24
2.5	Ethikvotum	24
3	Ergebnisse.....	25
3.1	Detaillierte Beschreibung des Patientenkollektivs	25
3.2	Sozialdemographische Daten	26
3.2.1	Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Familienstand	26
3.2.2	Wohnsituation, Bildungsgrad sowie berufliche Qualifikation.....	26
3.3	Psychiatrische Vorgeschichte	27
3.3.1	Krankheitsbild und Verlauf.....	27
3.3.2	Komorbiditäten	28
3.3.3	Strafrechtliche Vorgeschichte und Anlassdelikt	30
3.3.4	PCL und HCR-20 als Prognoseinstrumente.....	32
3.4	Die psychopharmakologische Behandlung.....	32
3.4.1	Rahmendaten zur Zwangsbehandlung.....	33
3.4.2	Psychopharmakologische Therapie in der Zwangsbehandlung	33
3.5	Kernthema der Studie: Prä-Post-Vergleich nach Zwangsbehandlung anhand ausgewählter Beobachtungsmerkmale.....	34
3.5.1	Unterbringungszwischenfälle.....	34
3.5.2	Auseinandersetzung mit Klinikpersonal und Mitpatienten.....	35
3.5.3	Stufungen	35
3.5.4	Sachbeschädigungen.....	36
3.5.5	Psychopathologischer Zustand.....	36
3.5.6	Krankheitseinsicht	37
3.5.7	Integration in die Stationsgemeinschaft	37
3.5.8	Eigengefährdung	37
3.5.9	Suizidalität	38
3.5.10	Therapieeteiligung	38
3.5.11	Körperhygiene	39

3.5.12	Medizinische Diagnostik.....	39
3.6	Kernthema der Studie: Prä-Post-Vergleich anhand der Positive and Negative Syndrome Scale	40
4	Diskussion.....	43
4.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse	43
4.2	Methodische Aspekte.....	43
4.2.1	Stärken und Schwächen der Untersuchung	43
4.3	Inhaltliche Aspekte.....	44
4.3.1	Die Auswirkung von psychopharmakologischer Therapie in der Praxis	44
4.3.2	Untersuchungsmerkmale und deren Folgen für die Praxis	46
4.3.3	Alternativen zur Zwangsbehandlung.....	49
4.3.4	Ansätze zur Optimierung des Maßregelvollzugs unter Berücksichtigung der vorliegenden Studienergebnisse	52
4.3.5	Offene Fragen.....	54
5	Ausblick	55
6	Zusammenfassung	57
7	Literaturverzeichnis.....	59
8	Anhang	64
8.1	Relevante Gesetzestexte im Wortlaut	64
8.1.1	Strafgesetzbuch (StGB).....	64
8.1.2	Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland	64
8.1.3	Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).....	65
8.1.4	Hessisches Maßregelvollzugsgesetz	67
8.1.5	Strafprozessordnung (StPO)	69
8.1.6	Hessisches Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG).....	70
8.2	Fragebogen.....	73
8.2.1	Haupterfassungsfragebogen	73
8.2.2	PANSS-Fragebogen für Case-Manager	83
8.2.3	PANSS Scoring Criteria.....	84

Abkürzungsverzeichnis

BptK	Bundespsychotherapeutenkammer
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
HCR-20	Historical Clinical Risk Management-20
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KFP	Klinik für forensische Psychiatrie
MRV	Maßregelvollzug
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PCL-R	Psychopathy Checklist - Revised
StGB	Strafgesetzbuch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
ZB	Zwangsbehandlung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einteilung des Patientenkollektivs in Subgruppen	26
Abbildung 2: Krankheits- und Behandlungsbeginn.....	28
Abbildung 3: Substanzmittelmissbrauch der Patienten.....	28
Abbildung 4: Persönlichkeitsstörungen der Patienten	29
Abbildung 5: Unterbringungsdelikte der Patienten.....	32
Abbildung 6: Werte der Prognoseinstrumente HCR-20 und PCL.....	32
Abbildung 7: Applizierte Psychopharmaka	34
Abbildung 8: Zwischenfälle während der Unterbringung.....	36
Abbildung 9: Psychopathologischer Zustand der Patienten	37
Abbildung 10: Eigengefährdung und Suizidalität während der Unterbringung.....	38
Abbildung 11: Teilnahme an Therapieangeboten.....	38
Abbildung 12: Verhalten hinsichtlich Hygiene und Diagnostik.....	39
Abbildung 13: Verteilung der Werte ausgewählter PANSS-Items im Prä-Post-Vergleich	41
Abbildung 14: Durchschnittliche PANSS-Werte des Patientenkollektivs im Prä-Post-Vergleich.....	42

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Idee der Studie

Als Zwangsbehandlung wird jede (medizinische) Maßnahme bezeichnet, die gegen den (natürlichen) Willen des Betroffenen¹ vollzogen wird. Der Begriff umfasst sowohl Maßnahmen der Diagnostik als auch der Therapie - konkret sind hierunter sowohl eine medikamentöse Zwangsbehandlung, als auch die Zwangseinweisung in eine Klinik, die Fixierung und Isolierung eines Patienten sowie Zwangsernährung zu nennen.

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie werden nicht nur auf medizinischer, sondern auch auf rechtlicher und ethischer Ebene kontrovers diskutiert. Im Verlauf der letzten Jahre war die Frage, wann eine Anwendung von Zwangsmaßnahmen ethisch vertretbar, rechtlich legitimiert und medizinisch indiziert ist, durch verschiedene Urteile des Bundesverfassungsgerichts in den Fokus gerückt.

In der Psychiatrie ist die Kontroverse um die Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen von besonderer Relevanz, da einerseits die Krankheitsbilder der Patienten, andererseits die daraus hervorgehenden Therapieoptionen, sich teils erheblich von anderen medizinischen Fachdisziplinen unterscheiden.

So liegt bei Patienten in der Forensischen Psychiatrie aufgrund der schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung oftmals ein Mangel an Einsichts- und Beurteilungsfähigkeit vor. Dies erschwert die Behandlung und nimmt eine besondere Stelle in der Diskussion um die Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen ein. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden ethischen Richtlinien, Gesetzestexten und der medizinischen Forschung ist notwendig, um letztendlich ein wirksames, die Würde des Menschen achtende Behandlungsprocedere zu etablieren.

Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren präsenten Diskussion um die Unterbringung gemäß § 63 StGB sowie Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, unter anderem angestoßen durch den Fall Gustl Mollath im bayrischen Maßregelvollzug, ist es umso wichtiger, eine wissenschaftliche Basis zu schaffen und die Diskussion zu versachlichen. Ein weiteres Ereignis, welches die Diskussion entflammen ließ, war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, in dem die Unterbringungsgesetze einiger Bundesländer für verfassungswidrig erklärt wurden. Kritisiert wurde in besagtem Urteil vor

¹ Aufgrund besserer Lesbarkeit der Arbeit wird ausschließlich das maskuline Geschlecht aufgeführt. Die Angaben beziehen sich jedoch auf Angehörige beider Geschlechter, sofern nicht anders dargelegt.

allem die fehlende beziehungsweise unzureichende Gesetzesgrundlage bei der Anwendung von Maßnahmen gegen den Willen der Patienten.

Aus diesem Mangel an Daten und der medienwirksamen Diskussion heraus entstand die Idee einer Studie zum Thema Zwangsbehandlung bei schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug.

1.2 Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

Die psychiatrische Versorgung gliedert sich in Deutschland im Wesentlichen in den ambulanten Bereich sowie den stationären Sektor. Zwangsmaßnahmen werden in Deutschland nur im stationären Sektor angewandt. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist in den jeweiligen Landesgesetzen der Bundesländer festgeschrieben, welche sich teils erheblich voneinander unterscheiden. (Lincoln, Heumann, & Teichert, 2014)

Die Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik erfolgt auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen: Man unterscheidet eine zivilrechtliche (fürsorgliche) Unterbringung auf Grundlage des Betreuungsrechts von einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung zur Gefahrenabwehr sowie der Sicherung von Sicherheit und Ordnung. Die strafrechtliche Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt zumeist nach begangener Straftat durch einen schuldunfähigen beziehungsweise vermindert schulfähigen psychisch Erkrankten. Die zuletzt genannte Form muss aufgrund der juristischen Komponente klar von der sozialpsychiatrischen Versorgung im stationären Setting der Allgemeinpsychiatrie unterschieden werden.

Unter Zwangsmaßnahmen sind im Übrigen nicht nur solche Maßnahmen zu verstehen, welche unter Anwendung unmittelbaren Zwangs mitsamt Überwindung des physischen Widerstands des Patienten durchgeführt werden, sondern es wird auch von Zwangsbehandlung gesprochen, wenn der Betroffene ein Medikament „in Ansehung der bloßen Möglichkeit der Zwanganwendung“ einnimmt. Ebenfalls eingeschlossen ist das „heimliche“ Verabreichen einer Medikation wie zum Beispiel das Untermischen einer Substanz ins Essen, sofern dies nicht dem natürlichen Willen des Patienten entspricht. (Henking & Vollmann, 2015) In der Literatur wird der Begriff der Zwangsbehandlung jedoch nicht einheitlich verwendet. In manchen Studien werden nur solche Interventionen als Zwangsbehandlung bezeichnet, bei denen der physische Widerstand des Patienten aktiv durchbrochen werden musste.

Abzugrenzen von Zwangsbehandlungen ist der Begriff der Sicherungsmaßnahmen, von manchen Autoren auch als mechanische Zwangsmaßnahmen bezeichnet. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, welche überwiegend zur Abwendung einer vom Betroffenen ausgehende Gefahr durchgeführt werden, wie zum Beispiel die Isolation oder die Fixierung. Auch die medikamentöse

Ruhigstellung fällt insofern unter diesen Begriff, als dass das Medikament auch eingesetzt wird, um die vom Patienten ausgehende Gefahr abzuwenden. Die Linderung der Symptome oder gar Heilung werden hier nicht fokussiert. (Henking & Vollmann, 2015)

1.2.1 Historische Entwicklung der Psychiatrie und der Anwendung von Zwang

Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass sich das psychiatrische Fachgebiet und die Behandlungsstandards in den letzten Jahren und Jahrhunderten stets verändert haben. Während im frühen 18. Jahrhundert psychisch Kranke („mittellose Irre“) in Spezialabteilungen von Zuchthäusern oder in gefängnisähnlichen Tollhäusern untergebracht waren, wurden erstmals in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhundert milieutherapeutische Konzepte sowie humanere Behandlungsformen etabliert. Erste Spezialanstalten wurden Anfang des 19. Jahrhunderts errichtet und die „frühe Anstaltspsychiatrie“ löste im Namen der späten Aufklärung die „absolutistischen Zwangsinstitutionen“ ab. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen nahm jedoch kein Ende und neben Maßnahmen zur Aktivierung² beziehungsweise zur Dämpfung wurde bei einigen Unterbrachten auch Gewalt, zum Beispiel durch die Drehmaschine, durch Isolierung oder durch einen Zwangsstuhl, angewandt. In den Erkrankungen sah man in erster Linie eine somatische Genese, die mit teils folterähnlichen Methoden behandelt wurden. In der Anfangszeit der Psychiatrie sowie bis ins 19. Jahrhundert reichend gab es kein ausgebildetes Pflegepersonal und die Unterbringung eines Patienten glich einer Verwahrung und Ruhigstellung. Das Ziel der Reintegration und entsprechende Maßnahmen wurden nicht verfolgt. (Brueckner, 2015)

Als naturwissenschaftlich etabliertes Fach galt die Psychiatrie ab 1870 und erste psychotherapeutische Ansätze fanden Anwendung in der Behandlung psychiatrischer Patienten. Um 1900 waren knapp 60.000 „Geistesranke, Idioten und Epileptiker“ in Anstalten untergebracht, wo die sogenannte „Bettbehandlung“ in Wachsälen als Therapiegrundlage galt. Diese brachte stundenlange, warme Bäder sowie die medikamentöse Behandlung mit Barbituraten und Alkaloiden mit sich. Ende der 20er Jahre wurden erstmals Schockbehandlungen durchgeführt (ab 1927 mit Insulin, 1929 mit Cardiazol, 1938 Elektrizität). Inwiefern hierbei Zwang angewandt wurde, ist nicht eindeutig geklärt. (Brueckner, 2015)

Während der Zeit des Nationalsozialismus kam dem Thema Zwangsbehandlung eine besondere Rolle zu. Im Jahre 1933 wurde die nationalsozialistische Rassenhygiene zum Staatsziel erklärt. Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 begann eine Zeit der

² Die therapeutische Grundlage bestand in der sogenannten Reizlehre des Schotten John Brown, der bei Rückzug des Patienten Maßnahmen zur Aktivierung, wie zum Beispiel Arbeit, Gespräche, Elektrizität, anwandte, und Erregung durch Dämpfung mittels Diäten, Brech- und Abführmittel sowie Opium zu therapieren versuchte.

Zwangssterilisationen sowie Forschung an in Anstalten untergebrachten Patienten ohne Einwilligung der Patienten. (Brueckner, 2015)

In der Nachkriegszeit vervierfachte sich die Anzahl der Patienten, die in eine Anstalt aufgenommen wurden. Ab den 1950er Jahren wurde die Behandlung größtenteils auf Psychopharmaka (Neuroleptika ab 1952, Antidepressiva ab 1958 und Tranquilizer 1960) umgestellt. Parallel dazu entstand auch die „anthropologische Psychiatrie“, die eine patientenorientierte Psychopathologielehre verfolgte und somit eine Alternative zur vorherrschenden Psychiatrie darstellte. (Brueckner, 2015) In der Antipsychiatrie-Bewegung, die in den 1960er und 70er Jahren ihren Ursprung nahm, wurde sowohl die Anstaltspsychiatrie per se als auch die Existenz psychischer Erkrankungen und die gängigen Behandlungsmethoden in Frage gestellt.

Wie vor 50 Jahren wird noch heute über die „richtige“ Behandlung, vor allem von schizophrenen Patienten diskutiert. Zwangsmaßnahmen werden nicht nur von Antipsychiatrie-Bewegungen, sondern auch in anderen Kreisen kritisch betrachtet. Der Hauptkritikpunkt bezieht sich auf die Anwendung von Maßnahmen gegen den Willen des Patienten. Dem wird gegenübergestellt, dass eine Behandlung mittels „alternativer Methoden“ wie zum Beispiel einer Gesprächs- und Soziotherapie ebenfalls eine gute Wirkung hätte.

1.2.2 Ethische Aspekte zur Legitimation von Zwangsbehandlung

Ethisch gesehen ist die Anwendung von Maßnahmen gegen den Willen eines Patienten stark umstritten, da jede Zwangsbehandlung mit einer Einschränkung von Grundrechten verbunden ist. Eine medizinische Maßnahme erfordert neben einer Indikationsstellung auch die Einwilligung des betroffenen Patienten. (DGPPN, 2006) Die Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung bei akuter psychotischer Entgleisung ist gemäß aktueller Leitlinie gegeben. (DGPPN, 2006) Hinsichtlich der Einwilligung haben Patienten aber grundsätzlich das Recht, auch bei drohenden gesundheitlichen Schäden eine Maßnahme abzulehnen. Dies muss der behandelnde Arzt im Rahmen des „Rechts auf Krankheit“ respektieren, sofern der Patient selbstbestimmungsfähig ist.

Wann ein Patient „selbstbestimmungsfähig“ ist, ist vor allem im juristischen Sinn in Deutschland im Wesentlichen an drei Voraussetzungen geknüpft:

- Der Patient verfügt über ein ausreichendes Informationsverständnis und Urteilsvermögen;
- Der Patient zeigt sowohl Krankheits- als auch Behandlungsverständnis;
- Der Patient kann eine eindeutige Entscheidung treffen.

Bei akut schizophrenen Patienten ist die Willensbildung meist stark durch die vorliegenden Wahnvorstellungen sowie dem oftmals fehlendem Realitätsbezug beeinflusst, sodass eine freie Willensbildung in vielen Fällen nicht gegeben ist. Patienten binden beispielsweise Klinikmitarbeiter in ihre Wahnvorstellung ein und sind in manchen Fällen davon überzeugt, diese wären „Teil einer Verschwörung gegen sie selbst“. Der Patient verfügt also krankheitsbedingt nicht über ein adäquates Urteilsvermögen, kann die gegebenen Information nicht sachlich verarbeiten und sieht bei sich selber weder die vorliegende Krankheit noch einen Behandlungsbedarf. (Henking & Vollmann, 2015; S.96)

Neben dem Respektieren des Willens des selbstbestimmungsfähigen Patienten gehört es gleichermaßen zur Pflicht aller medizinischen Berufe, „gesundheitlichen Schaden des Patienten abzuwenden und sein gesundheitliches Wohl“ zu fördern. (Henking & Vollmann, 2015; S. 93) Daher kann es als ärztliche Pflicht angesehen werden, den Patienten vor größerem Schaden zu bewahren und seinen krankheitsbedingt geäußerten Willen nicht zu respektieren. Die Fürsorgepflicht des Arztes geht soweit, dass eine Behandlung ohne Einwilligung des Patienten unter bestimmten Umständen legitim ist. Eine Nicht-Behandlung würde bedeuten, den nicht einwilligungsfähigen Erkrankten seinem Schicksal zu überlassen.

1.2.3 Kontroverse um Notwendigkeit von Zwangsbehandlungen

Nach den ethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress soll der Arzt sowohl „Gutes tun“ als auch „nicht schaden“, er soll „gerecht“ handeln und die „Selbstbestimmung“ des Patienten respektieren. (Beauchamp & Childress, 1979) Doch in einer so komplexen Kontroverse ist es nicht leicht zu beurteilen, was „gut“ ist und was „nicht schadet“. Während ein Teil des Fachpublikums eine pharmakologische antipsychotische Behandlung in gravierenden Fällen für unumgänglich hält, beharrt der andere Teil darauf, dass eine Besserung des psychopathologischen Zustandes auch ohne den Einsatz von Psychopharmaka möglich ist, wenn der Patient sich dieser gegenüber verweigert.

1.2.3.1 Befürworter der Zulässigkeit von Zwangsbehandlung

Die Neuregelung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie löste Diskussionen in vielen Fachkreisen aus und wurde nicht nur, wie beispielsweise von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) begrüßt, sondern auch stark kritisiert. Die DGPPN bemängelte in der Zeit der Rechtsunsicherheit³, dass „die

³ nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts 2011 und vor den Gesetzesänderungen der jeweiligen Landesgesetze

Handelnden ihren Patienten erfolgversprechende Hilfe vor[erhalten] und 'psychisch Kranke' einem eigengesetzlich verlaufenden Schicksal“ (DGPPN, 2012) überlassen würden. Durch die gravierende Behandlungseinschränkung würde das Selbstverständnis und Berufsethos psychiatrisch tätiger Ärzte getroffen werden. Darüber hinaus würde ohne medikamentöse Zwangsbehandlung die Anwendung von „inhumanen Behandlungsformen wie Fixierungen und Isolierungen“ zunehmen. Zudem würden zwangsbehandelte Patienten die Maßnahmen retrospektiv häufig als positiv bewerten. (DGPPN, 2013) (Lincoln et al., 2014)

1.2.3.2 Kritik an Zwangsbehandlungen

Andererseits wurde die Neuregelung auch von verschiedenen Seiten kritisiert. Die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) am Deutschen Institut für Menschenrechte plädierte für eine auf Freiwilligkeit basierende Behandlung in der Psychiatrie. Die Behandlung gegen den Willen der Betroffenen sei laut UN-BRK nicht menschenrechtskonform, unabhängig von der gegebenenfalls bestehenden krankheitsbedingten Einsichtsunfähigkeit. Darüber hinaus plädiert die Monitoring-Stelle für die Integration des „milderen Mittels“ in die psychiatrische Praxis. Hiermit soll vor allem der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und damit einhergehend der bevorzugte Einsatz „sanfter Methoden“ betont werden. (Lincoln et al., 2014)

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) forderte einen Ausbau alternativer Behandlungsangebote und bemängelte, dass der Gesetzgeber längst nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft habe, um Patienten vor psychiatrischen Zwangsbehandlungen zu schützen. Die Bundespsychotherapeutenkammer betont die Wichtigkeit von Behandlungsvereinbarung mit psychisch kranken Patienten und würde ein solches Angebot in psychiatrischen Kliniken verpflichtend einführen. (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013; Lincoln et al., 2014)

Aus anderen Fachkreisen wird angeführt, dass die Zwangsbehandlung „nie nur das Ergebnis eines gesetzmäßigen Krankheitsverlaufes, [sondern] immer auch das Ergebnis von Angst, fehlendem Vertrauen und misslungener Beziehung“ sei, wie Prof. Dr. Thomas Bock, der eine Spezialambulanz für Psychosen und Bipolare Störungen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf leitet, betont. (Bock, 2012; Lincoln et al., 2014)

Von Seiten des Personals in psychiatrischen Einrichtungen wurde die Kritik laut, dass die DGPPN die Diskussion um die Neuregelung nicht zum Anlass genommen hätte, die Psychiatrie weiterzuentwickeln und vermehrt Forschung im Einsatz präventiver Maßnahmen und alternativer Behandlungsmethoden zu machen. (Zinkler, 2013)

1.3 Der hessische Maßregelvollzug und seine Patienten

Der Maßregelvollzug ist eine Unterbringungsform für schuldunfähige oder eingeschränkt schuldfähige Straftäter. Die strafrechtliche Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug erfolgt auf Grundlage von § 63 StGB und ist unbefristet. Somit gehört sie formal neben der lebenslangen Freiheitsstrafe und der Sicherungsverwahrung zu den schärfsten Sanktionen des Strafgesetzbuches. Eine gerichtliche Anordnung setzt voraus, dass

1. die rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§20 StGB) oder verminderten Schuldfähigkeit (§21 StGB) begangen wurde;
2. ein Zusammenhang zwischen Störung und Straftat (Symptomatizität) (Schläfke, Kupke, & Dette, 2010) besteht; und
3. von dem Täter aufgrund seines Zustandes und der begangenen Tat weitere rechtswidrige Taten zu erwarten sind, sodass eine Gefahr für die Allgemeinheit besteht.

Bevor die Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug nach § 63 StGB erfolgt, kommt es häufig zu einer einstweiligen Unterbringung gemäß § 126a StPO⁴.

Der hessische Maßregelvollzug ist in Haina und Gießen stationiert. Es gibt zwei weitere Kliniken in Südhessen ohne Aufnahmestation. Das Einzugsgebiet der Forensischen Klinik Haina umfasst das gesamte Bundesland Hessen (ca. 6 Millionen Einwohner).

Die Unterbringung nach § 63 StGB zielt auf die Besserung der zugrundeliegenden Krankheit des Untergebrachten ab, um eine Reintegration schnellstmöglich zu erreichen. Das Ziel ist ein Leben außerhalb der Mauern des Maßregelvollzugs. Daher ist zu keinem Zeitpunkt eine bloße Verwahrung angedacht, sondern es geht um Therapie, um einen raschen Fortschritt des psychopathologischen Zustandes zu erreichen.

1.3.1 Die Patienten im hessischen Maßregelvollzug

Ein Großteil der gemäß § 63 StGB im hessischen Maßregelvollzug untergebrachten Patienten weist eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Charakteristisch für einen schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug sind eine hohe Komorbiditätsbelastung, eine fehlende Behandlungcompliance, die schon vor dem Unterbringungsdelikt bestand, sowie Vorstrafen in der strafrechtlichen Anamnese. Zudem sind etwa 90 % der Patientengruppe männlich (Kutscher,

⁴ Gesetzestext im Wortlaut siehe Anhang

Schiffer, & Seifert, 2009) und 80% weisen bereits allgemein-psychiatrische Vorbehandlungen vor. (Hodgins & Müller-Isberner, 2004)

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten ist die Zahl an Einweisungen in den Maßregelvollzug bundesweit kontinuierlich gestiegen. Von 1990 bis 2006 verdoppelte sich die Zahl der Einweisungen gemäß § 63 StGB in Hessen, während die Bevölkerung nur um 7 % zunahm. Laut Müller-Isberner ist diese Zunahme in erster Linie auf die Aufnahme Psychosekranker mit einem Körperverletzungsdelikt zurückzuführen. (Müller-Isberner & Eucker, 2012) Zudem ist eine „restriktivere Entlassungspraxis“ zu erkennen, welche die Entwicklung unterstützt. (Kutscher et al., 2009)

1.3.2 Das Krankheitsbild Schizophrenie

Schizophrenie ist ein komplexes Krankheitsbild, welches vor allem durch eine Störung von Wahrnehmung, Denk- und Ich-Funktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik gekennzeichnet ist. Typische psychopathologische Phänomene sind Wahnwahrnehmungen, der Beeinflussungswahn, Gedankeneingebung sowie Denkstörung. (Krollner & Krollner, 2017) Von diesen sogenannten Positivsymptomen müssen Negativsymptome wie Antriebsminderung, Affektreduktion und emotionaler und sozialer Rückzug abgegrenzt werden. (DGPPN, 2006)

Der Krankheitsverlauf ist entweder episodisch mit wiederholt auftretenden akut psychotischen Zuständen, oder aber chronisch, einhergehend mit Beeinträchtigungen mit persistierenden positiven Symptomen wie Wahn und Halluzination und negativen Symptomen wie Affektverflachung, sozialer Rückzug. (DGPPN, 2006)

Die häufigste Form der Schizophrenie ist die Paranoide Schizophrenie, welche durch beständige, häufige Wahnvorstellungen charakterisiert ist, und eine hohe Prävalenz des Patientenkollektivs in der vorliegenden Studie aufweist. Oftmals kommen zudem Halluzination, Affektstörungen und Störungen des Antriebs vor. Weitere Formen sind die hebephrene Schizophrenie, die katatone Schizophrenie, die undifferenzierte Schizophrenie, die atypische Schizophrenie und das schizophrene Residuum. (Krollner & Krollner, 2017)

Die Diagnose wird im europäischen Raum nach ICD-10-Kriterien gestellt. Im Rahmen eines geforderten Zeit-Kriteriums muss die Schizophrenie-Symptomatik kontinuierlich über mindestens einen Monat bestehen. Es muss zudem mindestens 1 Erstrangsymptom oder 2

Sekundärrangsymptome vorliegen, die nicht auf eine andere psychische Erkrankung zurückzuführen sind.⁵ (DGPPN, 2006)

Die Bezeichnung Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis bezieht sich in vorliegender Studie auf die ICD-Codes F2x. In der Literatur wird häufig auch der Begriff „Funktionelle Psychose“ verwendet.

Die Therapie schizophrener Patienten setzt sich gemäß Leitlinien (Verweis aus S3-Leitlinien) aus verschiedenen Bausteinen zusammen, die in verschiedenen Phasen von unterschiedlich großer Relevanz sind. Die Therapieformen lassen sich in eine somatische und eine psychische Säule einteilen. Auf somatischer Ebene gilt die Pharmakotherapie als essentieller Baustein der Behandlung, welche auf das „klinische Zielsyndrom“ abgestimmt werden sollte. Bei der Wahl der Medikation stehen neben Antipsychotika zusätzlich Benzodiazepine, Antikonvulsiva, Lithium und Antidepressiva zur Verfügung. (DGPPN, 2006)

Als Applikationsform wird, sofern möglich, die am wenigsten invasive Art – die orale Applikation – gewählt, um die Patientenautonomie zu erhalten. Hinsichtlich der Compliance ist in vielen Fällen jedoch die Depot-Injektion zu bevorzugen. (DGPPN, 2006)

1.3.3 Risikofaktoren und Delinquenz

Die Pathogenese von Schizophrenie ist seit vielen Jahren Gegenstand der Forschung und Diskussion. Studien haben neben einer hohen genetischen Prädisposition auch die Bedeutung von Umwelteinflüssen aufgezeigt. (Europe PMC Funders Group, 2014)

Als Risikofaktoren für die Erkrankung an Schizophrenie zeigen sich in der Vorgeschichte vermehrt Verhaltensauffälligkeiten in der Schule, zu Hause und in der Öffentlichkeit, Institutionalisierungen mit der Diagnose einer Verhaltensstörung, Substanzmissbrauch im Kindes- und Jugendalter, Erstdelinquenz vor Erstkontakt mit der Psychiatrie, Co-Diagnosen von antisozialer

⁵ Als Erstrangsymptome nach K. Schneider gelten solche, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung hinweisen. Hierunter fallen

- Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
- Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
- Kommentierende oder dialogische Stimmen
- Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn)

Unter Zweitrangsymptomen werden solche zusammengefasst, die bei einer schizophrenen Erkrankung zusätzlich auftreten können:

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
- Gedankenabreißen oder -einschiebungen in den Gedankenfluss
- Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien, Negativismus oder Stupor
- Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekte (s. S3 Leitlinie)

Persönlichkeitsstörung und Missbrauch illegaler Substanzen sowie gefühlskalte, gewissenlose Persönlichkeitszüge und Mangel an Empathie. Trotz allgemeinspsychiatrischer Behandlung begehen viele Patienten dieser Hochrisikogruppe nach Entlassung erhebliche Delikte, sodass eine Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug erfolgt. Besonders bei Patienten mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen zeigte sich eine Steigerung des Kriminalitätsrisikos um den Faktor 6, bei Patienten mit der Diagnose Alkoholmissbrauch um den Faktor 4 und bei einer Institutionalisierung vor dem 18. Geburtstag um den Faktor 3. (Hodgins & Müller-Isberner, 2004)

1.3.4 Komorbiditäten

Wie Kessler et al. zeigten, liegt bei über der Hälfte der psychisch Kranken mehr als eine klinisch relevante Diagnose vor. (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005) Laut Müller-Isberner ist der Anteil „jener mit mehreren klinisch und kriminologisch relevanten Diagnosen“ bei schizophrenen Rechtsbrechern noch deutlich höher. Hierbei seien das gleichzeitige Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und/oder eines Substanzmittelmissbrauches bei Psychosekranken von besonderer kriminologischer Relevanz. (Müller-Isberner, 2012)

1.3.5 Zwangsbehandlung im hessischen Maßregelvollzug in den letzten Jahren

Bis zur Novellierung des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes 2015 lag keine eindeutige gesetzliche Grundlage über die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen vor. Aufgrund der unsicheren Situation und daraus resultierenden fehlenden medikamentösen Therapiemöglichkeiten herrschten aufgrund der Schwere der Erkrankung einiger Patienten teilweise problematische Zustände in den forensisch-psychiatrischen Einrichtungen. Daraufhin wurde eine Novellierung des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes angestrebt, welche nach intensiver Diskussion am 12.05.2015 in Kraft trat. Wesentliche Änderungen betrafen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge und im Rahmen der ärztlichen Behandlung. Laut § 7 des Hessischen Maßregelvollzugsgesetz umfasst die Behandlung Maßnahmen, „die erforderlich sind, um der untergebrachten Person nach ihrer Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.“ Somit wurden auch Zwangsmaßnahmen unter gewissen Voraussetzungen legitimiert.

Ergänzt wurde das Gesetz um § 7a, welcher die Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge fokussiert. Hier heißt es im Wortlaut:

§ 7a Maßregelvollzugsgesetz – Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

(1) Gegen den natürlichen Willen einer untergebrachten Person sind medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie die Ernährung zulässig,

1. wenn die untergebrachte Person nicht einwilligungsfähig ist und eine erhebliche Gefahr für ihr Leben oder einer schwerwiegenden Schädigung ihrer Gesundheit vorliegt,
2. wenn dies bei einer nicht einwilligungsfähigen untergebrachten Person zur Wiederherstellung ihrer Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit erforderlich ist und wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass ohne die Maßnahme ihre Entlassung nicht möglich sein wird, oder
3. bei erheblicher Gefahr des Lebens oder einer schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit anderer Personen.

(2) Zwangsmaßnahmen nach Abs. 1 dürfen nur angeordnet werden, wenn

1. erfolglos versucht worden ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der untergebrachten Person zu der Untersuchung, Behandlung oder Ernährung zu erwirken,
2. deren Anordnung der untergebrachten Person angekündigt wurde und sie über Art, Umfang und Dauer der Maßnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt aufgeklärt wurde,
3. die Maßnahme zur Abwendung der Lebens- oder Gesundheitsgefahr oder zur Wiederherstellung der Freiheit geeignet, erforderlich, für die untergebrachte Person nicht mit unverhältnismäßigen Belastungen und Folgen verbunden ist und mildere Mittel keinen Erfolg versprechen und
4. der zu erwartende Nutzen der Maßnahme den möglichen Schaden der Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

Von den Anforderungen nach Nr. 1 und 2 kann abgesehen werden, wenn Gefahr im Verzug ist.

(3) Zwangsmaßnahmen nach Abs. 1 sind durch eine Ärztin oder einen Arzt nach § 2 Satz 6 einzuleiten und zu überwachen. Die Gründe für die Anordnung einer Maßnahme nach Abs. 1, das Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 sowie die ergriffenen Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der Wirkungsüberwachung sowie der Untersuchungs- und Behandlungsverlauf sind zu dokumentieren.

(4) Die Behandlung aufgrund einer Anordnung nach Abs. 2 bedarf der vorherigen Genehmigung der Fachaufsicht. Gegen die Anordnung kann nach § 109 der Strafprozessordnung gerichtliche Entscheidung beantragt werden.

(5) Zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Hygiene ist die zwangsweise körperliche Untersuchung der untergebrachten Person zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

§ 7b Maßregelvollzugsgesetz – Unmittelbarer Zwang

Die Anwendung unmittelbaren Zwangs durch körperliche Gewalt und ihre Hilfsmittel sind Bediensteten der Einrichtung des Maßregelvollzugs gestattet gegen untergebrachte Personen oder gegen Personen, die eine untergebrachte Person zu befreien versuchen oder widerrechtlich in den Bereich der Einrichtung des Maßregelvollzugs eindringen und sich unbefugt darin aufhalten, wenn dies erforderlich ist, um die Behandlungsmaßnahmen, zu deren Duldung die untergebrachte Person verpflichtet ist, oder Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung des Maßregelvollzugs oder einer anderen Unterbringungseinrichtung, insbesondere bei Aufenthalt von untergebrachten Personen in einem Allgemeinkrankenhaus, durchzuführen und der damit verfolgte Zweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann.

1.4 Studienlage

Die Kontroverse um Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie wurde und wird auf breiter interdisziplinärer Ebene geführt, doch gerade im Bereich der Forensischen Psychiatrie fehlt es an wissenschaftlicher Grundlage.

Während es in der Allgemeinpsychiatrie einige Untersuchungen zum Thema Zwangsbehandlung gibt, finden sich in der Literatur für die „selektierte Population“ (Steinert, 2016) im Maßregelvollzug nur wenig verwertbare Daten. Die vorliegende Arbeit soll daher die eher spärliche Studienlage ergänzen und einen Beitrag zur verstärkten Wissenschaftlichkeit der Diskussion leisten.

Der in der Medizin übliche Goldstandard der Bewertung der Wirksamkeit eines Therapieverfahrens, die randomisiert kontrollierte Studie, ist im Bereich der forensischen Psychiatrie aus rechtlichen und ethischen Gründen kaum möglich. Daher wird, sofern überhaupt Studien durchgeführt werden, auf methodisch schwächere Studientypen zurückgegriffen, was die Aussagekraft beschränkt.

Im Folgenden wird die Gesamtstudienlage⁶ zum Thema der vorliegenden Arbeit anhand relevanter Themen dargestellt:

Zur Wirksamkeit von Antipsychotika auf Gewaltdelinquenz bei schizophrenen Patienten

Im Maßregelvollzug ist laut Müller-Isberner die Psychopharmakotherapie „die entscheidende Grundlage“, da diese eine psychosoziale und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahme erst möglich mache. Die besondere Bedeutung basiere auf der Häufigkeit komorbider Störungen. Aggressive und antisoziales Verhalten werde häufig auf einen Substanzmissbrauch oder eine Persönlichkeitsstörung zurückgeführt und die schizophrene Grunderkrankung außer Acht gelassen. (Müller-Isberner, 2012)

In verschiedenen Studien wurde die Wirksamkeit von Antipsychotika näher untersucht. Folgende beziehen sich auf schizophrene Patienten mit Delinquenzverhalten, wobei die Untersuchungen nicht zwingend in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren länderspezifischen Modellen vorgenommen wurden.

Eine Studie von Fazel et al. (2014) mit Patienten mit einer psychotischen Erkrankung sowie einer bekannten strafrechtlichen Vorgeschichte verglich das Delinquenzverhalten von den gleichen Patienten im behandelten und im unbehandelten Zeitraum. Hierbei zeigte sich eine Reduktion des Risikos einer Delinquenz um 22% unter antipsychotischer Pharmakotherapie, bezüglich einer Gewalttat reduzierte sich das Risiko sogar um 26 % und hinsichtlich einer Drogenkriminalität um 29 %. Am stärksten ausgeprägt war der Effekt bei dem Antipsychotika Clozapin mit einer deutlichen Risikoreduktion von insgesamt 47 % für eine Delinquenz jeder Art (57 % für Gewaltdelinquenz, 59 % für Drogenkriminalität).

In einer weiteren nicht-randomisierten Studie wurde gezeigt, dass sowohl Clozapin (Smith & White, 2004) als auch Olanzapin, ebenfalls aus der Gruppe der atypischen Neuroleptika, antiaggressive Effekte aufwies und das gewaltfreie Verhalten positiv beeinflusst wurde, wodurch es zu einer Abnahme von gewaltsamen Zwischenfällen in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen kam. (Stadtland et al., 2007)

⁶ allgemeinspsychiatrischer und forensischer Psychiatriekontext

Darüber hinaus muss jedoch auch erwähnt werden, dass bei einem Teil der Patienten eine Therapieresistenz⁷ vorliegt. In verschiedenen Studien zeigte sich, dass etwa ein Drittel der Patienten nicht auf die pharmakologische Therapie ansprachen. Bislang ist Clozapin das einzige Medikament, welches sich in Studien bewährt hat und in Leitlinien zur Anwendung bei Therapieresistenz verschrieben wird. (Hasan et al., 2013; Müller-Isberner, Eusterschulte, & Müller, 2012; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014)

Zur Wirksamkeit von Zwangsbehandlungen

In einer Studie in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung von Steinert und Schmid (2004) zeigte sich kein Unterschied in der Besserung der psychopathologischen Symptomatik zwischen den freiwillig behandelten Patienten und solchen, die eine Zwangsbehandlung erhalten hatten.

Inwiefern die Einsichtsfähigkeit vor einer erneuten Gewalttat schützt, ist umstritten. In einer Studie in einem Gefängnis Krankenhaus in der USA wurde unter zwangsbehandelten Inhaftierten die Verbesserung der Einsichtsfähigkeit untersucht. Von 22 wahnhaften Patienten zeigten sich 17 im Verlauf unter medikamentöser Zwangsbehandlung einsichtsfähig. Bei 5 Patienten trat dieser Zustand bereits in den ersten 4 Wochen ein, bei 3 weiteren innerhalb der ersten 6 Wochen, bei den restlichen innerhalb von insgesamt 5 Monaten. (Herbel & Stellmach, 2007)

Weitere Studien beschäftigen sich ebenfalls mit den Auswirkungen von Zwangsbehandlungen, jedoch wird das für die vorliegende Studie entscheidende Kriterium einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine vorliegende Gewaltdelinquenz hierbei nicht miteinbezogen.

Zur retrospektiven Beurteilung von Zwangsmaßnahmen durch Patienten

Bereits vor über 20 Jahren stellten sich Finzen et al. (1993) die Frage nach dem subjektiven Empfinden und der Beurteilung des zwangsbehandelten Patienten. In einer retrospektiven Studie zeigte sich, dass 40 % der Patienten die Zwangsmedikation als schwere Demütigung und Kränkung aufgefasst hatten, 31% als Strafe und lediglich 13% eine Erlösung darin sahen. Im Nachhinein stufen lediglich 18% die Maßnahme als notwendig ein.

Hinsichtlich der Frage, welche Art der Zwangsbehandlung präferiert wird, zeichnete sich in der bisherigen Forschung kein klares Bild ab. In einer Studie von Veltkamp et al. (2008) in den

⁷ Die Definition von Therapieresistenz ist nicht einheitlich festgelegt, sodass ein Vergleich verschiedener Studien nur bedingt möglich ist. Grundsätzlich wird eine Anwendung unterschiedlicher Antipsychotika in adäquater Dosierung über einen mehrwöchigen Zeitraum für das Vorliegen von Therapieresistenz vorausgesetzt. In einer Studie 1988 hatte John Kane Therapieresistenz definiert als ausbleibende Verbesserung nach mindestens drei Behandlungsphasen mit Antipsychotika mindestens zweier Klassen in adäquater Dosis und für einen adäquaten Zeitraum. (Kane, Honigfeld, Singer, & Meltzer, 1988). In anderen Quellen gilt als behandlungsresistent, wer 2 Antipsychotika aus 2 Substanzgruppen (davon mindestens ein Antipsychotikum der 2. Generation) über je 2 Wochen ohne ausbleibenden Erfolg eingenommen hat („3x2“-Regel). (Giannakis & Cordes, 2016)

Niederlanden zeigten sich keine großen Unterschiede zwischen Zwangsmedikation und Isolierung. Es fiel jedoch auf, dass Männer eher eine Isolierung bevorzugten, während Frauen eine Zwangsmedikation als weniger belastend empfanden. (Veltkamp et al., 2008) Auch Wynn (2002) fand in seiner Studie in einer norwegischen Psychiatrie eine Präferenz von Fixierungen gegenüber Zwangsmedikation heraus. (Wynn, 2002) Anders hingegen verhielt es sich in einer niederländischen Studie von Georgieva (2012), in der sich mehr Patienten für eine Zwangsmedikation aussprachen. (Georgieva, Mulder, & Wierdsma, 2012; Lincoln et al., 2014) In weiteren Studien wurde ein Vergleich verschiedener mechanischer Zwangsmaßnahmen aufgestellt. Hier zeigte sich, dass im Großen und Ganzen retrospektiv Fixierungen im Vergleich zu Isolierungen als negativer und belastender empfunden worden waren.

Die häufigsten Empfindungen zum Zeitpunkt der Anwendung von Fixierung und Medikation wurde von Armgart et al. (2013) anhand von 94 Patienten, die zwangsweise auf Rechtsgrundlage des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) untergebracht wurden, untersucht. Hier zeigte sich Aggression, Wut und Ärger (je 57,1%) als vorherrschend, retrospektiv dominierte Wut und Verzweiflung (je 46,2%) sowie Ärger und Hilflosigkeit (je 38,5%). Retrospektiv gaben jedoch 58,1 % an, mit der Behandlung zufrieden zu sein. (Armgart et al., 2013)

Es ist unumstritten und in der internationalen Literatur durchgängig beschrieben, dass Zwangsmaßnahmen – ob medikamentös oder mechanisch – eine Belastung für Patienten darstellen. In den zitierten Studien gab es jedoch stets Patienten, die die Maßnahmen auch als hilfreich und notwendig bewerteten. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass sich die Studien nicht explizit mit der hoch selektiven Gruppe der Patienten im Maßregelvollzug beschäftigten und auch keine schizophrene Störung vorliegen musste, sodass die Ergebnisse nur begrenzt auf die vorliegende Untersuchung übertragbar sind.

Zur Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen

Wie häufig Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland wirklich angewandt werden, ist aufgrund einer uneinheitlichen Definition und der Diskrepanz zwischen Dokumentation seitens Einrichtung und Patientenaussagen schwer zu erfassen. In einer im Jahre 2007 von Martin et al. durchgeführten Studie in 10 psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland wurde eine Prävalenz von Zwangsmaßnahmen zwischen 2,2 und 13,5% ermittelt. (Martin, Kuster, Bohnet, Hemelink, & Knopp, 2007) Studien aus dem europäischen Ausland zeigten vergleichbare Prävalenzen, wobei in jeder Erhebung eine große Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Stationen und Einrichtungen sichtbar wurde. Über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen liegen keine Daten vor.

Zur Einstellung der Ärzte zu Zwangsmaßnahmen

Interessant ist weiterhin ein kurzer Blick auf den Umgang von medizinischem Personal mit Zwangsmaßnahmen. Die Einstellung von den behandelnden Ärzten gegenüber Zwangsmaßnahmen sowie dem Einsatz alternativer Maßnahmen untersuchten Teichert et al. (2016) in einer Umfrage unter behandelnden Ärzten an allen psychiatrischen Kliniken Deutschlands. Die größte Zustimmung unter den Ärzten fand die Aussage, Zwangsmaßnahmen würden Fürsorge und Schutz darstellen, gefolgt von der Ansicht, Zwangsmaßnahmen würden die Integrität von Patienten verletzen. Laut Angaben der Ärzte würden häufig mehrere alternative Maßnahmen versucht werden, bevor der Patient unter Zwang behandelt wird. Hierbei kamen vor allem informative⁸ und patientenorientierte⁹ Maßnahmen zum Einsatz. (Teichert, Schaefer, & Lincoln, 2016)

1.5 Ziel der Studie

Wie im Einleitungsteil gezeigt, gibt es zahlreiche Studien aus dem Bereich der psychopharmakologischen Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen, die die Wirkung und verschiedene Symptome genauer untersuchen. Die Datenlage hinsichtlich Patienten im Maßregelvollzug ist jedoch spärlich.

Nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts 2011¹⁰ folgte eine Zeit, in der die forensisch-psychiatrischen Kliniken von einer Rechtsunsicherheit überschattet wurden. Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Justiz, Politik und Ethik wurde auf regionaler und nationaler sowie interdisziplinärer Ebene das Thema Zwangsmaßnahmen detailliert betrachtet und die Sonnen- und Schattenseiten diskutiert, um eine ethisch vertretbare, juristisch legitimierte und medizinisch sinnvolle Regelung zu finden.

Ziel der Studie ist es, einen wissenschaftlichen Beitrag zu der Diskussion um das komplexe Thema Zwangsbehandlungen zu leisten und die Daten aus dem Bereich der Forensischen Psychiatrie zu ergänzen. Hierbei soll das Hauptaugenmerk auf der detaillierten Beschreibung der Auswirkungen von Zwangsbehandlungen auf schizophrene Patienten im hessischen Maßregelvollzug liegen. Die

⁸ Als informative Maßnahmen galten in dieser Studie das Erläutern der Regeln und des Vorgehens sowie der Beruhigung des Patienten und dem Signalisieren von Interesse.

⁹ Als patientenorientierte Maßnahmen galten Überzeugungsversuche, Essen/Trinken/Rauchen, Toleranz für Patientenautonomie, das Erfüllen von Bedürfnissen sowie empathischen Einfühlen.

¹⁰ Das Bundesverfassungsgericht setzte mit dem Urteil vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09) neue Grenzen für die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug und erklärte somit die Maßregelvollzugsgesetze einiger Bundesländer für verfassungswidrig, was eine Unsicherheit unter behandelnden Ärzten und Therapeuten mit sich brachte. Eine Zwangsbehandlung wurde nur noch unter bestimmten Voraussetzungen und als Ultima Ratio als zulässig erklärt.

Studie hat in erster Linie deskriptiven Charakter. Darüber hinaus soll dies im Kontext der Gesetzesänderungen betrachtet werden und das gegenwärtige Procedere fokussiert werden.

Aufgrund der praxisbezogenen Fragestellungen und der möglichen Konsequenzen ist die vorliegende Arbeit nicht nur für Patienten, sondern auch für das behandelnde Team von Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal von großer Relevanz für die klinische Praxis.

2 Material und Methoden

2.1 Patientenkollektiv / Setting / Datengrundlage

Der psychiatrische Maßregelvollzug wurde im Bundesland Hessen zum Zeitpunkt der Studiendurchführung im Wesentlichen in der Klinik für forensische Psychiatrie (KFP) in Haina sowie in der Außenstelle Gießen durchgeführt, sodass quasi alle Patienten in Hessen mit entsprechenden Einschlusskriterien in die Studie involviert wurden. Somit ist die Erhebung repräsentativ für das gesamte Bundesland. Neben dem Einschlusskriterium Diagnose aus dem ICD-Spektrum F2x (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis) waren zudem die Verweigerung einer antipsychotischen Medikation und die Ankündigung einer Zwangsbehandlung vorausgesetzt. Bei der Auswahl der Studienteilnehmer war es hierbei nicht von Bedeutung, ob die Behandlung tatsächlich unter physischem Zwang durchgeführt wurde oder der Patient durch die Aufklärung und Ankündigung zu einer letztendlich freiwilligen Pharmakotherapie motiviert wurde.

2.2 Fragebogeninstrument

Die Erhebung der Daten erfolgte retrospektiv mittels eines Fragebogens, welcher 137 Fragen umfasste. Diese setzten sich zusammen aus (halb-)offenen und vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und gliederte sich in die Teilbereiche Sozialdemographische Daten (4), die psychiatrische Vorgeschichte (25), die strafrechtliche Vorgeschichte (8), relevante Aufnahmezeiten (15), strafverfahrensbezogene Daten / Indexdelikt (6) sowie Beobachtungsdaten je 3 Monate vor und nach der Zwangsbehandlung. Darüber hinaus wurden ausgewählte Items der Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS; insgesamt 21 Items) erhoben.

In die Auswertung eingeschlossen wurden nicht alle Fragen, sondern lediglich solche, die für die Fragestellung von Relevanz waren.

Die erhobenen Daten aus den verschiedenen Bereichen basieren auf der Auswertung der schriftlichen Dokumentation des Verlaufs des Untergebrachten (Stellungnahmen, Gutachten, richterliche Beschlüsse, das Einweisungsurteil, Behandlungspläne sowie der sogenannten Aufnahmecheckliste). Bei offen gebliebenen Fragen, die nicht aus den vorliegenden Akten hervorgingen, erfolgte eine Befragung der zuständigen Therapeuten.

Um die Interobserver-Variabilität zu minimieren, wurden sämtliche Fragebögen von der Autorin der Arbeit selbst bearbeitet.

Die Items der PANSS wurde jeweils von dem zuständigen Case Manager des Untergebrachten erhoben. Sofern im Untersuchungszeitraum ein Wechsel der Zuständigkeit erfolgt war, wurde die Erhebung von dem Therapeuten bearbeitet, der den Verlauf des Patienten am besten einschätzen konnte. Die Frage hinsichtlich vorliegender Patientenverfügung wurde von zuständiger Stelle der Vitos Klinik beantwortet.

2.3 Etablierte Testverfahren

2.3.1 Positive and Negative Syndrome Scale

Die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ist eine Ratingskala zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik bei an Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen erkrankten Patienten. Entwickelt wurde dieses Instrument 1987 von Kay et al., basierend auf zwei etablierten Ratingsystem. Es dient in erster Linie der Differenzierung von Positiv- und Negativsymptomen, welche vor allem bei schizophrenen Patienten charakteristisch sind. Weiterhin ermöglicht dieser Test die Beschreibung des Verlaufs der Ausprägung der Symptomatik sowie die Darstellung der Wirksamkeit antipsychotischer Behandlung. (Kay SR, Fiszbein A, 1987)

Bei dem Test handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren durch einen geschulten Case Manager. Die PANSS setzt sich zusammen aus 30 Items (Symptomen) mit jeweils 7 Schweregraden. Die Items gliedern sich wiederum in die Subskala „Positive Symptome“ (P1-P7), die Subskala „Negative Symptome“ (N1-N7) sowie die Subskala zur Erfassung allgemein psychopathologischer Symptome (G1-G16). Darüber hinaus gibt es 3 optionale Items, die der Einschätzung des Aggressionspotentials dienen (S1-S3).

Die Originalversion stammt aus Amerika, wurde jedoch in viele Sprachen übersetzt. Für die vorliegende Studie wurde die deutsche Version verwendet. Die Übersicht über die Kriterien und die Auswertung der verschiedenen Items befindet sich im Anhang. Die Erhebung der PANSS-Werte erfolgte mittels subjektiver Einschätzung des zuständigen Case Managers. Ein 60-minütiges Interview mit den Probanden wäre aufgrund der Schwere des Störungsbildes sowie der retrospektiven Datenerhebung nicht möglich gewesen.

2.3.2 Psychopathy Checklist und Historical Clinical Risk Management-20

Seit einigen Jahren sind die Psychopathy Checklist (PCL-R) sowie das Historical Clinical Risk-Management-20 (HCR-20) als Prognoseinstrument international anerkannte und etablierte Verfahren in der forensischen Psychiatrie zur Beurteilung von Psychopathie und Risikoeinschätzung

für gewalttätiges Verhalten in der Zukunft. Die PCL wurde um 1980 von dem kanadischen Psychologen Robert D. Hare entwickelt, 1990 revidiert und hat seitdem an Bedeutung für Diagnostik und Kriminalprognostik gewonnen. Sie umfasst 20 Items, die jeweils mit den Punkten 0, 1 oder 2 bewertet werden. Die einzelnen Items werden gleich stark gewertet. Anhand der Punkte können zwei verschiedene Verhaltensstile der Täter ermittelt werden: den „interpersonell-affektiven“ Stil (F1) mit den Psychopathiemerkmalen „narzisstisch-betrügerisch“ und „affektiv-gemütskalt“ sowie den „dissozialen“ Stil (F2) mit den Unterfaktoren „impulsiv-verantwortungslos“ und „delinquent-antisozial“. Ab einer Gesamtpunktzahl von 30 wird von Psychopathie, ab 25 wird von einem hohen Score gesprochen. (H. E. Müller, 2012; Vitos GmbH, 2017)

HCR-20 setzt sich zusammen aus drei Beurteilungsebenen mit ebenfalls 20 Items. Die zehn H-Items (history) bilden anamnestisch die Vorgeschichte des Patienten ab und sind statische Variablen. Mittels der C-Items (clinical) werden aktuelle Veränderungen und Veränderungsprozesse erfasst. Hierbei handelt es sich um klinische Variablen. Die fünf R-Items (risk) führen zu einer Beurteilung des zukünftigen Risikos von Straffälligkeit. (Vitos GmbH, 2017)

2.4 Datenerfassung und -auswertung

Die Erhebung der Daten erfolgte vom September 2016 bis Januar 2017. Während des Datenerhebungsprozesses wurde bei der Studie das Programm Microsoft Excel verwendet. Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe der Statistik- und Analyse-Software PSPP, welche vor allem die relevanten Kenngrößen ermittelt hat.

Für die Statistik wurden einerseits deskriptive Werte verwendet und in absoluten Zahlen sowie Prozent vom Gesamt bzw. von einem Teilkollektiv angegeben. Bei numerischen Merkmalen erfolgten andererseits die Berechnung und der Vergleich der Mittelwerte mittels eines T-Test einer gepaarten Stichprobe. Bei intervallskalierten Daten erfolgte zudem die Berechnung der Standardabweichung sowie des arithmetischen Mittels. Die Signifikanz solcher Daten wurde mittels T-Test ermittelt und das Signifikanzniveau mit $p < 0,05$ festgelegt.

Die Literaturverwaltung erfolgte mit dem Literaturverwaltungsprogramm Mendeley.

2.5 Ethikvotum

Die Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen hat die Studie am 29.09.2016 nach eingehender Prüfung für zulässig erklärt. Zuvor fanden bereits Vorgespräche sowie die Literaturrecherche statt.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die für die Fragestellung dieser Arbeit relevanten Ergebnisse strukturiert nach den verschiedenen Teilbereichen dargestellt, um in der anschließenden Diskussion detailliert auf einzelne Aspekte einzugehen.

Ausführliche Beschreibung und Begriffserklärungen der erhobenen Daten befinden sich bereits im Einleitungs- und Methodenteil, um eine unübersichtliche, den Textfluss störende Struktur zu vermeiden und den Fokus auf die Ergebnisse zu richten.

3.1 Detaillierte Beschreibung des Patientenkollektivs

Die Stichprobe umfasst 38 Patienten im hessischen Maßregelvollzug, untergebracht in der Vitos Klinik Haina nach § 63 StGB, welche im Zeitraum von 01.01.2010 bis 01.03.2016 eine medikamentöse Behandlung ablehnten.

Bei 19 dieser Patienten wurde eine Zwangsbehandlung beantragt, von juristischer Seite genehmigt und durchgeführt (50,00%).¹¹ Bei weiteren 9 Patienten wurde ebenfalls ein Antrag gestellt, welcher in 3 Fällen von juristischer Seite abgelehnt wurde (7,89%). Bei weiteren 6 Patienten wurde dem Antrag stattgegeben (15,79%), nach Verkündung des richterlichen Beschlusses und Ankündigung der geplanten Durchführung erklärten sich die Patienten jedoch zur Einnahme der Medikamente bereit. Per definitionem (siehe Kapitel „Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“) gilt auch hier der Begriff der Zwangsbehandlung.

4 Patienten wurde die Beantragung der Zwangsbehandlung angekündigt, doch wurde diese nicht nötig, da die Patienten freiwillig die antipsychotischen Medikamente einnahmen (10,53%).

Bei 6 Patienten wurde eine Zwangsmedikation ohne vorigen Antrag durchgeführt (15,79%). Ein Patient wurde vorzeitig entlassen, sodass eine Zwangsbehandlung ebenfalls ausblieb.

¹¹ Im Vorfeld einer Zwangsbehandlung muss immer versucht werden, mit anderen Mitteln wie u.a. Gesprächen einen Behandlungserfolg und vor allem die Zustimmung des Patienten zu einer medikamentösen Therapie zu erlangen. Bei vorliegender Indikation für eine Zwangsbehandlung muss ein Antrag an die Justiz gestellt werden, welcher von einem externen Gutachter gründlich geprüft werden muss. Sobald dem Antrag auf Genehmigung einer Zwangsbehandlung vorliegt, wird der Untergebrachte über diesen Bescheid informiert.

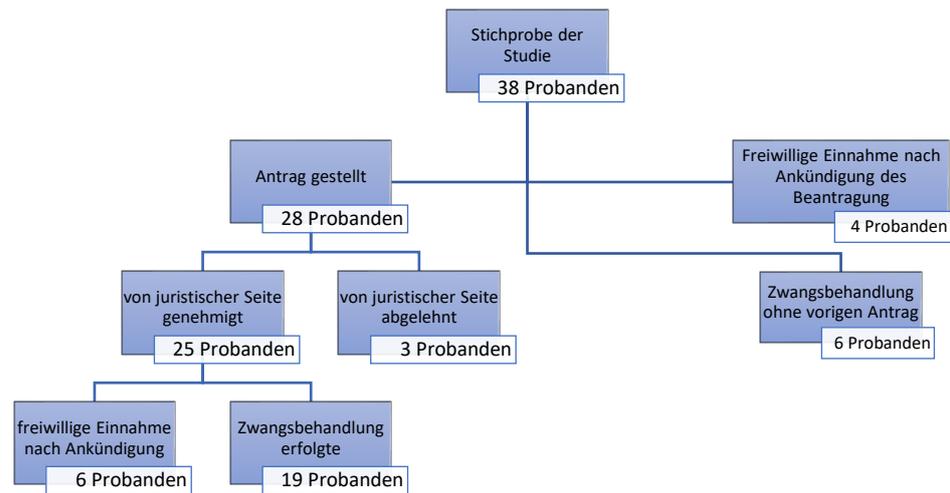


Abbildung 1: Einteilung des Patientenkollektivs in Subgruppen

3.2 Sozialdemographische Daten

3.2.1 Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Familienstand

Von den untersuchten Patienten waren 35 männlich (92,11%), entsprechend 3 Personen weiblich (7,89%). Der Altersdurchschnitt der untersuchten Patientengruppe betrug 41,79 Jahre (SD = 11,58 Jahren), wobei der älteste Patient zum Untersuchungszeitpunkt 60 Jahre, der jüngste Patient 23 Jahre alt war.

Die deutsche Staatsbürgerschaft hatten insgesamt 30 Patienten (78,95%), von denen 8 einen Migrationshintergrund aufwiesen (21,05%). Die verbliebenen 8 Patienten ohne deutsche Staatsangehörigkeit (21,05%) kamen aus Ländern wie Ägypten, Kamerun, Nigeria und aus der Türkei. In der Stichprobe war zum Erhebungszeitpunkt mit 30 Patienten (78,95%) ein Großteil der Patienten ledig, 6 waren geschieden (15,79%) und je einer verheiratet und verpartnert (je 2,63%).

3.2.2 Wohnsituation, Bildungsgrad sowie berufliche Qualifikation

Bezüglich der Wohnsituation zeigte sich, dass 11 Patienten zum Zeitpunkt des Anlassdelikts in einer eigenen Wohnung lebten (28,95%), die gleiche Anzahl hatte keinen festen Wohnsitz, 4 hausten bei ihren Eltern (10,53%), 3 in einer stationären allgemein-psychiatrischen Klinik (7,89%) sowie 2 in einer komplementären Einrichtung wie einem Heim oder einer betreuten Wohngemeinschaft. (5,26%).

Hinsichtlich des Bildungsgrads hatten 15 Patienten (39,47%) einen Realschulabschluss und 8 Patienten gar keinen Abschluss (21,05%). Mit dem Abitur hatten 6 Patienten ihre Schullaufbahn

beendet (13,16%), einen Universitätsabschluss hatten insgesamt 3 Personen (5,26%) erlangt. Einen Hauptschulabschluss konnten 5 Patienten (13,16%) vorweisen.

Im beruflichen Bereich hatten 13 Patienten die Berufsausbildung abgebrochen (34,21%). Ausgeglichen war das Verhältnis mit je 11 Patienten zwischen den Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung und ohne (je 28,95%). Bei 3 Patienten blieb diese Frage ungeklärt (7,89%). Berufstätig waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 3 Patienten (7,89%), einer Aushilfsbeschäftigung ging ein Patient nach (2,63%). Der Rest der Stichprobe übte keine Beschäftigung aus (84,21%).

3.3 Psychiatrische Vorgeschichte

3.3.1 Krankheitsbild und Verlauf

Als Einschlusskriterium dieser Studie galt eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. In die Studie eingeschlossen wurden 36 Patienten mit der Hauptdiagnose Schizophrenie (94,74%), ein Patient mit schizoaffektiver Störung (2,63%) sowie ein Patient mit einer organisch wahnhaften schizophreniformen Störung (2,63%). Unter der erst genannten dominierte die paranoide Schizophrenie, weitere Formen wie hebephrene (F20.1) und undifferenzierte (F20.3) Schizophrenie waren vereinzelt diagnostiziert worden.

Die Altersspanne bei Krankheitsbeginn der Hauptdiagnose (definiert als erste Anzeichen laut Fremdbeziehungswise Eigenanamnese) lag zwischen 14 und 49 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 26,83 Jahre (SD = 8,06). Aufgrund des meist schleichenden Beginns der Krankheit blieb in einigen Fällen unklar, wann sich die ersten Symptome der schizophrenen Erkrankung gezeigt hatten, sodass keine exakten Daten ermittelt werden konnten. In die Studie eingebracht wurden daher nur die Daten von Patienten, bei denen der Krankheitsbeginn auf das Jahr genau feststellbar war. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied konnte aufgrund der geringen Anzahl an weiblichen Patienten nicht aussagekräftig dargestellt werden.

Erstmals in psychiatrischer Behandlung begaben sich die Patienten durchschnittlich im Alter von 28,94 Jahren (SD = 9,36, Minimum = 14 Jahre, Maximum = 54 Jahre), wobei hierbei nicht zwischen ambulanter und stationärer Therapie unterschieden wurde.

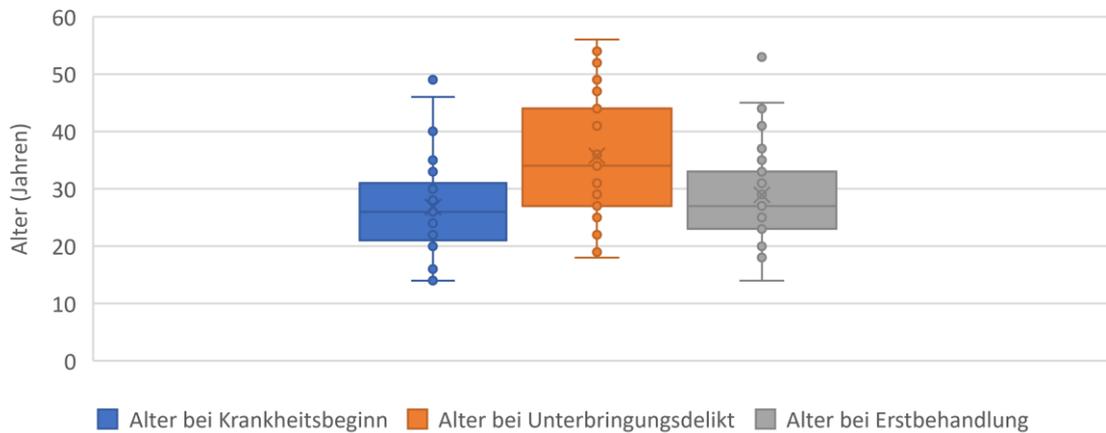


Abbildung 2: Krankheits- und Behandlungsbeginn

3.3.2 Komorbiditäten

3.3.2.1 Schizophrenie und Substanzmittelmissbrauch

Wie eingangs erwähnt besteht ein Zusammenhang zwischen psychotischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch. Dieses Bild spiegelt sich auch in dem Patientenkollektiv vorliegender Studie wider. Bei 22 Patienten lag mindestens eine weitere komorbide Störung vor (57,89 %), bei 16 Patienten war nur eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert worden (42,11%). Unter den Komorbiditäten dominierte der Substanzmittelmissbrauch, wobei sich eine Häufung bei dem Konsum von Cannabinoiden zeigte. Isolierter Cannabiskonsum lag bei 7 Patienten vor (18,42%), isolierter Alkoholmissbrauch bei 4 Patienten (10,53%). Ein multipler Substanzmissbrauch war bei 11 Patienten (28,95%) diagnostiziert worden, davon bei 10 Patienten einschließlich Cannabinoiden (26,32%). In insgesamt 12 der 22 Fälle von Substanzmissbrauch lag dieser schon vor Beginn der schizophrenen Erkrankung vor (54,54%).

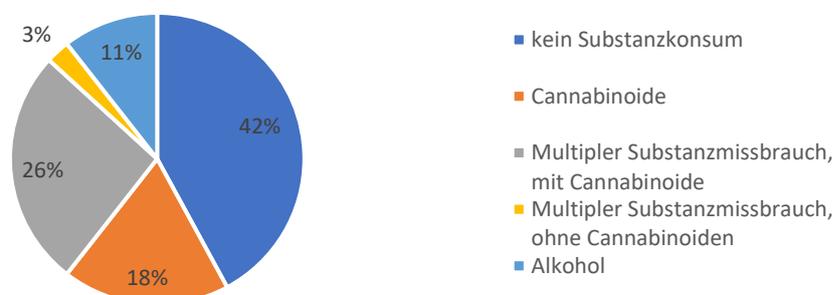


Abbildung 3: Substanzmittelmissbrauch der Patienten

3.3.2.2 Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen

In vorliegender Studie war bei 8 Patienten eine Persönlichkeitsstörung bekannt. Hiervon war bei 4 Patienten eine dissoziale (10,53%), bei 2 Patienten eine paranoide (5,26%), bei je einem Patienten eine abhängige und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (2,63%) diagnostiziert worden. In 7 der 8 Fällen war diese bereits vor Erstmanifestation der Schizophrenie bekannt, wenn auch teilweise nur in Ansätzen erkennbar.

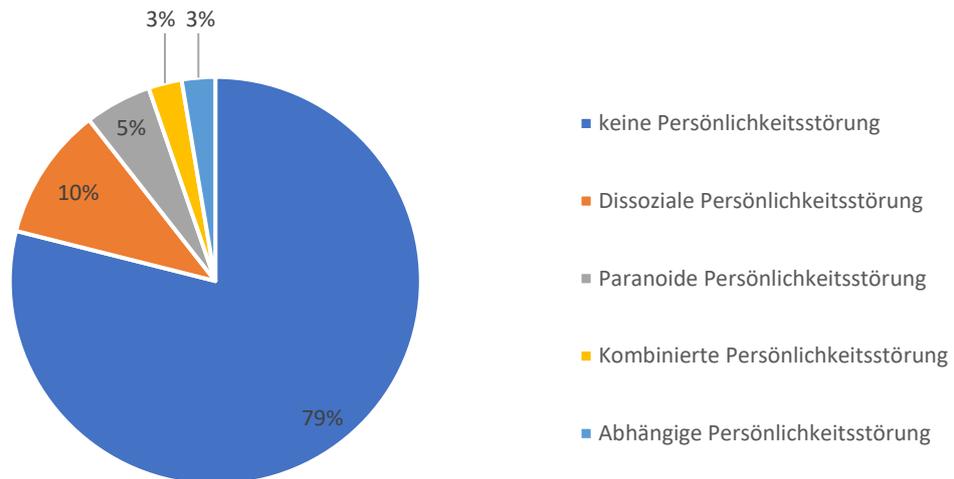


Abbildung 4: Persönlichkeitsstörungen der Patienten

3.3.2.3 Soziale Auffälligkeiten

Eine Störung des Sozialverhaltens lag bei 16 Patienten vor (42,10%), bei 18 Patienten konnte keine nachgewiesen werden (47,37%). Bei den übrigen Patienten konnte keine sichere Aussage getroffen werden. Ein Hyperaktivitätssyndrom war lediglich bei 2 Patienten diagnostiziert worden (5,26%). Hinweise auf Vorliegen einer juvenilen Peer-Delinquenz lagen bei 5 Patienten vor (7,89%).

3.3.2.4 Vorige stationäre Unterbringungen

In stationär psychiatrischer Behandlung waren zuvor bereits 22 Patienten gewesen (57,89%), hiervon wiederum 10 über drei Mal. Bei 7 Patienten lagen keine Dokumente über entsprechende Aufenthalte vor (18,42%). Die Hälfte der Probanden war bisher noch nie nach § 10 Hessisches

Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG)¹² untergebracht worden, 8 Patienten bereits einmal (21,05%), 6 Patienten bereits zwei Mal (15,79%).

3.3.2.5 Vorige antipsychotische Behandlung

Ein längerer Zeitraum einer unbehandelten Psychose war nicht bei jedem Patienten eindeutig ersichtlich. Bei 11 Patienten war der Zeitraum der unbehandelten Psychose kürzer als ein Jahr (28,95%), bei einem Patienten zwischen 1 und 2 Jahren (2,63%), bei 8 Patienten zwischen zwei und fünf Jahren (21,05%) und bei 9 Patienten über 5 Jahre (23,68%).

Eine stationäre Behandlung hatte zum Zeitpunkt der Unterbringung bereits bei 22 Patienten stattgefunden (57,89%), bei der Hälfte der Patienten war bisher mehr als eine Aufnahme erfolgt.

Eine antipsychotische Behandlung hatte in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme bei 10 Patienten stattgefunden (26,31%), wobei lediglich ein Patient davon regelmäßig antipsychotische Medikamente einnahm. Alle weiteren Patienten waren nicht behandelt worden.

Eine medikamentöse Zwangsbehandlung war zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits bei 11 Patienten durchgeführt worden (28,95%), die übrigen 27 Patienten (71,05%) waren bislang nicht unter Zwang medikamentös behandelt worden.

Bei der Anzahl bisher angewandter Antipsychotika zeigte sich, dass 13 Patienten erstmalig medikamentös behandelt wurden (34,21%), 10 Patienten hatten bereits zwischen ein und drei verschiedene Antipsychotika eingenommen (26,32%). Weitere 4 Patienten hatten zuvor schon zwischen vier und sechs Medikamente eingenommen (10,53%), bei 6 Patienten (15,79%) waren über sechs verschiedene Antipsychotika verabreicht worden. Bei 6 Patienten blieb die bisherige medikamentöse Therapie unklar (15,79%).

3.3.3 Strafrechtliche Vorgeschichte und Anlassdelikt

3.3.3.1 Vorstrafen

Bezüglich der deliktischen Vorgeschichte zeigte sich, dass über die Hälfte der Patienten der Stichprobe (68,42%) bereits vorbestraft waren. Als vorbestraft galt jeder, der einen Eintrag in das Bundeszentralregister erhalten hatte. Hierbei ist jedoch nicht auszuschließen, dass Nicht-

¹² §10 HFEG Sofortige Ingewahrsamnahme durch die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde: Liegen die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 1 Abs. 1 oder 2 mit hoher Wahrscheinlichkeit vor und ist Gefahr im Verzug, kann die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde die sofortige Ingewahrsamnahme anordnen und vollziehen. In diesem Fall ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung über die Zulässigkeit und Fortdauer der sofortigen Ingewahrsamnahme herbeizuführen. (Vollständiger Gesetzestext siehe Anhang)

Vorbestrafte vor dem Anlassdelikt eine Straftat begangen hatten, ohne dass diese registriert worden war.

Das durchschnittliche Alter der ersten Straftat mit Eintragung in das Bundeszentralregister lag bei den vorbestraften Patienten bei 28 Jahren mit einer Altersspanne von 15 bis 47 Jahren (SD 10,10).

Betrachtet man isoliert den Krankheitsbeginn der Schizophrenie in der Subgruppe der vorbestraften Patienten, zeigt sich eine Differenz zu dem durchschnittlichen Alter des Krankheitsbeginns beim gesamten Patientenkollektiv. In der Subgruppe der vorbestraften Patienten manifestierte sich die Krankheit im Mittel mit 24,96 Jahren (SD = 6,84, Minimum = 14 Jahre, Maximum = 40 Jahre), im Gesamtkollektiv erst mit 26,83 Jahren.

Unter den Delinquenzen waren Diebstahl, Beförderungserschleichung, Hehlerei, Urkundenfälschung, Erschleichen von Leistungen, Erpressung, Betäubungsmitteldelikte, Nötigung, Beleidigung, Erregen öffentlichen Ärgernisses, Banküberfall, Trunkenheit im Straßenverkehr, unerlaubtes Entfernen vom Unfallort, Hausfriedensbruch sowie Körperverletzung vertreten.

3.3.3.2 Anlassdelikt

Als Anlassdelikt wurde jenes Delikt gewertet, welches zur Unterbringung nach § 63 StGB führte und welches im Falle einer Tatserie als das forensisch schwerwiegendste anzusehen ist. Hierzu wurde eine klare Hierarchie der Deliktqualität verfolgt, die von Tötung über Körperverletzung und Sexualdelikte bis hin zu Sachbeschädigung mit oder ohne Gewalt sowie Brandstiftung reichte. Bei den Tötungen bezogen wir auch die im Versuchsstadium verbliebenen Delikte mit ein. Die Erhebung erfolgte mittels eines Deliktschlüssels, welcher im Fragebogen im Anhang einzusehen ist.

Bei der Majorität der Patienten erfolgte die Unterbringung nach § 63 StGB aufgrund von Körperverletzung (n = 22 Patienten, 57,89%). Weitere zur Unterbringung führende Delikte waren in absteigender Reihenfolge Tötungsdelikte bei 8 Patienten (21,05%), Brandstiftung bei 2 Patienten (5,26%), sowie Eigentumsdelikte mit Anwendung von Gewalt und Vergewaltigung (je 2,63%).

Das durchschnittliche Alter beim Begehen des Unterbringungsdeliktes lag bei 35,73 Jahren (SD = 10,67) mit einer Spannweite von 18 bis 56 Jahren. Die Frage, ob das Anlassdelikt unter einem Substanzeinfluss stattgefunden hatte, konnte mangels suffizienter Datenlage und Dokumentation nicht geklärt werden.

Das Unterbringungsdelikt ereignete sich im Mittel 8 Jahre nach der Erstdiagnose der Schizophrenie.

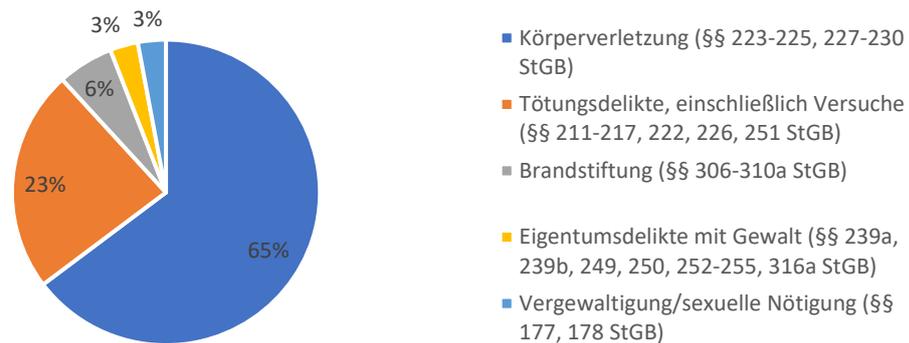


Abbildung 5: Unterbringungsdelikte der Patienten

3.3.4 PCL und HCR-20 als Prognoseinstrumente

In der vorliegenden Erhebung lag der durchschnittliche Wert von PCL bei 11,69 (SD = 5,13) mit einer Spannweite von 3 bis 20. Für HCR-20 ergab sich ein Mittelwert von 26,16 (SD = 6,59) mit einer Spannweite von 3 bis 37. Bei den historischen Items lag der Mittelwert bei 12,06 (SD = 4, Spannweite 5-19), bei den klinischen Items bei 6,22 (SD = 2,81, Spannweite 0-10) und bei den Risiko-Items bei 7,50 (SD = 2,63, Spannweite 1-10).

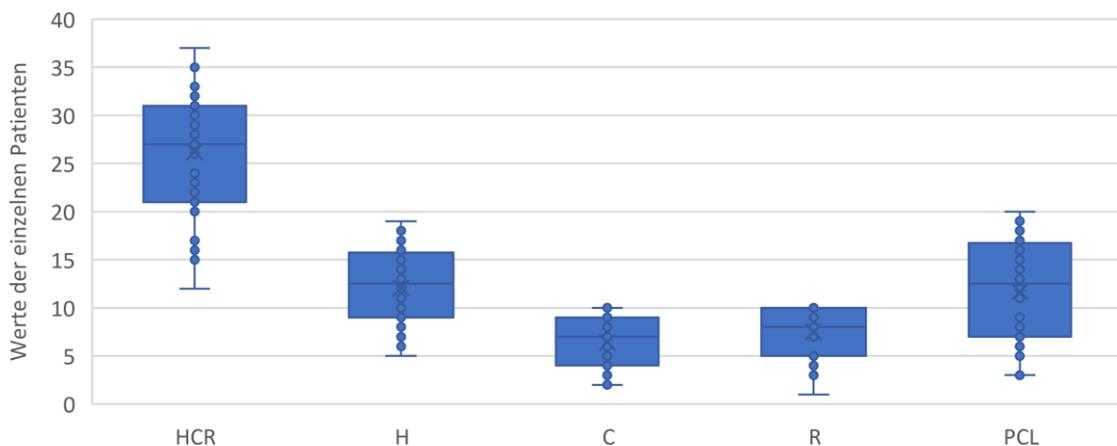


Abbildung 6: Werte der Prognoseinstrumente HCR-20 und PCL

3.4 Die psychopharmakologische Behandlung

Wie eingangs beschrieben, kam es nicht bei allen Patienten zu einer Zwangsbehandlung mit Anwendung von physischer Gewalt seitens der Behandler. Einige Patienten akzeptierten im Verlauf die Einnahme von Psychopharmaka und zeigten sich (teil-)kooperativ.

3.4.1 Rahmendaten zur Zwangsbehandlung

Mit den Gerichtsurteilen über die Rechtswidrigkeit der Maßregelvollzugsgesetze wurde eine Zeit der Rechtsunsicherheit eingeläutet. Bei anhaltender Verweigerung von psychopharmakologischer Behandlung seitens des Untergebrachten musste daher zunächst ein Antrag an das entsprechende Gericht gestellt und ein externer Gutachter einbestellt werden. Im Folgenden werde ich eine Übersicht über die Auswirkungen des Procedere auf den Klinikalltag und im Besonderen auf den Patienten selbst geben.

Die Zeit von der Antragsstellung bis zur Zwangsbehandlung betrug im Mittel 82,93 Tage (SD = 110,15, Minimum = 0 Tage, Maximum = 329 Tage). Dieser Wert ist jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig, da lediglich 15 Werte ermittelbar waren.

Zwischen der Ankündigung der Zwangsbehandlung bei anhaltender Verweigerung bis zur Etablierung einer Behandlung vergingen im Durchschnitt 31,57 Tage (SD = 64,89), wobei die längste Zeitspanne bei 318 Tagen lag, die kürzeste bei null Tagen.

Von Beginn der Unterbringung bis zur Zwangsbehandlung beziehungsweise zum Beginn der antipsychotischen pharmakologischen Behandlung vergingen im Durchschnitt 519,34 Tage (SD = 544,12), wobei hier die längste Spanne von einem Tag bis 2249 Tagen (6,16 Jahre) reichte. Als Zeitpunkt der Unterbringung galt die Aufnahme in die Maßregelvollzugsanstalt. Zwischen der Unterbringung gemäß § 126a StPO¹³ oder §67h StGB¹⁴ wurde nicht näher differenziert.

3.4.2 Psychopharmakologische Therapie in der Zwangsbehandlung

Die drei am häufigsten angewandten Antipsychotika waren bei der Zwangsbehandlung selbst Zuclopenthixol bei 11 Patienten (31,43%), Haloperidol bei 8 Patienten (22,86%) und Risperidon bei 6 Patienten (17,65%). Weiterhin wurden in einzelnen Fällen Olanzapin (4x), Diazepam (2x), Clozapin, Quetiapin und Aripiprazol (je 1x) appliziert.

Bei 6 Patienten (15,79%) musste das Medikament aufgrund von Nebenwirkungen gewechselt werden. Von den Betroffenen hatten je 2 Zuclopenthixol und Haloperidol und je einer Risperidon und Olanzapin genommen. Nach Umstellung von Haloperidol auf Risperidon und von Olanzapin auf Amisulprid traten keine Nebenwirkungen mehr auf.

¹³ § 126a StPO: Einstweilige Unterbringung; Details siehe Anhang

¹⁴ § 67h StGB: Befristete Wiederinvolzugsetzung; Krisenintervention; Details s. Anhang

Die weiterführende Behandlung erfolgte bei 9 Patienten mit Risperidon (25,71%), bei 7 Patienten mit Haloperidol (20,00%), bei 6 Patienten mit Zuclopenthixol (17,14%) und bei 4 Patienten mit Olanzapin (11,43%). Weitere Pharmazeutika, die vereinzelt eingenommen wurden, waren Clozapin, Aripripazol und Diazepam.

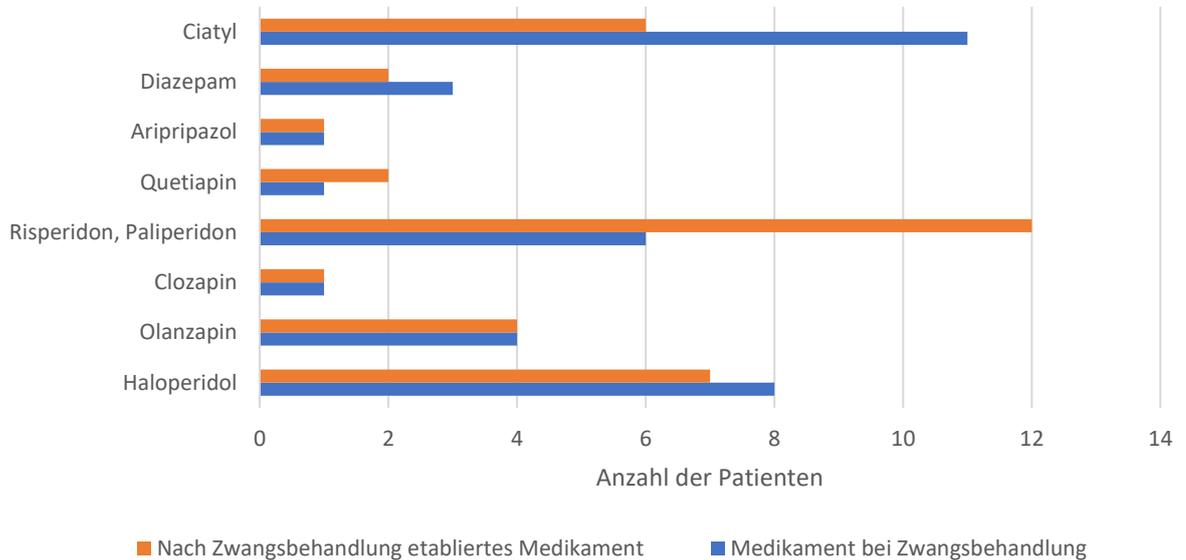


Abbildung 7: Applizierte Psychopharmaka

3.5 Kernthema der Studie: Prä-Post-Vergleich nach Zwangsbehandlung anhand ausgewählter Beobachtungsmerkmale

Neben dem Vergleich des Verhaltens im Stationsalltag zwischen prä- und postinterventioneller Phase anhand ausgewählter Verhaltensmerkmalen erfolgte als Kernthema der Untersuchung die Bewertung der Positiv- und Negativsymptome anhand der PANSS.

Im Folgenden werde ich zunächst den Fokus auf das Verhalten und die Auffälligkeiten der Patienten der Stichprobe richten. Die Patienten, welche nicht psychopharmakologisch behandelt wurden, gingen nicht in die Berechnung ein. Hieraus ergibt sich für nachfolgende Ergebnisdarstellung jeweils eine Anzahl von 35 Patienten.

3.5.1 Unterbringungszwischenfälle

Als Unterbringungszwischenfälle galten alle dokumentierten Vorfälle, die ein Eingreifen von Seiten der Mitarbeiter erforderlich machten, wie zum Beispiel grobe Regelverstöße, gewalttätige Handlungen oder Ähnliches. Vor dem Beginn der Behandlung mit Antipsychotika gab es durchschnittlich 2,61 Vorfälle pro Patient (SD = 2,86; Minimum = 0; Maximum = 11), nach Beginn der medikamentösen Behandlung mit 2,51 Vorfällen geringfügig weniger (SD = 5,04, Minimum = 0,

Maximum = 26), wobei hier vor allem ein Patient allein für über 20 Zwischenfälle verantwortlich war und somit das Bild verzerrt. Es zeigte sich jedoch ein Anstieg der Zahl der Patienten ohne Zwischenfälle von zuvor 12 (31,58%) auf 16 Patienten (42,11%).

3.5.2 Auseinandersetzung mit Klinikpersonal und Mitpatienten

In die Kategorie der Zwischenfälle fallen unter anderem Auseinandersetzungen mit dem Klinikpersonal, wobei hier noch einmal zwischen Auseinandersetzung verbaler und körperlicher Art unterschieden wurde. Während vor der antipsychotischen Behandlung 18 Patienten verbal aggressiv (51,43%) und 10 Patienten verbal und körperlich aggressiv (28,57%) wurden, kam es im Beobachtungszeitraum unter antipsychotischer Behandlung nur noch bei 9 Patienten zu Auseinandersetzungen verbaler Art (25,71%), bei einem Patienten zu körperlicher Aggression gegen das Klinikpersonal (2,86%) und bei 7 Patienten zu Ausschreitung mit verbaler und körperlicher Aggression (20,00%). Von zuvor lediglich 6 Patienten ohne Auseinandersetzungen zeigten im Verlauf nahezu die Hälfte aller Probanden (48,57%) nach der Intervention keine Aggression gegenüber Klinikpersonal.

Die Auseinandersetzungen mit Mitpatienten nahmen ebenfalls ab. Vor der Behandlung hatte es bei 6 Patienten Auseinandersetzungen verbaler Art (17,14%), bei einem Patienten körperlicher Art (2,86%) und bei 4 Patienten verbaler und körperlicher Art (11,43%) gegeben. Im nachfolgenden Beobachtungszeitraum zeigten nur noch je 3 Patienten (8,57%) verbale und verbal-körperliche Aggressionen. Von zuvor 23 Patienten (65,71%) verhielten sich nach der Intervention 28 Patienten (80,00%) diesbezüglich unauffällig.

3.5.3 Stufungen

In der KFP Haina gibt es ein sogenanntes „Stufensystem“, mit welchem die verschiedenen Lockerungen bzw. Einschränkungen im Therapiealltag festgelegt werden. Mit jeder Höherstufung ist eine Steigerung der Freiheitsgrade und perspektivisch eine Re-Integration in die Gemeinschaft verbunden. Bei Regelverstößen oder Verschlechterung des psychopathologischen Zustandes ist eine Rückstufung möglich.

Im Beobachtungszeitraum vor der psychopharmakologischen Behandlung wurden 2 Patienten höhergestuft (5,71%), bei den verbliebenen 33 Patienten erfolgte kein Stufenwechsel (94,29%). Nach Beginn der Behandlung konnten 11 Patienten im Beobachtungszeitraum höhergestuft werden (31,43%), einer wurde zurückgestuft (2,86%).

3.5.4 Sachbeschädigungen

Ein weiteres zählbares Instrument zur Einschätzung des Verhaltens im Stationsalltag waren solche Situationen, bei denen es zu einer Sachbeschädigung kam. Bei vorliegender Studie wurde zwischen leichter und schwerer Form der Sachbeschädigung unterschieden, wobei „schwer“ die komplette Zerstörung von Inventar beschreibt, während es sich bei „leichter“ Sachbeschädigung um Schäden handelt, die repariert werden können oder die Funktion des Objekts nicht beeinträchtigen.

Vor der Intervention hatten 12 Patienten eine schwere Sachbeschädigung begangen (34,29%). Nach Beginn der antipsychotischen Behandlung war die Anzahl auf 6 Patienten gesunken (17,15%), wovon in einem Fall lediglich eine leichte Sachbeschädigung vorlag.

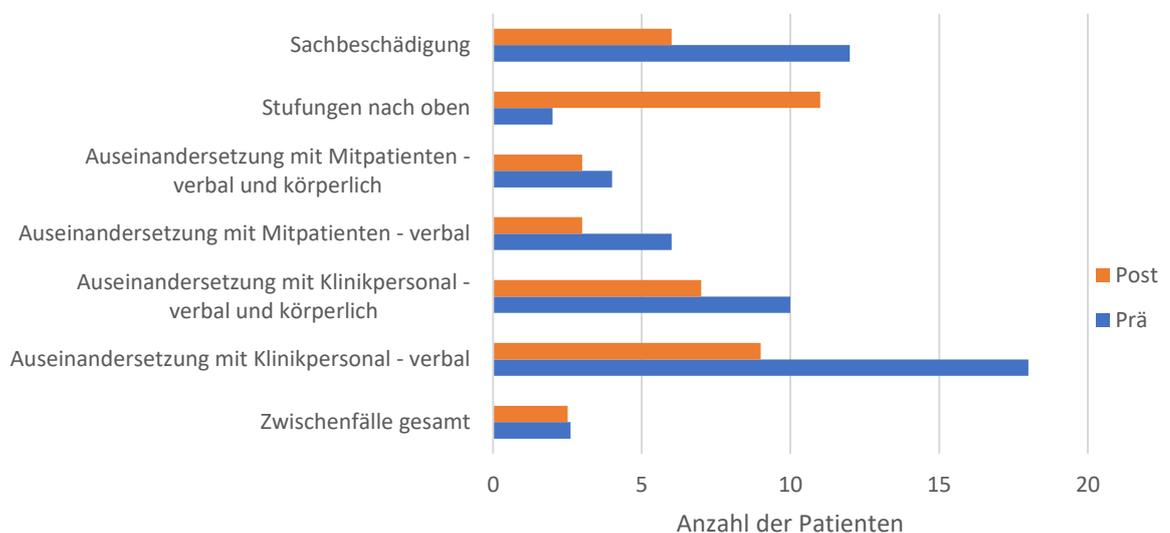


Abbildung 8: Zwischenfälle während der Unterbringung

3.5.5 Psychopathologischer Zustand

Der Vergleich des psychopathologischen Zustands zeigte eine klare Verschiebung vom Beobachtungsmerkmal „gleichbleibend schlecht“ zu „progressiv“. Vor dem Beginn der Behandlung mit Antipsychotika war der psychopathologische Zustand bei 24 Patienten als gleichbleibend schlecht (68,57%) eingestuft worden, bei 4 Patienten als wechselnd (11,43%) und bei 7 Patienten als stetig degressiv (20,00%). Im postinterventionellen Zeitraum zeigte sich bei 31 Patienten eine Verbesserung des psychopathologischen Zustandes (88,57%), ein Patient zeigte Schwankungen (2,86%) und bei 3 Patienten blieb der Zustand schlecht (8,57%).

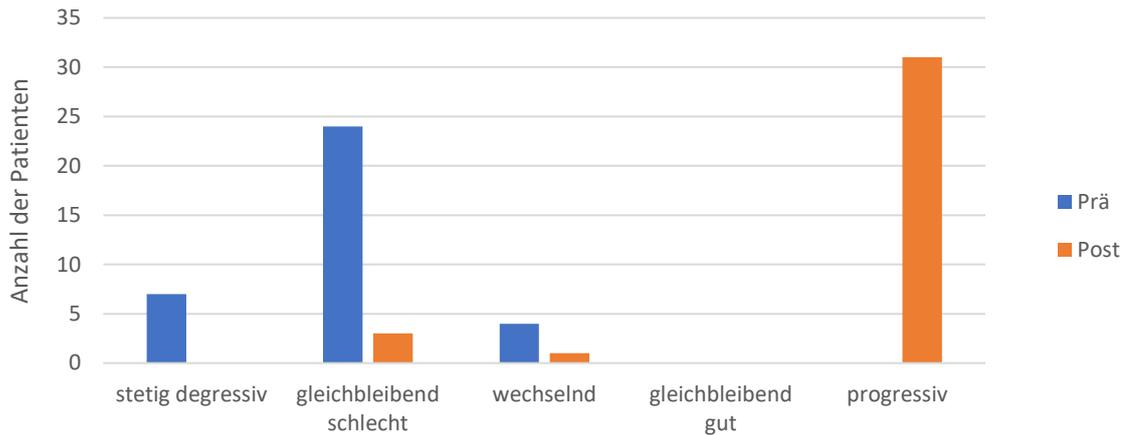


Abbildung 9: Psychopathologischer Zustand der Patienten

3.5.6 Krankheitseinsicht

Was die Krankheitseinsicht angeht, zeigten sich nur geringfügige Unterschiede. Bei lediglich einem Patienten hatte sich vor der pharmakologischen Behandlung zeitweise eine Krankheitseinsicht gezeigt (2,86%). Im Verlauf der antipsychotischen Behandlung erhöhte sich die Zahl auf insgesamt 7 Patienten, wovon 4 eine durchgehende Krankheitseinsicht zeigten (11,43%). Bei dem Rest des Patientenkollektivs blieb die Einstellung unverändert.

3.5.7 Integration in die Stationsgemeinschaft

Ein wichtiger Schritt im Maßregelvollzug ist die Integration der Patienten in die Stationsgemeinschaft. Die Integration erfolgt schrittweise und individuell angepasst an den Patienten. Zu Beginn werden Versuche mit stundenweiser Stationsintegration unternommen, bei unauffälligem Verhalten und entsprechender Psychopathologie erfolgte der ganztägige Aufenthalt in den Gemeinschaftsräumen.

Nach Beginn der psychopharmakologischen Behandlung gelang bei 26 Patienten die schrittweise Integration, wobei der Zeitraum zwischen 1 und 90 Tagen stark schwankte, bei der Mehrheit der Patienten jedoch nur wenige Tage dauerte ($M=27,42$; $SD = 27,12$; Minimum = 0; Maximum = 90). 3 Patienten (8,57%) hatten bereits zuvor schon am Stationsalltag teilgenommen.

3.5.8 Eigengefährdung

Die Eigengefährdung der Patienten wurde - sofern präsent - anhand der Werte „bedingt“ und „erheblich“ beschrieben. Unter „bedingte Eigengefährdung“ wurde eine eher mittel- bis langfristige Selbstbeschädigung aufgefasst, als erheblich wurden vor allem akute, unmittelbare

Selbstschädigungen betitelt. Bei 7 Patienten lag präinterventionell eine bedingte Eigengefährdung vor (20,00%), bei 4 Patienten eine erhebliche (11,43%). Nach der Intervention zeigten nur noch insgesamt 4 Patienten eigengefährdendes Verhalten.

3.5.9 Suizidalität

Suizidalität zeigten sowohl vor als auch nach der Behandlung 3 Patienten (8,57%). Diese äußerte sich vor der Intervention in 2 Fällen durch konkrete Suizidvorbereitung, in einem Fall durch einen Suizidversuch. Nach der Behandlung kam es in 2 Fällen zu einem Suizidversuch, ein Patient äußerte Suizidgedanken im Gespräch.

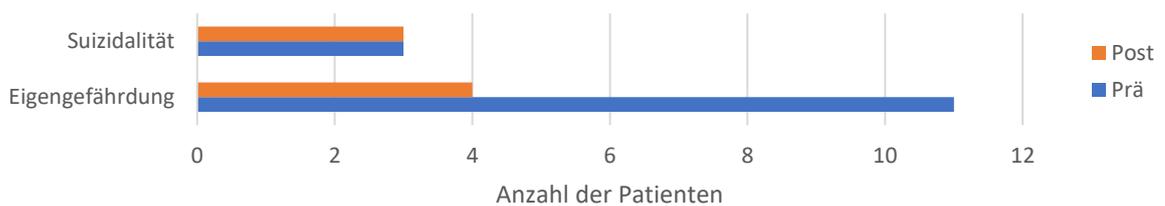


Abbildung 10: Eigengefährdung und Suizidalität während der Unterbringung

3.5.10 Therapieteilnahme

Zum Therapieangebot in der Forensischen Psychiatrie gehört neben therapeutischen Einzelgesprächen auch Milieu-/Soziotherapie, Arbeits-/Beschäftigungstherapie sowie Sport-/Physiotherapie.

Eine Therapieteilnahme war vor der Intervention bei 24 Patienten nicht möglich (68,57%). 6 Patienten nahmen an einem der Therapieangebote teil (17,14%), davon 4 Patienten unregelmäßig (11,43%), zwei Patienten regelmäßig (5,71%). Mehr als ein Therapieangebot konnten 4 Patienten wahrnehmen (11,43%), wobei hiervon nur ein Patient (2,86%) regelmäßig teilnahm. Nach der Intervention war die Anzahl der Patienten, die gar nicht an Therapiesitzungen teilnahmen, auf 14 gesunken (40,00%). 8 Patienten besuchten ein Therapieangebot (21,05%), davon die Hälfte

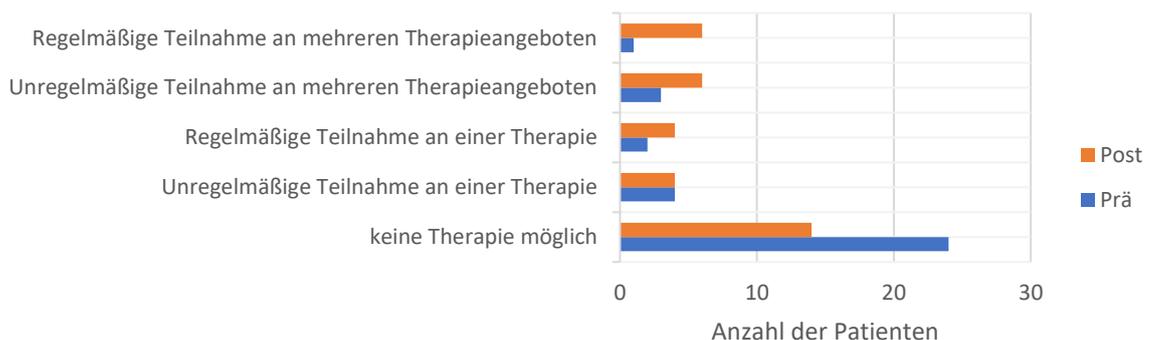


Abbildung 11: Teilnahme an Therapieangeboten

regelmäßig, 12 Patienten nahmen an zwei oder mehr Angeboten teil (34,29%), auch hiervon wiederum die Hälfte regelmäßig.

3.5.11 Körperhygiene

Auf Körperhygiene achteten vor der medikamentösen Therapie 18 Patienten (51,42%), davon 2 nur zeitweise. Nach der Behandlung hatte die Achtsamkeit bezüglich Körperhygiene im Gesamtbild zugenommen. Nur ein Patient hatte weiterhin eine auffällige (=mangelhafte) Körperhygiene, 9 Patienten achteten zeitweise darauf (25,71%). Die weiteren 24 Patienten (68,57%) zeigten diesbezüglich keinerlei Auffälligkeiten mehr.

Auch hinsichtlich der Hygiene des Wohnbereiches zeigte sich eine Veränderung: Während vor der Intervention insgesamt 21 Patienten (60,00%), davon 3 zeitweise und 18 kontinuierlich, auf das Sauberhalten ihres Zimmers geachtet hatten, zeigten hier nach der Intervention 31 Patienten Bemühungen (88,57%). 25 hielten ihren Wohnraum kontinuierlich sauber (71,43%).

3.5.12 Medizinische Diagnostik

Die medizinische Diagnostik, unter anderem die Blutentnahme, ist ein wichtiger Teilbereich der Forensischen Psychiatrie. Krankheitsbedingt wird die medizinische Diagnostik jedoch von vielen schizophrenen Patienten – oftmals aufgrund vorliegender Wahnvorstellungen – abgelehnt.

Knapp über die Hälfte der Patienten hatte keine diagnostische Maßnahme verweigert (54,29%). 4 Patienten verweigerten die Blutentnahme (11,43%), ein Patient das Schreiben eines EKGs. Jeglicher Eingriff zur medizinischen Diagnostik wurde von 10 Patienten abgelehnt (28,57%).

Nach der Behandlung konnte die medizinische Diagnostik bei 32 Patienten problemlos erfolgen (91,43%), 2 Patienten verwehrten weiterhin jegliche Form der Diagnostik (5,71%).

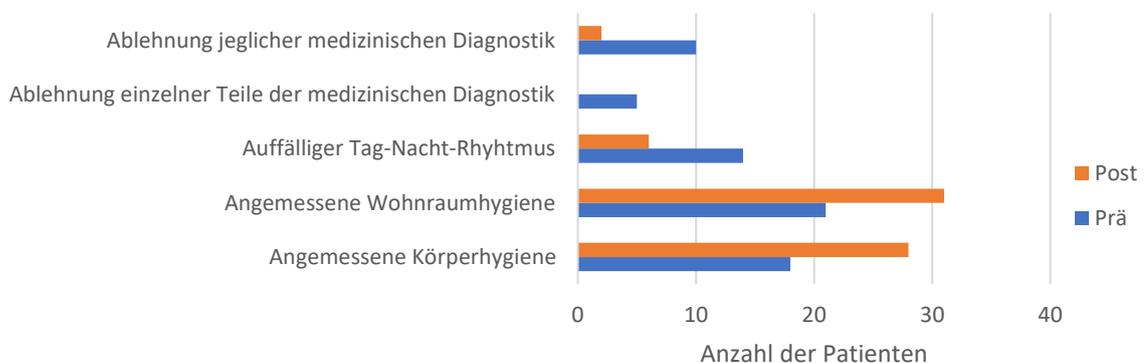


Abbildung 12: Verhalten hinsichtlich Hygiene und Diagnostik

3.6 Kernthema der Studie: Prä-Post-Vergleich anhand der Positive and Negative Syndrome Scale

Erhoben wurden nicht alle 30 Items, sondern lediglich solche, die für die Auswertung relevant sind. Dies sind im Einzelnen Wahn, Halluzination und mangelnde Impulskontrolle. Die Subskalen „Positive und Negative Symptome“ sowie Aggressionspotential wurden vollständig ermittelt, bei der Subskala „Allgemeine Psychopathologie“ beschränkt sich die Studie auf die Items „Anspannung“, „Unkooperatives Verhalten“, „Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht“ sowie „Mangelnde Impulskontrolle“. Im Einzelnen dargestellt werden explizit solche Items, die kennzeichnend für die Erkrankung Schizophrenie sind. Dies sind im Einzelnen Wahn, Halluzination und mangelnde Impulskontrolle.

Wann von einem Ansprechen auf die psychopharmakologische Therapie ausgegangen werden kann, ist umstritten. Laut Leucht et al. (2005) ist in vielen Studien die Verbesserung der Subskalenwerte oder Gesamtskalenwerte um 20% als Cut-off-Wert eingestuft worden. Jedoch wird kontrovers diskutiert, ob dieses Kriterium wirklich eine erfolgreiche Therapieresponse umschreibt, oder ob die Grenze nicht viel mehr bei 30, 40 oder 50% angesetzt werden müsse. (Leucht et al., 2005) Insofern wird im Folgenden hauptsächlich eine Beschreibung der erhobenen Daten vorgenommen, die im Rahmen des Gesamtbildes Tendenzen abbilden soll.

Anzumerken hinsichtlich der Datenerfassung ist, dass nicht jeder Patient in jedem Item für den prä- und postinterventionellen Zeitraum geratet werden konnte. Daher wurden im Falle nur eines Wertes das unvollständige Wertepaar nicht einbezogen, sodass sich für die einzelnen Items eine unterschiedliche Anzahl an Wertepaaren ergeben. Alle Patienten, die keine Zwangsbehandlung erhielten, wurden aus der Berechnung herausgenommen.

Bei dem Item „Wahnideen“ (P1) reduzierte sich der durchschnittliche Wert von 5,96 auf 3,93 Punkte (Mittelwert der Differenz = 2,04; $t = 6,23$; $df = 26$, $p < 0,01$). Hierbei war die größte erreichte Differenz ein Sprung von einem Score von 7 auf 1 bei einem Patienten. Bei insgesamt 4 Patienten blieben die Wahnideen weiterhin unverändert extrem (Score 7), bei einem Patienten mit ausgeprägtesten Wahnideen trat eine Besserung um 1 Wertepunkt ein. Mit einem Cut-off-Wert von 20% ergibt sich somit bei 5 Patienten eine fehlende Therapieresponse.

Die Schwere des Items „Halluzination“ (P3) wurde im Mittel mit 4,44 Punkten vor der psychopharmakologischen Behandlung eingeschätzt, nach Beginn der Behandlung war der durchschnittliche Score auf 2,32 Punkte gefallen (Mittelwert der Differenz = 2,12; $t = 8,81$; $df = 24$, $p < 0,01$). Bei 3 Patienten mit sehr ausgeprägten Halluzinationen blieb die Besserung aus, während

2 Patienten eine Besserung um mindestens 4 Punkte erreichten. Insgesamt hatte die Mehrheit des Patientenkollektivs nach der Intervention sehr geringe Werte (siehe Durchschnitts-Score).

Bezüglich des Items „Mangelnde Impulskontrolle“ zeigte sich eine durchschnittliche Besserung von 5,2 auf 2,53 Punkten. Bei 4 Patienten mit höchsten Scores (6 oder 7 Punkte) vor der Intervention konnte eine Verbesserung auf 2 oder 1 Punkte vermerkt werden, bei 3 Patienten blieb die mangelnde Impulskontrolle unverändert hoch (Mittelwert der Differenz = 2,67; $t = 9,63$; $df = 29$, $p < 0,01$), sodass auch hier von einer fehlenden Therapieresponse gesprochen werden kann. Wie im folgenden Graphen veranschaulicht, zeigt der Großteil der Patienten nach der Intervention nur noch eine leichte Ausprägung der mangelnden Impulskontrolle, im Umkehrschluss eine erheblich bessere Impulskontrolle als zuvor, was die oben dargelegten Verhaltensweisen im Stationsalltag noch einmal bestätigt.

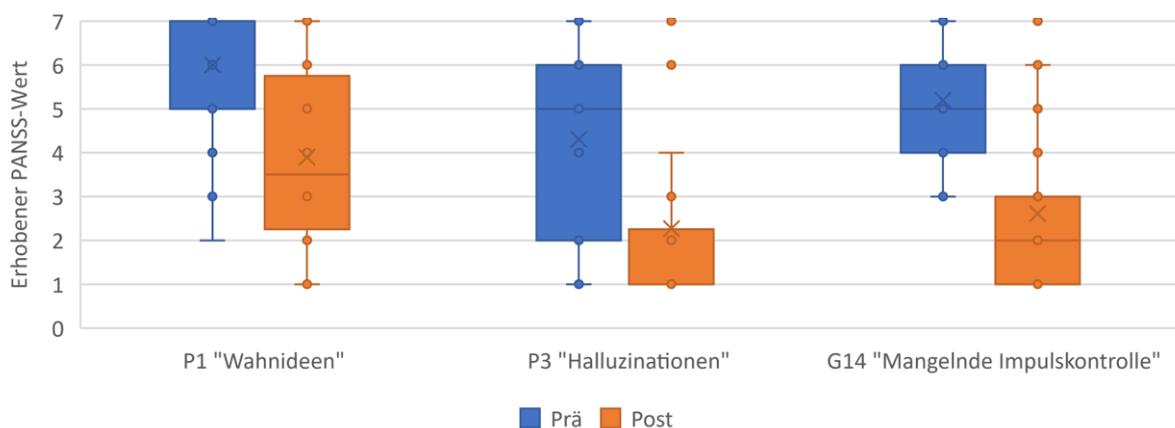


Abbildung 13: Verteilung der Werte ausgewählter PANSS-Items (P1, P3, G14) im Prä-Post-Vergleich

Im Hinblick auf die Legitimation von Zwangsbehandlung und die in diesem Rahmen diskutierte Selbstbestimmungsfähigkeit ist ein Blick auf den „Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht“ zu werfen. Von einem präinterventionellen Durchschnittswert von 6,46 konnte postinterventionell eine Reduktion um mehr als 2 Punkte auf 3,96 verzeichnet werden.

Bei gemeinsamer Betrachtung aller PANSS-Werte blieb bei einem Cut-off-Wert von 20% bei 7 Patienten die Symptombesserung aus (20,00%). Hinsichtlich der Wahnideen zeigte die Therapie bei 5 Patienten keine Besserung, bezüglich der Halluzinationen bei 3 Patienten und der mangelnden Impulskontrolle bei 4 Patienten.

Wird die Reduktion um 20% als Cut-off-Wert genommen, so zeigt sich bei allen Items, die Affektverflachung (N1) ausgenommen, eine nennenswerte Reduktion.

Die größte Reduktion zeigte sich beim Item „Unkooperatives Verhalten“ (G8; Reduktion um 2,97), „Feindseligkeit“ (P7; Reduktion um 2,9) sowie „Erregung“ (P4; Reduktion um 2,83).

Die geringste Verbesserung gemessen an den Scores zeigte sich beim Item „Affektverflachung“ (N1; Reduktion um 1,0), „Emotionaler Rückzug“ (N2; Reduktion um 1,4) und dem „Mangel an Spontaneität und Flüssigkeit des Gesprächsflusses“ (N6; Reduktion um 1,41).

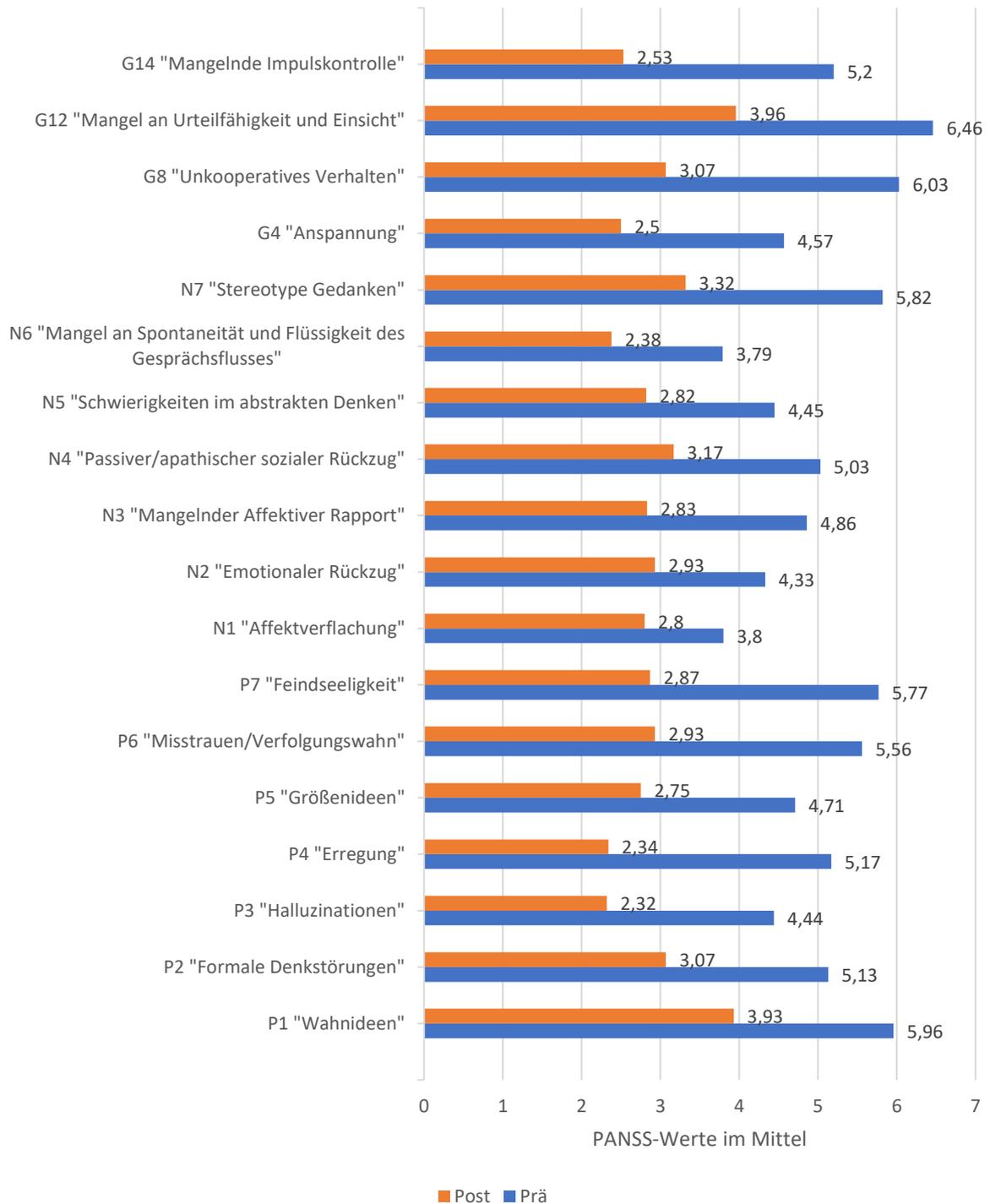


Abbildung 14: Durchschnittliche PANSS-Werte des Patientenkollektivs im Prä-Post-Vergleich

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde ein Vergleich der Psychopathologie sowie des Verhaltens von schizophrenen Patienten im hessischen Maßregelvollzug vor und nach einer medikamentösen Intervention erfasst.

In der Studie zeigte sich nach dem Beginn mit einer psychopharmakologischen Therapie unter anderem eine signifikante Reduktion der psychotischen und aggressiven Symptomatik. Daraus resultierend war es einem Großteil der untersuchten Patienten nach Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie möglich, im Stationsalltag in Gemeinschaft zu kommen und im weiteren Verlauf Therapieangebote wahrzunehmen.

4.2 Methodische Aspekte

4.2.1 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Eine Einschränkung der Studie besteht im retrospektiven Studiendesign. Die Datenerhebung erfolgte aktenanamnestisch mittels verfügbarer Urteile, Gutachten, Aufnahmeprotokollen, Behandlungsplänen und Verlaufsberichten. Diese Dokumente sind trotz eines einheitlichen Rahmenformats unterschiedlich umfassend erstellt worden. So sind teilweise Informationslücken entstanden, die es in der Auswertung zu berücksichtigen galt.

Aus dem retrospektiven Design ergibt sich zudem die Problematik der gelegentlich wechselnden Bezugstherapeuten, die für die Erhebung der PANSS-Scores gefragt waren. Da nicht alle zuständigen Mitarbeiter zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Klinik beschäftigt waren, musste in einigen Fällen auf jene Mitarbeiter zurückgegriffen werden, die am besten mit dem Verlauf des Patienten betraut waren.

Darüber hinaus ergibt sich eine Limitation aus der hausinternen und nicht verblindeten Durchführung der Studie, was jedoch aus ethischen und praktischen Gründen nicht anders durchführbar war.

Anzumerken ist zudem, dass die Studie sich lediglich in einem begrenzten örtlichen Raum befasst hat. In Anbetracht der Tatsache, dass fast alle Maßregelvollzugsanstalten in Hessen involviert waren, bezieht sich die Studie auf die Situation im gesamten Bundesland Hessen. Da die

Maßregelvollzugsgesetze der Bundesländer sich zumindest leicht unterscheiden, kann die Studie mit den Ergebnissen nur bedingt mit anderen Bundesländern verglichen werden.

Mit Blick auf den Untersuchungszeitraum hat sich in anderen Studien gezeigt, dass sich eine postinterventionelle Veränderung des psychopathologischen Zustandes, vor allem hinsichtlich der Einsichtsfähigkeit¹⁵, meist innerhalb der ersten 3 Monate ereignet, jedoch sind auch Veränderung im Zeitfenster bis zu 6 Monaten erhoben worden. (Herbel & Stellmach, 2007) Der in der Studie gewählte Untersuchungszeitraum von je 3 Monaten prä- und postinterventionell deckt somit sicherlich den Zeitraum mit den meisten Veränderungen ab, jedoch werden solche nach 3 Monaten nicht mehr erfasst.

4.3 Inhaltliche Aspekte

Nach der ausführlichen Darstellung der erhobenen Daten im Ergebnisteil werde ich in der Diskussion den Fokus auf jene Parameter legen, die für die Fragestellung der Arbeit von besonderer Relevanz sind. Hierbei liegt der Schwerpunkt einerseits auf dem Vergleich des psychopathologischen Zustands vor und nach der Zwangsbehandlung, um die Auswirkung der Intervention auf den Krankheitsverlauf und das Patientenwohl darzustellen. Andererseits werde ich auf das Prozedere der Beantragung einer Zwangsbehandlung eingehen.

4.3.1 Die Auswirkung von psychopharmakologischer Therapie in der Praxis

4.3.1.1 Verbesserung des psychopathologischen Zustands

In vorliegender Studie zeigte sich im Patientenkollektiv eine deutliche Reduktion psychotischer Symptomatik; hier nicht nur hinsichtlich des klinischen Verhaltens im Stationsalltag, sondern auch in aktuarischer Form durch die Erfassung von Merkmalen mit der PANSS.

75% der Patienten profitierten insofern von der psychopharmakologischen Behandlung, als dass sich die Symptome regredient zeigten, teils sogar ganz remittierten. Dies spiegelt die Resultate verschiedener Untersuchungen an psychiatrischen Patienten wider. Wie bereits erwähnt beziehen sich diese Daten auf allgemeinspsychiatrische Einrichtung, sodass ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist.

Bei lediglich 7 Patienten verbesserte sich der psychopathologische Zustand trotz Psychopharmaka nach 3 Monaten nicht. Der größte Unterschied ergab sich bei Behandlung mit Clozapin, gefolgt von Amisulprid, Olanzapin und Risperidon. Auch in anderen Studien wurde für Clozapin die beste

¹⁵ Gemeint ist hier Krankheits- und Behandlungseinsicht

Wirkung, besonders hinsichtlich der Aggressionsreduktion ermittelt. (Brown et al., 2014; Patchan et al., 2017; Sheitman, 2005; Victoroff, Coburn, Reeve, Sampson, & Shillcutt, 2014) Somit ergänzt die vorliegende Studie die wissenschaftliche Datenlage für die Wirkung von Antipsychotika mit Resultaten aus der forensischen Psychiatrie.

4.3.1.2 Nebenwirkungen und daraus resultierende Herausforderungen

Das Auftreten von Nebenwirkung bei antipsychotischer Medikation ist im klinischen Alltag keine Seltenheit. Nebenwirkungen beeinflussen die kontinuierliche Einnahme von Psychopharmaka negativ. Sie tragen zur Malcompliance und damit einhergehend zum Rückfallrisiko bei. Im Rahmen der psychopharmakologischen Behandlung in vorliegender Studie traten bei 15,79% der behandelten Patienten Nebenwirkungen auf, sodass eine Umstellung der antipsychotischen Medikation erfolgte. Betrachtet man dieses Ergebnis im Kontext der gegenwärtigen Studienlage, findet sich eine ähnlich große Rate an Nebenwirkungen.

Im Rahmen der bereits erwähnten großen Meta-Analyse von Leucht et al. (2013) mit Daten von 43049 Teilnehmern wurden zwei Antipsychotika der ersten Generation (Haloperidol und Chlorpromazin) und 13 Antipsychotika der zweiten Generation in der akuten Behandlung von schizophrenen Patienten untersucht und mit der Wirkung und den Nebenwirkungen von Placebo-Präparaten verglichen.

Hinsichtlich der Nebenwirkungen wurden Unterschiede zwischen den einzelnen Psychopharmaka ersichtlich. Gegenstand der Betrachtung waren im Einzelnen eine Gewichtszunahme, extrapyramidale Störungen, eine Erhöhung des Prolaktinspiegels, eine QT-Zeit-Verlängerung sowie das Auftreten von Müdigkeit.

Haloperidol, welches in vorliegender Studie bei zwei Patienten zum Auftreten von Nebenwirkungen führte, wurde in besagter Meta-Analyse am häufigsten wieder abgesetzt und führte am häufigsten zu extrapyramidalen Störungen. Jedoch kam es unter der Einnahme am seltensten zu einer Gewichtszunahme. Olanzapin hingegen, welches in unserer Studie ebenfalls von einem Patienten nicht vertragen wurde, fiel vor allem durch die höchste Rate an Patienten mit Gewichtszunahme auf. Hinsichtlich der Kontinuität der Einnahme war es jedoch eines der Medikamente, welche längerfristig am besten toleriert wurden. Zuclopenthixol war nicht in die Studie eingeschlossen.

Bei Risperidon, welches in vorliegender Studie bei einem Patienten Nebenwirkungen hervorrief, zeigte sich in der Meta-Analyse keine überdurchschnittliche Ausprägung einer unerwünschten Arzneimittelwirkung. (Leucht et al., 2013)

4.3.1.3 Therapieresistenz und die Auswirkung auf die Praxis

Bei 7 von 35 Patienten (20,00 %) wurde, gemessen an den PANSS-Werten, keine Verbesserung des psychopathologischen Zustands, registriert. Ob hier sogleich eine Therapieresistenz vorliegt, ist von der jeweiligen Definition abhängig. Faktisch gesehen konnte trotz psychopharmakologischer Therapie über einen Zeitraum von 3 Monaten keine Besserung erreicht werden, was zumindest den Verdacht auf eine Therapieresistenz erlaubt. Ob - wie von der „3x2-Regel“ für das Vorliegen einer definitionsgemäßen Therapieresistenz gefordert - auch mindestens 2 Antipsychotika aus 2 Substanzgruppen in ausreichender Dosierung über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen eingenommen wurden, ist auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht eindeutig feststellbar. Festzuhalten ist jedoch, dass sich die Anzahl der Patienten mit ausbleibendem Therapieerfolg im Rahmen der aktuellen Studienlage bewegt, nach der etwa ein Drittel aller Patienten eine medikamentöse Therapieresistenz aufweisen. (Gillespie, Samanaite, Mill, Egerton, & MacCabe, 2017; Sinclair & Adams, 2014) Fraglich ist und bleibt, welche Ursachen für das Nicht-Ansprechen vorliegen.

Trotz der Therapieresistenz und der Nebenwirkungen überwiegt im Großen und Ganzen eindeutig die positive Wirkung der antipsychotischen Medikation wie die Senkung des Rückfallrisikos und die Reduktion aggressiven Verhaltens.

4.3.2 Untersuchungsmerkmale und deren Folgen für die Praxis

4.3.2.1 Selbst- und Fremdgefährdung

Auf juristischer Ebene stellt die Selbst- und Fremdgefährdung einen wichtigen Aspekt in der Legitimation von Zwangsmaßnahmen dar.

Voraussetzung für die Integration des Patienten in den Stationsalltag ist ein aggressionsfreies Verhalten. Nicht nur im Maßregelvollzug, sondern auch darüber hinaus, ist ein solches Verhalten essentiell für ein straffreies Leben. Daher hat die Reduktion von Aggressivität hohe Priorität in der Behandlung schizophrener Rechtsbrecher. Die Abnahme aggressiven Verhaltens nach Beginn einer Psychopharmakotherapie wurde bereits in verschiedenen Studien beschrieben, in erster Linie unter Clozapin oder Olanzapin. (Smith & White, 2004; Stadtland et al., 2007)

Darüber hinaus haben Flammer und Steinert (2015) gezeigt, dass während der Zeit, in der Zwangsmedikation nicht „genehmigungsfähig“ (Noorthoorn, 2016) war, die Anzahl aggressiver Übergriffe zunahm. (Flammer & Steinert, 2015) Es stellt sich konsequent die Frage, inwiefern die Nichtbehandlung nicht sogar ein Unterlassen einer wichtigen Hilfsmaßnahme und Prävention eigengefährdender Handlungen darstellt.

In vorliegender Studie wurde die aktuelle Studienlage insofern bestätigt und um den forensischen Bereich erweitert, dass sich postinterventionell eine deutliche Reduktion des selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens zeigte. Nicht nur die Anzahl der Patienten mit eigengefährdendem Verhalten ging um mehr als die Hälfte zurück, sondern auch die Übergriffe auf Klinikpersonal und Mitpatienten verzeichneten einen deutlichen Rückgang. Lediglich die Suizidalität war nach der Intervention weiterhin konstant.

4.3.2.2 Krankheits- und Delikteinsicht zur Wiederherstellung der Autonomie

Ein wichtiges ethisches Prinzip besteht in der Selbstbestimmung des Patienten, doch ist diese krankheitsbedingt in akuten Fällen nicht gegeben. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass es im Sinne des Patienten ist, diese wiederzuerlangen. Daher entspricht es gewissermaßen der ärztlichen Pflicht, die Wiederherstellung derer Autonomie des Patienten ins Auge zu fassen.

Auch in dieser Studie wurde deutlich, dass ein Großteil der schizophrenen Patienten keine Krankheitseinsicht, geschweige denn Behandlungs- und / oder Delikteinsicht zeigte. Die Überzeugung, bei der Straftat richtig und rechtens gehandelt zu haben, ist aus der Perspektive der Patienten nicht diskutabel. Die Gedanken, die zum Anlassdelikt geführt haben, sind Teil der Erkrankung. Die Wahnvorstellungen sind in den Alltag und die Weltvorstellung eingebettet und teilweise so tiefgreifend verankert, dass jede Erwiderung nur zum Festigen dieser Überzeugung führt.

Aus der vorliegenden Problematik heraus stellt sich die Frage, wie die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten wiederhergestellt werden kann. Dass die psychopharmakologische Behandlung einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, zeigt die Auswertung der Erhebung der PANSS. Zwar konnte durch die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka in dem kurzen Beobachtungszeitraum keine Krankheits- beziehungsweise Delikteinsicht erreicht werden, doch war in der Auswertung der PANSS-Items zumindest eine signifikante Reduktion des Mangels an Urteilsfähigkeit und Einsicht von gemittelt 6,46 auf 3,96 Punkte erkennbar ($t = 7,46$; $df = 27$; $p < 0,01$).

4.3.2.3 Krankheitseinsicht als Voraussetzung für eine Patientenverfügung

Ist der Patient krankheitseinsichtig (geworden), hat er die Möglichkeit, für den Fall einer erneuten akut psychotischen Episode vorzusorgen und durch eine Patientenverfügung seinen freien Willen auszudrücken. Dies muss zu einem Zeitpunkt geschehen, in dem der Patient selbstbestimmungsfähig ist. Er kann mit einer solchen Verfügung verhindern, dass das Team aus behandelnden Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal im Ernstfall nicht mehr auf den mutmaßlichen Willen des Patienten zurückgreifen muss.

3 Patienten aus dem Patientenkollektiv setzten im Therapieverlauf eine Patientenverfügung auf, was auf präventiver Ebene einen großen Schritt darstellt, der nicht nur Krankheitseinsicht voraussetzt, sondern darüber hinaus auch auf den Wunsch nach einem rückfallfreien Leben hindeutet. Daher ist dies im Rahmen der psychiatrischen Therapie von enormer Bedeutung. Die Entscheidung zum Aufsetzen einer Patientenverfügung spiegelt sich auch in dem entsprechenden PANSS-Item „Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht“ (G12) wider. 2 Patienten wurden diesbezüglich präinterventionell mit einem schweren Mangel¹⁶ eingeschätzt, postinterventionell zeigten sie diesbezüglich keinerlei Auffälligkeiten mehr. Bei einem weiteren Patienten wurde dieses Item nach präinterventionell extremen¹⁷ Mangel nach Beginn der Pharmakotherapie nur noch als mäßig¹⁸ ausgeprägt eingestuft.

4.3.2.4 Integration, Teilnahme an Therapien und das Recht auf soziale Teilhabe

Ein wichtiges Argument der Fürsprecher¹⁹ bei der Diskussion um die Legitimation der Zwangsbehandlung ist die Abkehr von der „reinen Verwahrung“ eines Patienten hin zur aktiven Therapie, dem Versuch der Integration und Optimierung der Legalprognose. Als Parameter zur Evaluation des Fortschritts kann die Integration in den Stationsalltag sowie die Teilnahme an Therapien herangezogen werden. Wie im Ergebnisteil ausführlich dargestellt, verdoppelte sich postinterventionell die Anzahl der Patienten, die am Therapieangebot teilnehmen konnten. Mehr als die Hälfte der Patienten konnten dem Stationsalltag beiwohnen und regelmäßig Gespräche mit dem zuständigen Therapeuten wahrnehmen. Dieser Fortschritt kommt auch dem Recht auf soziale Teilhabe zu Gute, welches bei isolierten Patienten nicht erfüllt werden konnte.

Neben den für Schizophrenie charakteristischen Symptome wie Wahnvorstellung, Halluzination und Impulskontrolle sind noch andere Faktoren essentiell für ein Leben in Gemeinschaft. Zur Untermauerung der pharmakotherapeutischen Auswirkungen auf die soziale Teilhabe sei an dieser Stelle erneut auf die Datenerhebung mittels PANSS zurückgegriffen. Hinsichtlich des „Emotionalen Rückzugs“ (N4) und des „Passiven/apathischen Rückzugs“ (N2) zeigte sich eine signifikante

¹⁶ Schwerer Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht: Der Patient bestreitet, jemals eine psychiatrische Störung gehabt zu haben. Er leugnet das Vorhandensein jeglicher psychiatrischer Symptome in der Vergangenheit oder Gegenwart und bestreitet die Notwendigkeit von Behandlung und Hospitalisierung, ohne sich allerdings dagegen aufzulehnen.

¹⁷ Extremer Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht: Nachdrückliches Leugnen früheren oder gegenwärtigen psychiatrischen Krankseins. Der aktuellen Hospitalisierung und Behandlung wird eine wahnhaftige Interpretation gegeben (z.B. Bestrafung für früheres Fehlverhalten, Verfolgung durch quälende Instanzen etc.) und der Patient mag sich deswegen weigern, mit den Therapeuten im Hinblick auf die Medikation oder in Bezug auf andere Aspekte der Behandlung zu kooperieren.

¹⁸ Mäßiger Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht: Der Patient zeigt nur vage oder oberflächliche Krankheitseinsicht. Eventuell bestehen Fluktuationen in der Krankheitseinsicht oder ein geringes Bewusstsein von aktuell bestehenden erheblichen Symptomen, wie etwa von Wahnideen, desorganisiertem Denken, Misstrauen oder sozialem Rückzug. Der Patient kann sich seine Behandlungsbedürftigkeit eventuell rational begründen mit einer Linderung leichter Symptome wie Angst, Anspannung oder Schlafstörungen.

¹⁹ Fürsprecher soll nicht jene bezeichnen, die pauschal Zwangsbehandlungen befürworten, sondern solche, die Zwangsbehandlungen in einigen Fällen als notwendig erachten

Besserung von einer durchschnittlich mäßig bis mäßig schweren auf eine leichte Ausprägung (von 4,33 auf 2,93 Punkte, $t = 4,28$; $df = 29$, $p < 0,01$) respektive von einer mäßig schweren auf eine leichte Ausprägung (5,03 auf 3,17, $t = 5,22$; $df = 28$, $p < 0,01$). Des Weiteren sind noch Items wie „Feindseligkeit“, „Unkooperatives Verhalten“ sowie „Misstrauen“ zu beachten, welche sich unter psychopharmakologischer Behandlung besserten.

4.3.3 Alternativen zur Zwangsbehandlung

4.3.3.1 Alternative Methoden

Für jedes Behandlungsteam stellt die Herstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit ein wichtiges Ziel da. Diskutabel sind und bleiben jedoch die Methoden, die den Patienten darin unterstützen, zurück zu einem selbstbestimmten Entscheiden und Handeln zu gelangen. In der eingangs detailliert beschriebenen Diskussion um das „Für und Wider“ von Zwangsbehandlung werden von Kritikern alternative Maßnahmen als erfolgsversprechend dargestellt. In den zitierten Studien – wohl gemerkt in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen - waren solche Methoden teilweise effektiv und wirkten sich positive auf den Krankheitsverlauf der Patienten aus. Doch stellt sich die Frage, ob dies auch für den Maßregelvollzug und für Patienten mit bereits chronifizierter Schizophrenie gilt.

Der Vergleich von alternativen Methoden und Zwangsmaßnahmen war nicht Gegenstand dieser Studie, doch kann aus den erhobenen Daten und den Beobachtungen abgeleitet werden, dass regelmäßige Versuche der Gesprächstherapie und weitere Therapieangebote nicht ausreichend waren, um die Psychopathologie zu verbessern. Bei den Patienten, welche in die Studie eingeschlossen wurden, hatte das kontinuierliche Therapie- und Gesprächsangebot über einen meist sehr langen Zeitraum keine deutlichen Fortschritte erkennen lassen. Gespräche und der Aufbau einer Bindung zum zuständigen Therapeuten waren krankheitsbedingt nur sehr bedingt möglich. In der Studie bestand bei 16 Patienten keine Bindung zum Therapeuten. Erst durch eine medikamentöse Intervention konnte die Voraussetzung für eine Therapie geschaffen werden. Nach der Intervention war die Anzahl der Patienten, zu denen weiterhin keine therapeutische Bindung aufgebaut werden konnte, auf 7 gesunken. Die Anzahl mit kontinuierlicher Bindung zum Patienten war jedoch von 9 auf 16 gestiegen. Die psychopharmakologische Therapie wirkte hier daher in vielen Fällen als „Türöffner“ und ermöglichte den Aufbau einer therapeutischen Beziehung.

Grundsätzlich muss daran erinnert werden, dass nur solche Patienten in die Studie aufgenommen wurden, die eine psychopharmakologische Therapie vehement verweigerten. Darüber hinaus gibt es weitere schizophrene Patienten im hessischen Maßregelvollzug, welche ohne Widerstand ihre Medikation einnahmen sowie das Therapieangebot kontinuierlich wahrnahmen. Auch bei diesen Patienten mag es anfangs schwierig gewesen sein, eine medikamentöse Therapie zu etablieren und

eine therapeutische Bindung aufzubauen, doch waren die Bemühungen mittels „alternativer Methoden“ bei diesem Patientenpool offensichtlich erfolgreich. In vorliegender Studie kommt daher wirklich nur die „Spitze des Eisberges“ zum Vorschein.

4.3.3.2 Mechanische oder medikamentöse Zwangsmaßnahmen

Von Seiten der behandelnden Ärzte und Institute wurde nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts kritisiert, dass der Aufenthalt im Maßregelvollzug zu einer bloßen „Verwahrung“ verkommen sei und der Behandlungsauftrag lediglich in der „Schadenseingrenzung“ bestünde. Die Nicht-Durchführung von Zwangsbehandlungen führte in einer Studie zudem zu einem vermehrten Einsatz von mechanischen Zwangsmaßnahmen wie zum Beispiel Isolation und Fixierung. (Flammer & Steinert, 2015)

Ein repräsentativer Vergleich der Häufigkeit des Einsatzes von mechanischen Zwangsmaßnahmen zur Zeit der Rechtsunsicherheit war jedoch nicht Gegenstand der Studie und ist somit nicht möglich. Es kann daher lediglich die Aussage getroffen werden, dass vor der medikamentösen Zwangsbehandlung mehr mechanische Zwangsmaßnahmen zum Einsatz gekommen sind als im Beobachtungszeitraum nach Beginn der psychopharmakologischen Behandlung. Fraglich ist mit Blick auf die enorm große psychische und physische Belastung, die eine Zwangsmaßnahme mit sich bringt, ob es überhaupt ethisch vertretbar ist, eine Fixierung durchzuführen, ohne eine begleitende antipsychotische oder sedierende pharmakologische Behandlung einzuleiten. Starke Erregung kann zu Verletzungen des fixierten Patienten führen. Diese Erregung könnte mittels beruhigender Begleitmedikation gemindert werden. (Albus, Brieger, & Schreiber, 2015; S. Müller, Walter, & Heinz, 2012)

Darüber hinaus wird während der reinen Fixierung oder Isolation die Ursache nicht behandelt und somit nicht an der Wiedererlangung der Selbstbestimmungsfähigkeit gearbeitet. Dies steht nicht nur im Widerspruch zum Freiheitsinteresse der Person, sondern auch im Gegensatz zu dem Recht auf soziale Teilhabe eines jeden Menschen, von dem der Patient jedoch nur Gebrauch machen kann, sofern die Ursache behandelt wird.

Gegen eine Begleitmedikation wird argumentiert, dass eine zusätzliche Zwangsmedikation einen weiteren „traumatisierenden Eingriff“ für den betroffenen Patienten darstellt. (Henking & Vollmann, 2015; S. 99) Zweifelsohne ist das Verabreichen eines Medikaments unter Zwang ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, doch muss sich der Betrachter fragen, ob eine Zwangsmaßnahme nicht ohne eine Begleitmedikation noch traumatisierender erlebt wird.

Auch im Ausland läuft die Diskussion um Zwangsmaßnahmen auf Hochtouren und der Vergleich verschiedener Optionen war und ist Gegenstand verschiedener Studien.

Was stellt eine größere Belastung für den Patienten dar? Ist es der Eingriff in die Freiheit mittels Fixierung oder Isolierung oder der Eingriff in die körperliche Integrität durch Zwangsmedikation?

Zur Beantwortung dieser Frage lohnt sich ein Blick ins Ausland, im Besonderen in die Niederlande, wo medikamentöse Zwangsbehandlungen von 1994 bis 2006 verboten waren, sodass bei aggressivem Verhalten eine Isolation veranlasst wurde. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern fiel die Niederlande gerade in diesem über Jahre dauernden Zeitraum mit mehr und schwereren aggressiven Patientenübergriffen sowie weitaus längeren Isolierungsintervallen von durchschnittlich 14 Tagen auf. Nach Legitimierung der unfreiwilligen Pharmakotherapie wurden in den Niederlanden einige Studien publiziert. Eine Untersuchung zeigte, dass bei Patienten, die primär eine Medikation erhielten, nur ein etwa halb so großes Risiko bestand, zusätzlich eine Isolierung zu erfahren, wie das Risiko für diejenigen Patienten, die primär isoliert wurden, eine Zwangsmedikation zu erhalten. (Georgieva, Mulder, & Noorthoorn, 2013) Stellt man die verschiedenen Zwangsmaßnahmen auf die gleiche Stufe und betrachtet lediglich die Anzahl der benötigten Interventionen, wäre daher eine primäre Medikation zu bevorzugen. Zudem darf bezweifelt werden, dass mechanische Zwangsmaßnahmen für den Patienten die „schonendere und effektivere“ Variante ist. Während Deutschland einen Schritt zurück in die Eingrenzung von psychopharmakologischer Zwangsbehandlungen macht, ist in den Niederlanden mittlerweile sogar die Zwangsmedikation im ambulanten Setting zulässig und möglich. (Noorthoorn, 2016)

Laut Flammer und Steinert (2017) stellt die Situation in Deutschland für den Patienten einen „Rückschritt in die Vor-Neuroleptika-Ära und eine Rückkehr von einer therapeutischen zu einer überwiegend kustodialen Psychiatrie“ dar, sodass sich der wesentliche Behandlungsauftrag auf „Verwahrung und Schadenseingrenzung“ beschränkt. (Flammer & Steinert, 2015)

Die Frage, welche Zwangsmaßnahmen vorrangig angewandt werden sollten, lässt sich nicht abschließend beantworten. Die Studienlage ist weiterhin dünn und es bedarf weiterer Untersuchungen, die das Für und Wider der verschiedenen Maßnahmen detailliert analysieren.

4.3.3.3 Die Rolle der Mitarbeiter und Mitpatienten

Nicht vergessen werden darf in der Diskussion um die psychiatrische Praxis das Klinikpersonal, welches tagtäglich mit den Patienten kommuniziert und interagiert. Gerade aus Zeiten der Rechtsunsicherheit wird in vielen Veröffentlichungen von einer „erheblichen Belastung“ für das Pflegepersonal berichtet. (Flammer & Steinert, 2015) Zudem sei es auch zu gehäuftem Therapieabbruch von Mitpatienten, die den Änderungen im Stationsklima nicht gewachsen waren, gekommen. (Flammer & Steinert, 2015) Selbstverständlich ist ein Therapieabbruch von Seiten des Patienten mit vorzeitiger Entlassung im Maßregelvollzug nicht möglich, doch wird durch die

Geschehnisse die Überforderung des Klinikpersonals sowie von Mitpatienten deutlich, was auf den Maßregelvollzug übertragen werden kann. Hieraus ergibt sich die Frage, inwiefern die Belastung für Klinikpersonal und Mitpatienten besser hätte aufgefangen werden können.

4.3.4 Ansätze zur Optimierung des Maßregelvollzugs unter Berücksichtigung der vorliegenden Studienergebnisse

4.3.4.1 Prävention

Schizophrenie ist eine in mehreren Phasen verlaufende Krankheit, welche durch verschiedene Triggerfaktoren zum Ausbruch kommen kann und zur Chronifizierung bei Nicht-Behandlung neigt. Gerade im Hinblick auf Straftaten, die im Wahn, unterstützt von Halluzinationen und mangels Realitätsbezug ausgeübt werden, ist es von großem Interesse, die Prävention zu stärken und schizophrenen Patienten frühzeitig die notwendige Hilfe zukommen zu lassen. So könnten auch extreme psychopathologische Zustände, wie sie bei Patienten im Maßregelvollzug und im Besonderen bei dem Patientenkollektiv der Studie, reduziert werden, sodass auch die damit einhergehende Diskussion um die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen reduziert werden könnte.

Darüber hinaus steht die Frage im Raum, was die Allgemeinpsychiatrie verändern kann, um kriminalpräventiv wirksamer zu arbeiten. Über die Hälfte der Patienten in vorliegender Studie waren prädeliktisch bereits in allgemeinpsychiatrischer, stationärer Unterbringung. Jedoch haben die dortigen Aufenthalte und Behandlungen die Straftat mit teils schweren Körperverletzungen oder sogar dem Tod einer anderen Person nicht vermeiden können.

4.3.4.2 Frühzeitige Intervention

Hinsichtlich der strafrechtlichen Vorbelastung ist fraglich, inwiefern eine frühzeitigere Intervention hätte erfolgen müssen und ob diese sich tatsächlich positiv auf die Rückfallrate auswirkt hätte. In vorliegender Studie gaben einige Bezugstherapeuten an, eine frühere Unterbringung hätte das jeweilige Anlassdelikt verhindern können, zumal über die Hälfte der Patienten (63,16%) bereits vorbestraft war. Auch hier zeigt sich also Potenzial zur Verbesserung der Betreuung von vorbestraften Patienten zur Vermeidung gravierender Straftaten, die eine Unterbringung im Maßregelvollzug erforderlich machen.

4.3.4.3 Die Unterbringungsdauer

Ziel des Maßregelvollzugs ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft sowie das Führen eines straffreien Lebens. Aus juristischer Sicht ist daher die Verbesserung der zukünftigen Legalprognose notwendig.

Prognostische Risikofaktoren sind vor allem eine hohe strafrechtliche Vorbelastung (Gericke & Kallert, 2008) sowie die Gesamthaftdauer (von Hecker, 2012). Es ist bekannt, dass eine frühe wirksame medikamentöse Intervention die Schwere der Symptome und somit auch die Dauer der Unterbringung beeinflussen kann. Daher sollte beim Behandlungsbeginn nicht gezögert werden.

Nach der neuen Rechtslage ist vor jeder Zwangsbehandlung ein Gutachten zu erstellen sowie eine Genehmigung durch die Fachaufsicht abzuwarten. In vorliegender Studie lag der mittlere Zeitraum zwischen Antragsstellung und Genehmigung bei 83 Tagen. In Anbetracht der desaströsen psychopathologischen Zustände, in denen sich einige Patienten befanden, ist dies ein sehr langer Zeitraum.

Die leitliniengerechte Therapie bei akuter Psychose sieht nicht ohne Grund einen sofortigen Beginn mit antipsychotischer Medikation vor. Dieser verzögert sich gegenwärtig durch die Antragsbearbeitung. Daher lohnt es sich, einen Blick auf das Procedere zu werfen, um die Zeit der „Verwahrung“ auf ein Minimum zu reduzieren.

Maßgeblich für eine gute Legalprognose ist zudem die Verbesserung des psychopathologischen Zustands mit anschließender Stabilisierung sowie der Compliance des Patienten. Wie die Studie gezeigt hat, besserte sich in den meisten Fällen sowohl der psychopathologische Zustand des Patienten als auch seine Compliance unter psychopharmakologischer (Begleit-)Therapie, was ein weiteres Argument für den rechtzeitigen Einsatz von Psychopharmaka ist. Die Wirkung ist unumstritten, doch darf nicht vergessen werden, dass in Fachkreisen auch die Meinung vertreten wird, dass ein Therapieerfolg auch ohne eine medikamentöse Behandlung möglich ist.

Fest steht, dass gerade im Hinblick auf die Verbesserung der Legalprognose eine zügige Verbesserung der Psychopathologie fokussiert sowie eine unnötige Verlängerung der Unterbringungsdauer, beispielsweise durch ein langes Auftragsverfahren, vermieden werden sollte. Es bedarf weiterer Untersuchungen, die gerade die Neuerungen unter die Lupe nehmen und potentielle Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

4.3.5 Offene Fragen

Die Studie hat die Daten zur Situation in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen ergänzt. Allerdings ist die Studienlage in diesem Setting weiterhin spärlich, sodass es weiterer Studien bedarf, um wesentliche Unterschiede zu schizophrenen Patienten in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen festzustellen. Fraglich ist und bleibt, inwiefern die Studien auf Patienten in der Forensischen Psychiatrie übertragen werden können. Im Verlauf der Arbeit sind verschiedene Fragen aufgeworfen worden und offen gebliebenen. Bezüglich der Therapiemaßnahmen ergeben sich aus den Ergebnissen folgende weiterführende Fragestellungen:

- Was unterscheidet die Patienten, die die psychopharmakologische Therapie verweigern, von den Patienten, die sich einer solchen Therapie nicht widersetzen? Was für eine Rolle spielt die Dauer der Erkrankung und die Anzahl der vorigen therapeutischen Maßnahmen?
- Wie bewerten Zwangsbehandelte im Nachhinein die erfolgten Maßnahmen und welche psychopathologischen Veränderungen lassen sich langfristig erkennen?
- Welcher therapeutischen Veränderungen bedarf es, um die Qualität der Therapie in der Unterbringung im Maßregelvollzug zu gewährleisten und die Legalprognose der untergebrachten Patienten zu optimieren?
- Welche Belastung ist dem Klinikpersonal sowie den Mitpatienten hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten zumutbar?
- Was kann präventiv getan werden, um zu verhindern, dass schizophrene Patienten straffällig werden? Welche Rolle kommt hierbei den allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen zu? Was kann von Seiten der Justiz getan werden?

Hinsichtlich der Neuregelung sind weitere Untersuchungen zu folgenden Fragen interessant:

- Wie kann das Procedere bezüglich der Gutachten verbessert und beschleunigt werden?
- Ist die Rechtslage nach den Gesetzesänderungen ausreichend oder bestehen in Reihen der behandelnden Ärzte und Therapeuten noch immer Unklarheiten?
- Wie wird die Neuregelung von Seiten der Patienten aufgefasst?
- Ist eine Ausweitung der Regelung hinsichtlich der medikamentösen Behandlung unter Zwang auch auf den ambulanten Bereich übertragbar und sinnvoll, wie es in den Niederlanden diskutiert wird, um auch ambulant frühzeitig eingreifen zu können? Und wenn ja, welche Möglichkeiten beinhaltet dies für die Langzeitbetreuung schizophrener Patienten sowie schizophrener Rechtsbrecher?

5 Ausblick

Es ist unumstritten, dass Zwangsbehandlungen einen gravierenden Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen darstellen. Mit Blick auf die steigenden Zahlen schizophrener Patienten im Maßregelvollzug ist es unumgänglich, einen Rechtsraum zu schaffen, in dem die behandelnden Ärzte dann intervenieren dürfen, wenn es notwendig ist.

Mit den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts und den nachfolgenden Urteilen ist der Gesetzestext bezüglich Zwangsbehandlungen deutlicher geworden und der Handlungsspielraum stärker eingegrenzt worden. Zwangsbehandlungen sind nun festgeschrieben als „Ultima Ratio“-Maßnahme.

Es wird jedoch weiterhin eine lebhafte Kontroverse um die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen geben. Die Diskussion der letzten Jahre hat dazu geführt, dass neue Maßnahmen vermehrt erprobt wurden und mehr Sensibilität für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen geschaffen wurde. Teils desaströse Zustände in der Forensischen Psychiatrie, in denen akut psychotische Patienten mit schwerster Symptomatik lediglich verwahrt statt behandelt worden sind, gibt es jedoch zu beheben.

Was in diesem Fall „Primum non nocere“ und „Benefizienz“ bedeutet, kann nicht abschließend geklärt und muss individuell abgewogen werden. Hinsichtlich dieser Frage wird es auch in Zukunft innerhalb der Fachkreise eine große Diskrepanz zwischen den Verfechtern von Zwangsbehandlungen und den Befürwortern alternativen Methoden geben. Um die Therapie der Patienten im Maßregelvollzug zu optimieren, sind daher weitere Studien notwendig, die sich explizit mit diesen Fragen sowie dieser Patientengruppe auseinandersetzen.

Die Zeit der Rechtsunsicherheit ist vorbei, sodass nun zu hoffen bleibt, dass die Neuregelungen dazu führen, dass jeder Patient die Behandlung erhält, die für ihn die richtige darstellt. Um dies herauszufinden, bedarf es einer guten wissenschaftlichen Grundlage, Erfahrungswerten sowie eine eingehende Beschäftigung mit dem Patienten selbst.

Des Weiteren ist zu prüfen, inwiefern die gegenwärtig lange Bearbeitungszeit der Anträge auf Zwangsbehandlung verkürzt werden kann. Jeder Tag, an dem ein Patient, der von einer psychopharmakologischen Medikation profitieren würde, lediglich verwahrt wird, kann sich negativ auf den weiteren Therapieverlauf auswirken und die Unterbringung im Maßregelvollzug unnötig verlängern.

Um eine bestmögliche Betreuung und Therapie der untergebrachten Patienten gewährleisten zu können, müssen zudem grundlegende Voraussetzungen wie ausreichend Personal auf pflegerischer, medizinischer und juristischer Ebene geschaffen werden. Dies stellt vor allem vor dem Hintergrund der steigenden Zahl der schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug eine Herausforderung dar, die nicht unterschätzt werden darf. Auch dieser Aspekt sollte in die weitere Debatte um die Gestaltung der Maßnahmen im Maßregelvollzug fokussiert werden.

6 Zusammenfassung

Die Frage nach der Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie ist seit längerem Gegenstand einer Diskussion auf medizinischer, juristischer und ethischer Ebene. Im Rahmen der Behandlung schizophrener Patienten gehört eine psychopharmakologische Therapie gemäß aktueller Leitlinie unverzichtbar zum Behandlungsspektrum. Durch fehlende Krankheitseinsicht, mangelnden Realitätsbezug und ausgeprägte Wahnvorstellungen von schizophrenen Patienten lehnen einige Patienten die notwendige medikamentöse Behandlung jedoch ab. Bei kontinuierlicher Gegenwehr trotz ausgiebigen Bemühungen seitens des Personals wird daher auch die Zwangsbehandlung gegen den erklärten Willen des Patienten in Erwägung gezogen und gegebenenfalls durchgeführt. Nachdem das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2011 die Gesetzeslage zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug in einigen Bundesländern für verfassungswidrig erklärt hatte, folgte bundesweit eine Zeit der Rechtsunsicherheit. Seit Änderung der Gesetzeslage im Jahr 2015 sind Zwangsbehandlungen nun als Ultima Ratio nach eingehender Prüfung wieder zulässig.

Im Rahmen dieser Diskussion ist die Frage nach den Auswirkungen von psychopharmakologischer Therapie im Rahmen von Zwangsbehandlung von großer Bedeutung. Die Studie befasst sich mit schizophrenen, nach § 63 des Strafgesetzbuches untergebrachten Patienten im hessischen Maßregelvollzug, welche sich zwischen 2010 und 2016 gegen eine psychopharmakologische Behandlung gewehrt haben. Das Patientenkollektiv umfasst 38 Patienten aus der Klinik für forensische Psychiatrie Haina.

Die Datenerhebung erfolgte anhand von Fragebögen, in denen es einerseits um sozial-demographische, strafrechtliche, psychiatrische und psychopathologische Aspekte ging, andererseits wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich zwischen verschiedenen Beobachtungsmerkmalen wie unter anderem die Anzahl und Art der Unterbringungszwischenfälle sowie die Teilnahme am Stationsalltag durchgeführt. Darüber hinaus wurden anhand der Positive And Negative Syndrome Scale die postinterventionellen psychopathologischen Veränderungen erhoben. Hierbei wurde der Schwerpunkt in der Diskussion auf die Wahnideen, Halluzinationen sowie die mangelnde Impulskontrolle gelegt. Die Intervention bestand aus der Verabreichung einer Medikation, wobei in erster Linie Zuclophenthixol, Haloperidol und Risperidon eingesetzt wurden.

Bei der Mehrzahl der Patienten zeigte sich im postinterventionellen Beobachtungszeitraum von 3 Monaten eine deutliche Verbesserung des psychopathologischen Zustandes sowie eine Reduktion der Unterbringungszwischenfälle, der Eigengefährdung sowie des aggressiven Verhaltens. Daraus

resultierend war mehrheitlich die Integration in die Stationsgemeinschaft sowie der Aufbau einer therapeutischen Bindung möglich.

Einschränkungen der Studie bestehen im retrospektiven Studiendesign, in der örtlichen Begrenzung sowie der hausinternen und nicht verblindeten Durchführung der Studie, was aus ethischen und praktischen Gründen nicht anders durchführbar war.

Als eine der wenigen Studien im Bereich der Forensischen Psychiatrie leistet die Untersuchung einen wichtigen Beitrag zum Schluss dieser Datenlücke sowie zur Diskussion um die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen. Die positiven Auswirkungen der Intervention auf die Psychopathologie und das Verhalten der Patienten ermöglichten in vielen Fällen eine aktive Therapie im Gegensatz zu einer bloßen Verwahrung des Patienten, was im Rahmen der Ziele des Maßregelvollzugs und mit Blick auf das Recht auf soziale Teilhabe als Fortschritt anzusehen ist. Offen bleibt, wie sich eine Zwangsbehandlung langfristig auf den Patienten auswirkt und wie die Intervention im Nachhinein vom Patienten wahrgenommen wurde. Interessant wären zudem weiterführende Studien, die eine genauere Charakterisierung der Patienten, welche sich gegen eine Zwangsbehandlung gewehrt haben, vornehmen.

7 Literaturverzeichnis

- §10 HFEG Sofortige Ingewahrsamnahme durch die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde. (n.d.). (Zugriff vom 01.09.2017). https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%5Ckomm_pdk%5Cpdk-he-k10bhe%5Chesfreihentzg%5Ccont%5Cpdk-he-k10bhe.hesfreihentzg.p10.htm
- Albus, M., Brieger, P., & Schreiber, W. (2015). R & D. *Recht Und Psychiatrie*, 193–197. (Zugriff vom 11.08.2017). https://www.researchgate.net/publication/294090510_RP_15-4_Albus_ua
- Armgar, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyschak, J., Schramm, A., Richter, S., Leßmann, J., Juckel, G., Haußleiter, I. (2013). Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, 40(5), 278–284. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343159>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. New York.
- Bock, T. P. D. (2012). Stellungnahme zur Legitimität von Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie anlässlich der Bundestags-Debatte am Montag 12.12.2012.
- Brown, D., Larkin, F., Sengupta, S., Romero-Ureclay, J. L., Ross, C. C., Gupta, N., ... Das, M. (2014). Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS Spectrums*, 19(5), 391–402. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000157>
- Brueckner, B. (2015). Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20 . Jahrhundert – ein Überblick. *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit*. (pp. 20–32). Margret Dörr. Schneider Verlag Hohengehren.
- Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz. (n.d.). Gesetze im Internet. (Zugriff vom 01.07.2017). <https://www.gesetze-im-internet.de/>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2013). Bundestag regelt Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie neu. (Zugriff vom 11.08.2017). www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/bundestag-re.html
- DGPPN. (2006). S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie. (Zugriff vom 23.08.2017). <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
- DGPPN. (2012). Stellungnahme zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.02.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. (Zugriff vom 11.08.2017). www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/browse/1/select/

stellungnahmen-2012/article/141/zum-urteil-d-1. html

- DGPPN. (2013). Zwangsbehandlung durch veränderte Prioritätensetzung verhindern. (Zugriff vom 11.08.2017). www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/pressemitteilungen/2013/DGPPN-Pressemitteilung_Zwangsbehandlungen.pdf
- Europe PMC Funders Group. (2014). Biological Insights From 108 Schizophrenia-Associated Genetic Loci. *Nature*, *511*(7510), 421–427. <https://doi.org/10.1038/nature13595>. Biological
- Flammer, E., & Steinert, T. (2015). Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitsbeschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen. *Psychiatrische Praxis*, *42*, 260–266.
- Georgieva, I., Mulder, C. L., & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, *205*(1–2), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.002>
- Georgieva, I., Mulder, C. L., & Wierdsma, A. (2012). Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatric Quarterly*, *83*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11126-011-9178-y>
- Gericke, B., & Kallert, T. (2008). Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis*, *34*, 218–226.
- Giannakis, A., & Cordes, J. (2016). Akutbehandlung der Schizophrenie. *PSYCH up2date* *10*, 15–27.
- Gillespie, A. L., Samanaite, R., Mill, J., Egerton, A., & MacCabe, J. H. (2017). Is treatment-resistant schizophrenia categorically distinct from treatment-responsive schizophrenia? A systematic review. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1177-y>
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., Möller, H.-J. and the WFSBP task force on treatment guidelines for schizophrenia (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *14*(1), 2–44. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.739708>
- Henking, T., & Vollmann, J. (2015). Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015.
- Herbel, B., & Stellmach, H. (2007). Involuntary medication treatment for competency restoration of 22 defendants with delusional disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and*

the Law, 35, 47–59.

- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders : the role of psychiatric services Preventing crime by people with schizophrenic disorders : the role of psychiatric services, 245–250. *British Journal of Psychiatry*, 185, 245-250. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.3.245>
- Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J., & Meltzer, H. (1988). Clozapine for the Treatment-Resistant Schizophrenic: A double-blind Comparison With Chlorpromazine. *Archives of General Psychiatry*, 45(9), 789–796. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800330013001>
- Kay SR, Fiszbein A, O. L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophr Bull.*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kessler, R. C., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>.Prevalence
- Krollner, B., & Krollner, M. (2017). ICD-Code: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. (Zugriff vom 01.07.2017). <http://www.icd-code.de/icd/code/F20.-.html>
- Kutscher, S., Schiffer, B., & Seifert, D. (2009). Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§63 StGB) Nordrhein-Westfalens. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109080>
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R., Geddes J., Davis, J. M. et al. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382(9896), 951–962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60733-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60733-3)
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2–3), 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.008>
- Lincoln, T. M., Heumann, K., & Teichert, M. (2014). Das letzte Mittel? Ein Überblick über die politische Diskussion und den Forschungsstand zum Einsatz medikamentöser Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Verhaltenstherapie*, 24(1), 22–32. <https://doi.org/10.1159/000357649>
- Martin, V., Kuster, W., Bohnet, U., Hemelink, G., & Knopp, M. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 34, 26–33.

<https://doi.org/10.1055/s-2005-866920>

- Müller-Isberner, R. (2012). Praxishandbuch Maßregelvollzug. (S. Eucker, Ed.) (2. Auflage). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.
- Müller-Isberner, R., & Eucker, S. (2012). Klientel des psychiatrischen Maßregelvollzuges. In R. Müller-Isberner & S. Eucker (Eds.), Praxishandbuch Maßregelvollzug (2nd ed., pp. 83–86). Berlin.
- Müller-Isberner, R., Eusterschulte, B., & Müller, H. (2012). Schizophrene Rechtsbrecher. In S. Eucker (Ed.), Praxishandbuch Maßregelvollzug (2nd ed., pp. 158–164). Berlin.
- Müller, H. E. (2012). Die PCL-R von Hare aus kriminologischer und strafrechtprozessrechtlicher Sicht. (Zugriff vom 04.08.2017). <http://www.rechtspsychologie-bdp.de/wp-content/uploads/vortraege3tag/Mueller.pdf>
- Müller, S., Walter, H., & Heinz, A. (2012). Fixieren statt behandeln? *Deutsches Ärzteblatt*, 109(5), 198–202.
- Multi-Health Systems Inc. (1999). PANSS Scoring Criteria.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Updated Edition 2014. National Collaboration Centre for Mental Health. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>. Copyright
- Noorthoorn, E. (2016). Kann auf Zwangsmedikation in der klinischen Praxis verzichtet werden? - Kontra. *Psychiatrische Praxis*, 43(4), 187–188. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105549>
- Patchan, K., Vyas, G., Hackman, A. L., Mackowick, M., Richardson, C. M., Love, R. C., Wonodi, I., Sayer, M. A., Glassman, M., Feldman, S., Kelly, D. L. (2017). Clozapine in Reducing Aggression and Violence in Forensic Populations. *Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9521-z>
- Schläfke, D., Kupke, F., & Dette, C. (2010). Substanzabhängigkeit und Aggressivität. *Journal Für Neurologie, Neurochirurgie Und Psychiatrie*, 11(3), 70–76.
- Sheitman, B. B. (2005). Clozapine Reduces Violent Behavior in Groups. *Journal Of Neuropsychiatry*, 36–44.
- Sinclair, D., & Adams, C. E. (2014). Treatment resistant schizophrenia: a comprehensive survey of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry*, 14(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0253-4>
- Smith, H., & White, T. (2004). The effect of clozapine on the social behaviour schedule in patients

- attending a forensic psychiatry day hospital. *Medicine, Science, and the Law*, 44(3), 213–6.
- Stadtland, C., Groß, G., Seitz, N., Nepodil N. (2007). Einfluß von Olanzapin auf Zwischenfälle im Maßregelvollzug. *JNeuroNeurochirPsychiatr* 2007; 8 (2), 36-40.
- Steinert, T. (2016). Gutachten an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration vom 22.11.2016 durch Prof. Dr. med. Tilman Steinert.
- Teichert, M., Schaefer, I., & Lincoln, T. M. (2016). Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? Eine bundesweite Onlinebefragung von Psychiatern zum Einsatz von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 43(2), 101–106. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387431>
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J. J., Frigge, K., Dries, P., & Bowers, L. (2008). Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 59(2), 209–211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.2.209>
- Victoroff, J., Coburn, K., Reeve, A., Sampson, S., & Shillcutt, S. (2014). Pharmacological Management of Persistent Hostility and Aggression in Persons With Schizophrenia Spectrum Disorders : A Systematic Review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 26(4), 283–312.
- Vitos GmbH. (2017). Risiko- und Prognoseinstrumente. (Zugriff vom 01.07.2017). <http://www.vitos-weil-lahn.de/weil-lahn/einrichtungen/forensische-psychiatrie/behandlung/risiko-und-prognoseinstrumente.html>
- von Hecker, B. (2012). Rechtliche Aspekte der Behandlung in einer Entziehungsanstalt. In *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (pp. 241–242). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.
- Wolters Kluwer Deutschland GmbH. (n.d.). Hessenrecht - Rechts- und Verwaltungsvorschriften. (Zugriff vom 01.07.2017). http://www.rv.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_rv.html?p1=1&eventSubmit_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-MVollzGHEpIVZ&doc.part=S&toc.poskey=#docid:146205,8,20150512
- Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 287–291. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00082.x>
- Zinkler, M. (2013). Neuregelung von Zwang – ein Auftrag für die Fachgesellschaft ? Legal Regulation of Coercion in Psychiatry – a Task for the Professional. *Psychiatrische Praxis*, 40, 115–116.

8 Anhang

8.1 Relevante Gesetzestexte im Wortlaut

8.1.1 Strafgesetzbuch (StGB)

§ 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 StGB Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. (Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, n.d.)

8.1.2 Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland

Artikel 1 GG

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Artikel 2 GG

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Artikel 19 GG

(1) Soweit nach diesem Grundgesetz ein Grundrecht durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes eingeschränkt werden kann, muß das Gesetz allgemein und nicht nur für den Einzelfall gelten. Außerdem muß das Gesetz das Grundrecht unter Angabe des Artikels nennen.

(2) In keinem Falle darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden.

(3) Die Grundrechte gelten auch für inländische juristische Personen, soweit sie ihrem Wesen nach auf diese anwendbar sind.

(4) Wird jemand durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt, so steht ihm der Rechtsweg offen. Soweit eine andere Zuständigkeit nicht begründet ist, ist der ordentliche Rechtsweg gegeben. Artikel 10 Abs. 2 Satz 2 bleibt unberührt. (Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, n.d.)

8.1.3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder

2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn

1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

§ 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische

Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1, 3 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend. (Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, n.d.)

8.1.4 Hessisches Maßregelvollzugsgesetz

§ 7 MaßrvollzG – Ärztliche Behandlung

Gesetz über den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt (Maßregelvollzugsgesetz)

Landesrecht Hessen, gültig ab 12.05.2015

(1) ¹Die untergebrachte Person erhält die zur Erreichung des Vollzugsziels nach § 136 Satz 2 und § 137 des Strafvollzugsgesetzes vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, 2088), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. April 2013 (BGBl. I S. 935), erforderliche ärztliche Behandlung; sie schließt die notwendige Untersuchung ein. ²Die Behandlung umfasst die gebotenen medizinischen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen. ³Die Behandlung umfasst auch Maßnahmen, die erforderlich sind, um der untergebrachten Person nach ihrer Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

(2) ¹Die medizinische Untersuchung und Behandlung bedürfen, vorbehaltlich des § 7a, der umfassenden ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung der untergebrachten Person. ²Die untergebrachte Person ist nicht einwilligungsfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht fähig ist, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen und ihren Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen. ³Die Vorschriften über die Feststellung des Patientenwillens (§§ 1901a und 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) bleiben unberührt.

§ 7a MaßrvollzG – Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

(1) Gegen den natürlichen Willen einer nicht einwilligungsfähigen untergebrachten Person sind medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie die Ernährung zulässig, wenn eine erhebliche Gefahr für das Leben der untergebrachten Person oder einer schwerwiegenden Schädigung ihrer Gesundheit vorliegt,

dies zur Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der untergebrachten Person erforderlich ist und wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass ohne die Maßnahme ihre Entlassung nicht möglich sein wird.

(2) Gegen den natürlichen Willen einer untergebrachten Person sind bei erheblicher Gefahr des Lebens oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit anderer Personen medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie die Ernährung zulässig.

(3) ¹Zwangmaßnahmen nach Abs. 1 und 2 dürfen nur angeordnet werden, wenn

erfolglos versucht worden ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der untergebrachten Person zu der Untersuchung, Behandlung oder Ernährung zu erwirken,

deren Anordnung der untergebrachten Person angekündigt wurde und sie über Art, Umfang und Dauer der Maßnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt aufgeklärt wurde,

die Maßnahme zur Abwendung der Lebens- oder Gesundheitsgefahr oder zur Wiederherstellung der Freiheit geeignet, erforderlich, für die untergebrachte Person nicht mit unverhältnismäßigen Belastungen und Folgen verbunden ist und mildere Mittel keinen Erfolg versprechen und

der zu erwartende Nutzen der Maßnahme den möglichen Schaden der Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

¹Von den Anforderungen nach Nr. 1 und 2 kann abgesehen werden, wenn Gefahr im Verzug ist.

(4) ¹Zwangmaßnahmen nach Abs. 1 und 2 sind durch eine Ärztin oder einen Arzt nach § 2 Satz 6 einzuleiten und zu überwachen. ²Die Gründe für die Anordnung einer Maßnahme nach Abs. 1 und 2, das Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 3 sowie die ergriffenen Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der Wirkungsüberwachung sowie der Untersuchungs- und Behandlungsverlauf sind zu dokumentieren.

(5) ¹Die Behandlung aufgrund einer Anordnung nach Abs. 3 bedarf der vorherigen Genehmigung der Fachaufsicht. ²Der Einholung einer vorherigen Genehmigung bedarf es nicht, wenn Gefahr im Verzug ist und die Genehmigung unverzüglich nach Einleiten der Maßnahme eingeholt wird. ³Gegen die Anordnung kann nach § 109 des Strafvollstreckungsgesetzes gerichtliche Entscheidung beantragt werden.

(6) Zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Hygiene ist die zwangsweise körperliche Untersuchung der untergebrachten Person zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

§ 7b MaßrvollzG – Unmittelbarer Zwang

Die Anwendung unmittelbaren Zwangs durch körperliche Gewalt und ihre Hilfsmittel sind Bediensteten der Einrichtung des Maßregelvollzugs gestattet gegen untergebrachte Personen oder gegen Personen, die eine untergebrachte Person zu befreien versuchen oder widerrechtlich in den Bereich der Einrichtung des Maßregelvollzugs eindringen und sich unbefugt darin aufhalten, wenn dies erforderlich ist, um die Behandlungsmaßnahmen, zu deren Duldung die untergebrachte Person verpflichtet ist, oder Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung des Maßregelvollzugs oder einer anderen Unterbringungseinrichtung, insbesondere bei Aufenthalt von untergebrachten Personen in einem Allgemeinkrankenhaus, durchzuführen und der damit verfolgte Zweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann. (Wolters Kluwer Deutschland GmbH, n.d.)

8.1.5 Strafprozessordnung (StPO)

§ 126a Einstweilige Unterbringung

(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und daß seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

(2) Für die einstweilige Unterbringung gelten die §§ 114 bis 115a, 116 Abs. 3 und 4, §§ 117 bis 119a, 123, 125 und 126 entsprechend. Die §§ 121, 122 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass das Oberlandesgericht prüft, ob die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung weiterhin vorliegen.

(3) Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung nicht mehr vorliegen oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht anordnet. Durch die Einlegung eines Rechtsmittels darf die Freilassung nicht aufgehalten werden. § 120 Abs. 3 gilt entsprechend.

(4) Hat der Untergebrachte einen gesetzlichen Vertreter oder einen Bevollmächtigten im Sinne des § 1906 Abs. 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches, so sind Entscheidungen nach Absatz 1 bis 3 auch diesem bekannt zu geben. (Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, n.d.)

8.1.6 Hessisches Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG)

§10 HFEG Sofortige Ingewahrsamnahme durch die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde

Liegen die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 1 Abs. 1 oder 2 mit hoher Wahrscheinlichkeit vor und ist Gefahr im Verzug, kann die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde die sofortige Ingewahrsamnahme anordnen und vollziehen. In diesem Fall ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung über die Zulässigkeit und Fortdauer der sofortigen Ingewahrsamnahme herbeizuführen.

Verwaltungsvorschriften:

2.4

§ 10 Anordnung der Ingewahrsamnahme

2.4.1 Zuständigkeit, Geltungsbereich, Formvorschriften

Zuständig für den Erlaß der Anordnung der sofortigen Ingewahrsamnahme ist sowohl die allgemeine Ordnungsbehörde als auch die Polizeibehörde. § 10 HFEG begründet zwischen diesen Behörden eine gleichrangige Zuständigkeit; maßgebend für die Zuständigkeit im Einzelfall ist der Gesichtspunkt der ersten Befassung. Die allgemeine Ordnungsbehörde kann sich gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 1 HSOG zur Durchführung von Vollzugshandlungen der Polizeibehörde bedienen.

Die Anordnung muß schriftlich erlassen, zumindest jedoch unverzüglich bestätigt werden. Sie muß einen Hinweis darauf enthalten, daß in jedem Fall unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen ist und die Anordnung spätestens 24 Stunden nach der sofortigen Ingewahrsamnahme endet, wenn die betroffene Person nicht vorher der Richterin oder dem Richter zugeführt worden ist.

Die Anordnung ist in Urschrift oder Kopie unverzüglich der betroffenen Person, dem Krankenhaus, in welchem sie untergebracht werden soll, sowie dem zuständigen Gericht und der zuständigen Verwaltungsbehörde zu übermitteln. Die Aushändigung der Anordnung an die betroffene Person kann unterbleiben, wenn sie nicht möglich ist oder nicht ohne Nachteile für ihren Gesundheitszustand erfolgen kann.

§ 10 HFEG gilt auch für Personen, die sich freiwillig in einer geschlossenen Krankenabteilung oder in einer anderen Verwahrung aufhalten, den freiwilligen Aufenthalt aber nicht mehr fortsetzen wollen.

2.4.2 Voraussetzungen

Der Erlaß der Anordnung der sofortigen Ingewahrsamnahme ist nur zulässig, wenn die Voraussetzungen von § 1 Abs. 1 oder 2 HFEG mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegen und Gefahr im Verzug ist. Gefahr im Verzug ist dann zu bejahen, wenn die von der betroffenen Person ausgehende Gefahr so groß ist, daß sie abgewendet werden muß, bevor eine richterliche Entscheidung – auch über eine vorläufige Unterbringungsmaßnahme nach § 70 h Abs. 1 Satz 1 FGG – herbeigeführt werden kann.

Bei der Prüfung der sachlichen Voraussetzungen von § 10 HFEG braucht die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde keine Überlegungen anzustellen, die nur eine Ärztin oder ein Arzt zutreffend anstellen könnte. Es genügt eine gewissenhafte Prüfung anhand des äußeren Erscheinungsbildes der betroffenen Person. Die Zuziehung einer Ärztin oder eines Arztes ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Um unrechtmäßige Freiheitsentziehungen zu vermeiden, sollte die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde vor ihrer Entscheidung jedoch nach Möglichkeit eine Ärztin oder einen Arzt hören. Ärztliche Untersuchungen sind nur mit Einwilligung der betroffenen Person zulässig.

2.4.3 Aufnahme in die Krankenhausverwahrung

Das Verbringen einer Person in die Verwahrung eines Krankenhauses ist grundsätzlich erst zulässig, wenn die Anordnung nach § 10 HFEG vorliegt.

Eine durch die Polizeibehörde veranlaßte Klinikaufnahme kommt ausnahmsweise in den Fällen des § 32 Abs. 1 Nr. 1 HSOG in Betracht, wenn die Sachverhaltsermittlung eine abschließende Entscheidung nach § 10 HFEG nicht zuläßt. Die betroffene Person bleibt in einem solchen Falle im Gewahrsam der Polizeibehörde, die sich zu dessen Ausübung lediglich der räumlichen und sachlichen Mittel des Krankenhauses bedient.

Wird die Person in eine andere Einrichtung verlegt, so ist die Stelle, die die Ingewahrsamnahme veranlaßt hat, von der verlegenden Einrichtung unverzüglich über die Verlegung zu unterrichten.

2.4.4 Aufnahme in Polizeigewahrsam

Die Aufnahme von psychisch kranken Personen in Polizeigewahrsam ist nur in Ausnahmefällen zulässig; sie richtet sich nach § 15 der Polizeigewahrsamsordnung vom 17. Januar 1991 (StAnz. S. 622).

2.4.5 Richterliche Entscheidung

Nach § 10 Satz 2 HFEG muß im Falle der sofortigen Ingewahrsamnahme unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeigeführt werden. Um sicherzustellen, daß eine richterliche Entscheidung rechtzeitig ergehen kann, ist der Geschäftsstelle des nach § 70 Abs. 5 Satz 1 FGg zuständigen Vormundschaftsgerichts unverzüglich eine Kopie der Anordnung zu überbringen. Die Kopie der Anordnung muß einen Hinweis auf die Eilbedürftigkeit der Sache sowie darauf enthalten, daß um richterliche Entscheidung nach § 10 Satz 2 HFEG gebeten wird; bei der Übergabe soll zusätzlich mündlich auf die Eilbedürftigkeit hingewiesen werden.

Ergeht spätestens bis zum Ende des Tages nach der sofortigen Ingewahrsamnahme kein richterlicher Einweisungsbeschluß, so ist die betroffene Person auf freien Fuß zu setzen. Die Verantwortung für die rechtzeitige Freilassung der betroffenen Person liegt bei der ärztlichen Leitung. Die betroffene Person muß grundsätzlich aus dem Krankenhaus entlassen werden, wenn sie dort nicht freiwillig noch länger bleiben will. (“§10 HFEG Sofortige Ingewahrsamnahme durch die allgemeine Ordnungsbehörde oder die Polizeibehörde,” n.d.)

8.2 Fragebogen

8.2.1 Haupterfassungsfragebogen

Untersuchung zur Zwangsmedikation bei schizophrenen Patienten im hessischen Maßregelvollzug → Evaluation der Zwangsbehandlung

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Patienten des hessischen MRV mit den folgenden Einschlusskriterien:

- **Diagnose aus dem ICD-10 Spektrum F2**
- **Notwendigkeit der antipsychotischen Zwangsbehandlung aufgrund psychopathologischen Zustandes in der KFP Haina/Gießen seit 2013**

A. BASISDATEN		
	Fallnummer	
	Erhebungsdatum	
1	Geburtsdatum	
2	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich	
3	Staatsangehörigkeit 1 = deutsch 2 = deutsch, mit Migrationshintergrund 3 = keine deutsche Staatsangehörigkeit	
B. SOZIALDEMOGRAPHISCHE DATEN		
4	Familienstand (Feststellung zum Zeitpunkt der Zwangsmedikationsreife) 1 = ledig 2 = verheiratet 3 = geschieden 4 = verwitwet 5 = verpartnert 6 = sonstiger (bitte angeben _____) 9 = unbekannt	
5	Wohnsituation: (vor Unterbringung MRV) 1 = stationär in allgemein-psychiatrischer Klinik 2 = komplementäre Einrichtung (Heim, betreute WG, betreutes Einzelwohnen) 3 = ohne festen Wohnsitz 4 = eigene Wohnung 5 = mit Eltern 6 = mit Ehepartner 7 = sonstige (bitte nennen _____) 9 = unbekannt	
6	Berufliche Situation (vor Unterbringung im MRV): 1 = ohne Beschäftigung 2 = in schulischer Ausbildung 3 = in Umschulung 4 = in Ausbildung in einem Lehrberuf 5 = in Fachhochschul-/Hochschulausbildung 6 = Voll- / Teilzeitbeschäftigung 7 = Aushilfsbeschäftigung 8 = Rentner/in 9 = sonstige (bitte nennen (_____))	

	10 = unbekannt	
7	Höchster erreichter Schulabschluss 1 = kein Abschluss 2 = Sonderschule 3 = Hauptschule 4 = Realschule 5 = Fachabitur/Abitur 6 = Fachhochschule-/Universitätsabschluss 9 = unbekannt	

C. PSYCHIATRISCHE VORGESCHICHTE		
8	Wie lautet die aktuelle psychiatrische Diagnose? 20 = Schizophrenie 20.1 paranoid 20.2 hebephren 20.3 kataton 20.4 undifferenziert 20.5 Residuum 20.6 Schiz. simplex 21 = schizotype Störung 22 = anhaltende wahnhafte Störung 23 = Akute vorübergehende psychotische Störungen 24 = Induzierte wahnhafte Störung 25 = Schizoaffective Störung 26 = vorübergehend psychotische Störung 28 = sonstige nichtorganische psychotische Störung (bitte angeben _____) 29 = Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	
9	Alter bei Krankheitsbeginn der Hauptdiagnose (F2-Diagnose)	
10	Gibt es klare Anhaltspunkte für eine längere Gesamtdauer unbehandelter Psychose (DUP), und wenn ja, wie lange war diese? 1 = <1Jahr 2 = 1-2 Jahre 3 = 2-5 Jahre 4 = < 5 Jahre	
11	Verlauf der Hauptdiagnose vor Aufnahme MRV 1 = episodisch mit Vollremission 2 = episodisch ohne Vollremission 3 = chronifiziert residual 4 = chronifiziert akutsymptomatisch 9 = unklar	
12	Anzahl psychiatrischer Nebendiagnosen Wann diagnostiziert? _____ Art der Erkrankungen _____	
13	Bestand oder besteht eine Suchtmittel abhängigkeit (psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen)? (Codierung nach ICD-10) 0 = trifft nicht zu 10 = Alkohol 11 = Opioide 12 = Cannabinoide 13 = Sedativa 14 = Kokain 15 = andere Stimulanzien, einschließlich Koffein 16 = Halluzinogene 17 = Tabak 18 = flüchtige Lösungsmittel 19 = multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	
14	Bestand oder besteht ein Suchtmittel missbrauch (psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen)? (Codierung nach ICD-10) 0 = trifft nicht zu 10 = Alkohol 11 = Opioide 12 = Cannabinoide	

	13 = Sedativa 14 = Kokain 15 = andere Stimulanzien, einschließlich Koffein 16 = Halluzinogene 17 = Tabak 18 = flüchtige Lösungsmittel 19 = multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	
15	Bei bestehender oder in der Vergangenheit liegender Alkohol - oder Drogenproblematik – bestand diese bereits vor Erstmanifestation der Schizophrenie? 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu 9 = unbekannt Wann? _____ Was? _____	
16	Besteht eine Persönlichkeitsstörung (PS)? 0 = trifft nicht zu 1 = paranoide PS 2 = schizoide PS 3 = dissoziale PS 4 = emotional instabile PS 5 = zwanghafte PS 6 = ängstlich-vermeidende PS 7 = abhängige PS 9 = sonstige/ nicht näher bezeichnete PS 10 = kombinierte PS	
17	Bei bestehender Persönlichkeitsstörung – bestand diese bereits vor Erstmanifestation der Schizophrenie? 0 = nein 1 = teilweise 2 = ja 9 = unbekannt	
18	Gesamtzahl stationär-psychiatrischer Behandlungen vor der aktuellen Unterbringung im MRV	
19	Wenn erfolgt, wie viele Behandlungen in der AP erfolgten gemäß zivilrechtlichen Unterbringungsbeschluss (§10 HFE G)?	
20	Status der antipsychotischen Behandlung in den letzten 6 Monaten vor jetziger Unterbringung im MRV 1 = behandelt 2 = unregelmäßig behandelt 3 = unbehandelt	
21	War der Patient in dieser Zeit medikamentencompliant? 0 = nein 1 = teilweise 2 = ja	
22	Bestand in dieser Zeit Krankheitseinsicht? 0 = nein 1 = ja, Störungseinsicht 2 = ja, Störungs- und Behandlungseinsicht	
23	Anzahl bisher beim Patienten insgesamt angewandter Antipsychotika 1 = 1-3 2 = 4-6 3 = >6	
24	Wurde der Patient bereits unter Zwang behandelt? 0 = nein 1 = ja	
25	Wenn ja, mit welchem Medikament? 1 = Haloperidol (Haldol) 2 = Zuclopenthixol (Ciatyl) 3 = sonstiges (bitte angeben: _____) 4 = mehrere (Kombinationsbehandlung)	
26	Musste aufgrund von Nebenwirkungen das Medikament gewechselt werden? 0 = nein 1 = ja	

27	Gibt es in der Vorgeschichte des Patienten eine Störung des Sozialverhaltens? 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu 9 = unklar <u>A-Kriterien:</u> Repetitives, anhaltendes Verhalten, durch das grundlegende Rechte anderer und altersentsprechende gesellschaftliche Normen / Regeln verletzt werden (mind. 3 von 15) <u>B-Kriterien:</u> Die Verhaltensstörung verursacht eine Beeinträchtigung im sozialen, schulischen, beruflichen Funktionsbereichen <u>C-Kriterien:</u> Bei Personen > 18. LJ liegt keine ASP vor	
28	Gab es in der Vorgeschichte des Patienten eine Hyperaktivitätsstörung (ADHS)? 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu 9 = unbekannt	
29	Datum der Erstbehandlung der Schizophrenie Ambulant: _____ Stationär: _____	
30	Bestand eine <u>ambulante</u> psychiatrische Behandlung <u>vor</u> dem aktuellen Unterbringungsdelikt? 0 = trifft nicht zu 1 = ja, Patient befand sich zum Deliktzeitpunkt in ambulanter Behandlung 2 = ja, aber nicht zum Deliktzeitpunkt 9 = unbekannt	
31	Datum der <u>ersten</u> ambulant-psychiatrischen Behandlung	
D. STRAFRECHTLICHE VORGESCHICHTE		
32	Ist der Patient vorbestraft? (<u>ohne</u> Unterbringungsdelikt) 0 = trifft nicht zu 1 = ja	
33	Anzahl der gewaltfreien Straftaten des Patienten? (ohne Unterbringungsdelikt)	
34	Art der gewaltfreien Straftaten: _____	
35	Anzahl der Straftaten mit Gewaltanwendung des Patienten? (ohne Unterbringungsdelikt)	
36	Art des ersten Gewaltdelikts: _____	
37	Alter bei erstem Gewaltdelikt:	
38	Wenn Vorstrafen vorhanden, welchen Deliktsschlüssel hatten die beiden schwerwiegendsten Vordelikte? _____	
39	Anzahl bisheriger Inhaftierungen (ohne evtl. §126a StPO- bzw. aktuelle Unterbringung)	
40	Dauer evtl. bisheriger Inhaftierungen in Monaten (ohne evtl. §126a StPO- bzw. aktuelle Unterbringung)?	
E. AUFNAHMEDATEN		
41	Wann erfolgte die aktuelle Unterbringung ...gemäß §126a? _____ ...gemäß §63? _____	
42	Welcher Summenscore wird im PCL: SV nach Aufnahme (Gutachten) erzielt?	
43	Welcher Summenscore wird bei den historischen Items des HCR 20 nach Aufnahme (Gutachten) erzielt?	
44	Gab es bereits zuvor abgeschlossene Behandlungen gemäß §63/64 StGB? 0= trifft nicht zu 1= §63 2=§64	
45	Wenn ja, wie viele vorherige abgeschlossene Behandlungen gem. § 63 / § 64 StGB erfolgten bereits?	
46	Gesamtdauer der Unterbringungen in forensischen Psychiatrien (ohne aktuelle Unterbringung) in Monaten?	

47	Befand sich der Patient <u>vor</u> der aktuellen Unterbringung gemäß § 63 StGB in einer Unterbringung nach § 126a StPO? 0 = nein 1 = ja	
48	Wenn zutreffend, wie lange dauerte diese Unterbringung gemäß § 126 StPO (in Wochen)?	
49	Erhielt der Patient während der Unterbringung gem. § 126 StPO eine Behandlung mit einem Neuroleptikum? 0 = nein, da nicht indiziert 1 = nein, da Patient nicht einverstanden 2 = ja, auf freiwilliger Basis 3 = ja, auf betreuungsrechtlicher Basis 9 = unbekannt	
50	Welche psychopharmakologische Medikation erhält der Patient während der <u>aktuellen</u> Unterbringung gemäß § 63 StGB? Medikamentenname/n (<i>oral, i.m. Dosis pro Tag/ bzw. pro Injektion, i.m.-Intervall</i>) _____	
51	Sonstige Behandlungen während der <u>aktuellen</u> Unterbringung gem. § 63 StGB: _____	
52	Aktueller Lockerungsstatus 1 = keine Lockerungen 2 = Ausgang mit Personal 3 = Ausgang ohne Personal im Gelände 4 = Ausgang ohne Personal außerhalb des Geländes 5 = Urlaub (mindestens 1 Übernachtung) 6 = Dauerbeurlaubung (mindestens 21 Übernachtungen)	
53	Aktuelle Entlassungsperspektive (bedingte Entlassung nach § 67d) 1 = bedingte Entlassung in weniger als 1 Jahr erreichbar. 2 = bedingte Entlassung in 1 - 2 Jahren erreichbar 3 = bedingte Entlassung in 3 - 5 Jahren erreichbar 4 = bedingte Entlassung in 6 - 9 Jahren erreichbar 5 = bedingte Entlassung aktuell nicht einschätzbar 6 = keine bedingte Entlassung zu erwarten	
F. STRAFVERFAHRENSBEZOGENE DATEN		
54	Datum des Unterbringungsdeliktes (bei Deliktserie das Datum des ersten)	
55	Aktuelles Unterbringungsdelikt laut Urteil (Deliktschlüssel; bei mehreren das Gravierendste)	
56	Welcher Art war die evtl. (zur Unterbringung führende) Gewalttat? (Bei mehreren Delikten das Schwerste) 0 = ohne Waffe/Gegenstand 1 = mit Gegenstand 2 = mit Waffe 9 = unbekannt	
57	Ausgang des zur aktuellen Unterbringung führenden Strafverfahrens laut Urteil: 1 = Schuldunfähigkeit gem. § 20 StGB und Unterbringung gem. § 63 StGB 2 = Anwendung des § 21 StGB und Unterbringung gem. § 63 StGB	
58	Höhe einer evtl. Freiheitsstrafe in Monaten bei Anwendung § 21 und § 63 StGB bei aktueller Unterbringung laut. Urteil?	
59	Lag ein Substanzeinfluss beim Unterbringungsdelikt vor? 0 = trifft nicht zu 1 = Alkoholeinfluss 2 = Drogeneinfluss (wenn ja, welche: _____) 3 = Alkohol- und Drogeneinfluss (wenn ja, welche Drogen: _____) 9 = unbekannt	
<u>Deliktschlüssel</u>		
1 = Tötungsdelikt, einschließlich Versuche (§§ 211-217, 222, 226, 251 StGB) 2 = Körperverletzung (§§ 223-225, 227-230 StGB) 3 = Sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB) 4 = Vergewaltigung/sexuelle Nötigung (§§ 177, 178 StGB) 5 = sonst. Straftat gegen die sexuelle Mitbestimmung (§§ 173, 174, 179-184 StGB) 6 = Eigentumsdelikt <u>ohne</u> Gewalt (§§ 242, 243, 246-248c, 263-266, 283-283d StGB)		

7 = Eigentumsdelikt mit Gewalt (§§ 239a, 239b, 244, 249, 250, 252-255, 316a StGB)

8 = Brandstiftung (§§ 306-310a StGB)

9 = sonstige Delikte (sämtliche andere)

G. ZWANGSBEHANDLUNGSDATEN	
a.) Zeitraum bis maximal 3 Monate <u>vor</u> Zwangsbehandlung ²⁰	
60	Dauer der Unterbringung bis zur Zwangsbehandlung (in Wochen)
61	Dauer von erstmaliger Ankündigung der Zwangsbehandlung (Mitteilung über Beantragung der ZB) bis Behandlungsbeginn (in Wochen)? ²¹
62	Gesamtstatus des psychopathologischen Zustandes im Beurteilungszeitraum 1 = gleichbleibend schlecht 2 = gleichbleibend gut 3 = wechselnd 4 = stetig degressiv 5 = einbruchartig degressiv 6 = progressiv 7 = unklar
63	Bestand Delikteinsicht? 0 = nein 1 = ja, teilweise 2 = ja, vollständig 9 = unklar
64	Bestand Krankheitseinsicht? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, durchgehend 9 = unklar
65	Lag Behandlungsbereitschaft vor? 0 = nein 1 = ja, zeitweise und bedingt 2 = ja, zeitweise und vollständig 3 = ja, durchgehend aber bedingt
66	Welches Antipsychotikum war vor zuletzt Zwangsbehandlung angeordnet (und wurde verweigert)? 1 = Haloperidol/Glianimon 2 = Olanzapin 3 = Clozapin 4 = Risperidon / Paliperidon 5 = Quetiapin 6 = Amisulprid 7 = Aripiprazol 8 = sonstige: _____
67	Anzahl der Unterbringungszwischenfälle bis Zwangsbehandlung? ²²
68	Wurde der Patient im benannten Zeitraum gestuft?
69	Anzahl der Höherstufungen
70	Anzahl der Rückstufungen
71	Kam es zu Auseinandersetzungen mit dem Klinikpersonal? 0 = nein 1 = ja, verbaler Art 2 = ja, körperliche Übergriffe 3 = ja, verbaler Art und körperliche Übergriffe
72	Kam es zu Auseinandersetzungen mit Mitpatienten? 0 = nein 1 = ja, verbaler Art

²⁰ Gilt auch bei durch Androhung der Zwangsmedikation erreichter „Freiwilligkeit“ zur antipsychotischen Behandlung

²¹ Orale Einnahme oder intramuskuläre Applikation

²² Regelbrüche, vom Patienten verschuldete Behandlungsunterbrechungen, aggressives Verhalten, EZ-Unterbringungen, Rückstufungen, Entweichungen inkl. Versuche etc.

	<p>2 = ja, körperliche Übergriffe 3 = ja, verbaler Art und körperliche Übergriffe</p>	
73	Wenn ja, wie viele körperliche Übergriffe gab es insgesamt?	
74	Wie viele der Auseinandersetzungen geschahen im unbehandelten Zustand? ²³	
75	Kam es zu Sachbeschädigung? 0 = nein 1 = ja, leicht 2 = ja, schwer (bspw. Zerstörung Inventar)	
76	Hatte der Patient sozial-stützenden Kontakt zu Mitpatienten? 0 = nein 1 = ja, vereinzelt 2 = ja, durchgehend 9 = unklar	
77	Wurde Patienten zur Behandlungsablehnung „geraten“? 0 = nein 1 = ja, durch Mitpatient(en) 2 = ja, durch Angehörige oder Bekannte 3 = ja, durch Sonstige 4 = ja, von mehreren Seiten 9 = unklar	
78	Anzahl der EZ-Unterbringungen bis Zwangsbehandlung	
79	Tage der EZ-Unterbringung bis Zwangsbehandlung	
80	War der Patient in einer B-Zelle untergebracht? 0 = nein 1 = ja	
81	Unterbringung in einer B-Zelle bis Zwangsmedikation (in Tagen)?	
82	War der Patient durchgehend abgesondert? ²⁴ 0 = nein 1 = ja	
83	Wurde der Patient fixiert? 0 = nein 1 = ja	
84	Wie viele Fixierungsintervalle wurden vorgenommen (bis Zwangsbehandlung)?	
85	Insgesamte Fixierungsdauer bis zur Zwangsbehandlung (in Tagen)?	
86	Bestand Eigengefährdung? 0 = nein 1 = ja, bedingt (eher mittel- bis langfristige Selbstschädigung) 2 = ja, erheblich (= akute / unmittelbare Selbstschädigung)	
87	Wenn Selbstschädigung bestand, wie war der zeitliche Verlauf? 1 = ja 2 = fluktuierend, wiederkehrend 3 = dauerhaft	
88	Bestand Suizidalität? 0 = nein 1 = ja 9 = unklar	
89	Woraus ergab sich die Suizidalität? 1 = Äußerung des Patienten 2 = Suizidvorbereitungen 3 = Suizidversuch	
90	Nahm der Patient an soziotherapeutischen Maßnahmen (Milieu-/Soziotherapie, Arbeits-/Beschäftigungstherapie, Sport-/Physiotherapie) teil? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
91	Wenn ja, an welcher soziotherapeutischen Maßnahme?	

²³ ohne regelmäßige antipsychotische Medikation

²⁴ ab beliebigem Tag bis Zwangsbehandlung

	1 = Milieu- / Soziotherapie 2 = Arbeits-/ Beschäftigungstherapie 3 = Sport- / Physiotherapie	
92	Nahm der Patient an Psychotherapie in der Gruppe teil? 0 = nein 1 = ja, vereinzelt 2 = ja, regelmäßig	
93	Bestand eine therapeutische Bindung? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
94	Kümmerte sich der Patient um Hygiene seines Körpers und seiner Kleidung? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
95	Achtete der Patient auf Sauberkeit seines Wohnbereiches (Essbereich, Bettplatz)? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
96	Zeigte der Patient einen auffälligen Tag-Nacht-Rhythmus? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
97	Lehnte der Patient medizinische Diagnostik ab? 0 = nein 1 = ja, gegen Blutentnahme 2 = ja, gegen EKG 3 = ja, gegen EEG 4 = Ablehnung jeglicher medizinischen Maßnahmen	
b.) 3 Monate <u>nach</u> erster Zwangsbehandlung		
98	Wie viele Zwangsbehandlungen wurden insgesamt durchgeführt?	
99	Konnte Behandlungscompliance erreicht werden? 1 = durchgehend 2 = zeitweise 3 = nie	
100	Wenn <u>keine</u> durchgehende Compliance erreicht wurde, woran lag das? 1 = kein ausreichender Behandlungserfolg 2 = Nebenwirkungen 3 = sonstige	
101	Falls Compliance vorlag/vorliegt - Welches Antipsychotikum konnte etabliert werden (Mehrfachantworten mgl.)? 1 = Haloperidol/Glianimon 2 = Olanzapin 3 = Clozapin 4 = Risperidon / Paliperidon 5 = Quetiapin 6 = Amisulprid 7 = Aripiprazol 8 = sonstige: _____	
102	Musste aufgrund von Nebenwirkungen das Medikament gewechselt werden? 0 = nein 1 = ja	
103	Hat sich der Proband rechtlich gegen die ZB gewehrt? 0 = nein 1 = ja	
104	Wenn Compliance erreicht wurde, wie lange dauerte das (Tage)?	
105	Wenn der Proband vor der ZB abgesondert war, gelang es ihn danach in die Stationsgemeinschaft zu integrieren? 0 = nein	

	1 = ja	
106	Wenn ja, wie lange dauerte das (Tage nach 1. ZB)?	
107	Gesamtstatus des psychopathologischen Zustandes im Beurteilungszeitraum 1 = gleichbleibend schlecht 2 = gleichbleibend gut 3 = wechselnd 4 = stetig degressiv 5 = einbruchartig degressiv 6 = progressiv 7 = unklar	
108	Konnte Delikteinsicht erreicht werden? 0 = nein 1 = ja, teilweise 2 = ja, vollständig 9 = unklar	
109	Konnte Krankheitseinsicht erreicht werden? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, durchgehend 9 = unklar	
110	Wurde der Patient im benannten Zeitraum gestuft?	
111	Anzahl der Höherstufungen	
112	Anzahl der Rückstufungen	
113	Kam es zu Auseinandersetzungen mit dem Klinikpersonal? 0 = nein 1 = ja, verbaler Art 2 = ja, körperliche Übergriffe 3 = ja, verbaler Art und körperliche Übergriffe	
114	Kam es zu Auseinandersetzungen mit Mitpatienten? 0 = nein 1 = ja, verbaler Art 2 = ja, körperliche Übergriffe 3 = ja, verbaler Art und körperliche Übergriffe	
115	Wenn ja, wie viele körperliche Übergriffe gab es insgesamt?	
116	Wie viele der Auseinandersetzungen geschahen im unbehandelten Zustand? ²⁵	
117	Kam es zu Sachbeschädigung? 0 = nein 1 = ja, leicht 2 = ja, schwer (bspw. Zerstörung Inventar)	
118	Hatte der Patient sozial-stützenden Kontakt zu Mitpatienten? 0 = nein 1 = ja, vereinzelt 2 = ja, durchgehend 9 = unklar	
119	Anzahl der EZ-Unterbringungen bis Zwangsbehandlung	
120	Tage der EZ-Unterbringung bis Zwangsbehandlung	
121	War der Patient in einer B-Zelle untergebracht? 0 = nein 1 = ja	
122	Unterbringung in einer B-Zelle (in Tagen)?	
123	Wurde der Patient fixiert? 0 = nein 1 = ja	
124	Wie viele Fixierungsintervalle wurden vorgenommen?	
125	Gesamte Fixierungsdauer (in Tagen)?	

²⁵ ohne regelmäßige antipsychotische Medikation

126	Bestand Eigengefährdung? 0 = nein 1 = ja, bedingt (eher mittel- bis langfristige Selbstschädigung) 2 = ja, erheblich (= akute / unmittelbare Selbstschädigung)	
127	Wenn Selbstschädigung bestand, wie war der zeitliche Verlauf? 1 = ja 2 = fluktuierend, wiederkehrend 3 = dauerhaft	
128	Bestand Suizidalität? 0 = nein 1 = ja 9 = unklar	
129	Woraus ergab sich die Suizidalität? 1 = Äußerung des Patienten 2 = Suizidvorbereitungen 3 = Suizidversuch	
130	Nahm der Patient an soziotherapeutischen Maßnahmen (Milieu-/Soziotherapie, Arbeits-/Beschäftigungstherapie, Sport-/Physiotherapie) teil? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
131	Wenn ja, an welcher soziotherapeutischen Maßnahme? 1 = Milieu- / Soziotherapie 2 = Arbeits- / Beschäftigungstherapie 3 = Sport- / Physiotherapie	
132	Nahm der Patient an Psychotherapie in der Gruppe teil? 0 = nein 1 = ja, vereinzelt 2 = ja, regelmäßig	
133	Bestand eine therapeutische Bindung? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
134	Kümmerte sich der Patient um Hygiene seines Körpers und seiner Kleidung? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
135	Achtete der Patient auf Sauberkeit seines Wohnbereiches (Essbereich, Bettplatz)? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
136	Zeigte der Patient einen auffälligen Tag-Nacht-Rhythmus? 0 = nein 1 = ja, zeitweise 2 = ja, kontinuierlich	
137	Lehnte der Patient medizinische Diagnostik ab? 0 = nein 1 = ja, gegen Blutentnahme 2 = ja, gegen EKG 3 = ja, gegen EEG 4 = Ablehnung jeglicher medizinischen Maßnahmen	
138	Wie beurteilt der Patient die Zwangsbehandlung rückblickend? 1 = positiv 2 = ambivalent 3 = weiter ablehnend, aber tolerierend 4 = weiter ablehnend, unter Zwang	

8.2.2 PANSS-Fragebogen für Case-Manager

**Untersuchung zur Zwangsmedikation bei schizophrenen Patienten im hessischen
Maßregelvollzug**

→ **Evaluation der Zwangsbehandlung**

Name des Patienten:

Therapeut im Zeitraum der Zwangsbehandlung:

Heutiges Datum:

1. Wäre aus Ihrer Sicht das zur Unterbringung führende Delikt durch entsprechende Maßnahmen vermeidbar gewesen? Wenn ja, welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht angezeigt gewesen?

2. Wenn zutreffend, wie wäre aus Ihrer Sicht die (bedingte) Entlassung bei diesem Patienten (schneller/rascher) zu erreichen? (Stichworte)

Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS):

Der Erhebungszeitraum bezieht sich auf 3 Monate vor bzw. 3 Monate nach Beginn der Zwangsbehandlung.

Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)					
	Prä ZB	Post ZB		Prä ZB	Post ZB
P1 „Wahnideen“			N1 „Affektverflachung“		
P2 „Formale Denkstörungen“			N2 „Emotionaler Rückzug“		
P3 „Halluzinationen“			N3 „Mangelnder Affektiver Rapport“		
P4 „Erregung“			N4 „Passiver / apathischer Sozialer Rückzug“		
P5 „Größenideen“			N5 „Schwierigkeiten im abstrakten Denken“		
P6 „Misstrauen / Verfolgungswahn“			N6 „Mangel an Spontaneität und Flüssigkeit des Gesprächsflusses“		
P7 „Feindseeligkeit“			N7 „Stereo-type Gedanken“		

G4 „Anspannung“			G12 „Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht“		
G8 „Unkooperatives Verhalten“			G14 „Mangelnde Impulskontrolle“		

Weitere Anmerkungen:

8.2.3 PANSS Scoring Criteria

Die folgende deutsche Version der PANSS (Multi-Health Systems Inc., 1999), welche die einzelnen Kriterien und die Beurteilung detailliert beschreibt, wurde den Therapeuten zur Erhebung ausgehändigt wurde.

Positivskala (P)

P1. WAHNIDEEN. Überzeugungen, die unbegründet, unrealistisch und selbstbezogen sind. Grundlage der Bewertung: Im Interview ausgedrückte Denkinhalte und deren Einfluss auf soziale Beziehungen und Verhalten, wie er sich in den Berichten des Betreuungspersonals oder der Familie darstellt.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Vorhandensein von ein bis zwei Wahnideen, die vage und nicht herauskristallisiert sind und an denen nicht hartnäckig festgehalten wird. Die Wahnideen interferieren nicht mit dem Denken, den sozialen Beziehungen oder dem Verhalten.
4	Mäßig	Vorhandensein entweder eines Kaleidoskops wenig ausgeformter, instabiler Wahnideen oder einiger weniger, wohlausgeformter Wahnideen, die gelegentlich mit dem Denken, den Sozialbeziehungen oder dem Verhalten interferieren.
5	Mäßig schwer	Vorhandensein zahlreicher wohlausgeformter Wahnideen, an denen hartnäckig festgehalten wird und die gelegentlich mit dem Denken, den Sozialbeziehungen oder dem Verhalten interferieren.
6	Schwer	Vorhandensein eines stabilen Satzes von Wahnideen, die herauskristallisiert, eventuell systematisiert und verhärtet sind und die deutlich mit dem Denken, den Sozialbeziehungen oder dem Verhalten interferieren.
7	Extrem	Vorhandensein eines stabilen Satzes von Wahnideen, die entweder in hohem Masse systematisiert oder sehr zahlreich sind und wesentliche Bereiche im Leben des Patienten dominieren. Dies resultieren häufig in unangemessenem und unverantwortlichem Handeln, welches u.U. sogar die Sicherheit des Patienten oder anderer gefährdet.

P2. FORMALE DENKSTÖRUNGEN. Desorganisierter Denkprozess, charakterisiert durch Unterbrechung zielgerichteter Abfolgen, z.B. Umständlichkeit, Vorbeireden, loses Assoziieren, Sprunghaftigkeit, grob unlogisches Denken oder Denkblockaden. Grundlage der Bewertung: Kognitiv-verbale Prozesse, die im Verlauf des Interviews beobachtet werden.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Das Denken ist umständlich, abschweifend oder scheinlogisch. Es bestehen leichte Schwierigkeiten, das Denken auf ein Ziel zu richten, und unter Druck mag sich eine gewisse Lockerung der Assoziationen zeigen.
4	Mäßig	Kann die Gedankengänge fokussieren, wenn die Mitteilungen kurz und strukturiert sind, wird aber weitschweifig oder belanglos, wenn es sich um komplexere Mitteilungen handelt oder wenn minimaler Druck besteht.
5	Mäßig schwer	Hat im allgemeinen Schwierigkeiten im Organisieren der Gedanken, was sich selbst ohne Druck in häufigen Belanglosigkeiten, dem Verlust der Zusammenhänge oder in der Lockerung der Assoziationen äußert.
6	Schwer	Das Denken ist ernsthaft entgleist und inkonsistent, was zu ausgeprägten Belanglosigkeiten und Gedankenabrissen führt, die nahezu ständig auftreten.
7	Extrem	Die Gedanken sind derart zerfahren, dass der Patient inkohärent ist. Es besteht eine deutliche Lockerung der Assoziationen, welche die Kommunikation vollständig verunmöglicht, zum Beispiel "Wortsalat" oder Stummheit.

P3. HALLUZINATIONEN. Äußerungen oder Verhalten deuten auf Wahrnehmungen hin, die nicht durch externe Stimuli erzeugt werden. Diese können im akustischen, im visuellen, im olfaktorischen oder im somatischen Bereich auftreten. Grundlage der Bewertung: Sprachliche und nonverbale Äußerungsformen im Verlaufe des Interviews, wie auch Bericht des Betreuungspersonals oder der Familie über das Verhalten.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Eine oder zwei klar ausgeformte, aber selten auftretende Halluzinationen oder eine Anzahl von vagen, abnormen Wahrnehmungen, die nicht zu Verzerrungen im Denken oder Verhalten führen.
4	Mäßig	Halluzinationen treten häufig, aber nicht andauernd auf, und das Denken und Verhalten des Patienten sind nur geringfügig beeinträchtigt.
5	Mäßig schwer	Halluzinationen sind häufig, können mehr als eine Sinnesmodalität umfassen und tragen zu einer Verzerrung des Denkens und/oder Zerrissenheit des Verhaltens bei. Der Patient mag diesen Sinneserfahrungen eine wahnhafte Interpretation begeben und auf sie gefühlsmäßig und gelegentlich verbal reagieren.
6	Schwer	Halluzinationen sind fast dauernd vorhanden und führen zu erheblicher Zerrissenheit in Denken und Verhalten. Der Patient behandelt sie wie reale Wahrnehmungen, und seine Funktionsfähigkeit wird dadurch behindert, dass er auf sie häufig gefühlsmäßig und verbal Bezug nimmt.
7	Extrem	Der Patient ist fast dauernd mit Halluzinationen beschäftigt, die das Denken und Verhalten praktisch gänzlich steuern. Die Halluzinationen bekommen eine starre, wahnhafte Interpretation und rufen verbale und Verhaltensreaktionen hervor, die bis hin zum Gehorsam gegenüber halluzinierten Befehlen reichen.

P4. ERREGUNG. Hyperaktivität, die sich in beschleunigtem motorischem Verhalten, erhöhtem Ansprechen auf Reize, Hypervigilanz oder übermäßiger Stimmungslabilität widerspiegelt. Grundlage der Bewertung: Verhaltensäußerungen im Verlauf des Interviews, wie auch Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie über das Verhalten.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Neigt während des ganzen Interviews zu leichter Agitiertheit, Hypervigilanz oder leicht überhöhter Anspannung, aber ohne ausgeprägte Episoden von Erregtheit oder deutlicher Stimmungslabilität. Die Sprechweise kann etwas gepresst sein.
4	Mäßig	Agitiertheit oder überhöhte Anspannung sind während des ganzen Interviews klar ersichtlich, wobei Sprache und Motorik mitbetroffen sind, oder es treten sporadische Erregungsdurchbrüche auf.
5	Mäßig schwer	Zu beobachten sind eine deutliche Hyperaktivität oder häufige Durchbrüche motorischer Aktivität, die es dem Patienten durchgängig schwer machen, länger als einige Minuten stillzusitzen.
6	Schwer	Eine starke Erregtheit dominiert das Interview, begrenzt die Aufmerksamkeit und beeinträchtigt in einem gewissen Ausmaß persönliche Funktionen (z.B. Essen oder Schlafen).
7	Extrem	Eine starke Erregtheit hat ernsthafte Auswirkungen auf das Essen und Schlafen und macht zwischenmenschliche Interaktionen praktisch unmöglich. Eine Beschleunigung von Sprache und Motorik kann zu Inkohärenz und Erschöpfung führen.

P5. GRÖSSENIDEEN. Übertriebene Selbsteinschätzung und unrealistische Überzeugungen von eigener Überlegenheit, mit Wahnideen über außerordentliche Fähigkeiten, Reichtum, Wissen, Berühmtheit, Macht und moralische Rechtschaffenheit. Grundlage der Bewertung: Im Interview geäußerte Denkinhalte und deren Einfluss auf das Verhalten, wie vom Betreuungspersonal oder der Familie berichtet wird.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Eine gewisse Überschwänglichkeit oder Überheblichkeit ist offenkundig, aber ohne eindeutigen Größenwahn.
4	Mäßig	Fühlt sich auf markante und unrealistische Weise anderen überlegen. Einige wenig ausgeformte Wahnideen über einen eigenen Sonderstatus oder spezielle Fähigkeiten können vorhanden sein, ohne dass danach gehandelt wird.
5	Mäßig schwer	Eindeutige Wahnideen über bemerkenswerte Fähigkeiten, Status oder Macht werden artikuliert und beeinflussen die innere Einstellung, aber nicht das Verhalten.

6	Schwer	Eindeutige Wahnideen von bemerkenswerter Überlegenheit auf mehr als nur einer Ebene (Reichtum, Wissen, Berühmtheit etc.) werden geäußert, beeinflussen insbesondere die sozialen Interaktionen und können als Grundlage für das eigene Handeln dienen.
7	Extrem	Denken, soziale Interaktionen und Verhalten werden durch vielfältige Wahnideen über erstaunliche Fähigkeiten, Reichtum, Wissen, Berühmtheit, Macht und/oder moralische Größe dominiert, die bizarre Formen annehmen können.

P6. MISSTRAUEN/VERFOLGUNGSIDEEN. Unrealistische oder übertriebene Verfolgungsideen, die sich in Vorsicht, argwöhnischer Haltung, misstrauischer Hypervigilanz oder der offenen Wahnidee widerspiegeln, dass andere es böse mit einem meinen. Grundlage der Bewertung: Im Interview geäußerte Denkinhalte und deren Einfluss auf das Verhalten, wie vom Betreuungspersonal oder der Familie berichtet wird.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Zeigt eine vorsichtige oder sogar offen argwöhnische Haltung, aber Gedanken, Interaktionen und Verhalten sind davon nur minimal betroffen.
4	Mäßig	Argwohn ist offenkundig und stört das Interview und/oder das Verhalten, aber es gibt keine Anzeichen für Verfolgungswahn. Alternativ können Anzeichen locker ausgeformter wahnhafter Verfolgungsideen bestehen, aber diese scheinen die innere Einstellung oder die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten nicht zu beeinträchtigen.
5	Mäßig schwer	Der Patient zeigt deutlichen Argwohn, welcher zu erheblichen Verwerfungen in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen führt, oder es bestehen eindeutig wahnhafte Verfolgungsideen, welche in begrenztem Masse Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Verhalten haben.
6	Schwer	Eindeutige, durchgängig bestehende wahnhafte Verfolgungsideen, die systematisiert sein können und die zwischenmenschlichen Beziehungen in erheblichem Masse stören.
7	Extrem	Ein Netzwerk systematisierter wahnhafter Verfolgungsideen dominiert das Denken, die sozialen Beziehungen und das Verhalten des Patienten.

P7. FEINDSELIGKEIT. Verbaler und nichtverbaler Ausdruck von Ärger und Groll, mit Sarkasmus, passiv—aggressivem Verhalten, Beschimpfungen und Tätlichkeiten. Grundlage der Bewertung: Zwischenmenschliches Verhalten während des Interviews, wie auch Berichte des Pflegepersonals und der Familie.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Indirekte oder gezielte Kommunikation von Arger, wie etwa Sarkasmus, Respektlosigkeit, feindselige Äußerungen und gelegentliche Reizbarkeit.
4	Mäßig	Zeigt mit häufiger Reizbarkeit und direktem Ausdruck von Arger oder Groll eine offen feindselige Haltung.
5	Mäßig schwer	Der Patient ist in hohem Masse reizbar und gelegentlich beleidigend oder drohend.
6	Schwer	Mangelnde Kooperationsbereitschaft und Beschimpfungen oder Drohungen beeinflussen das Interview merklich und wirken sich ernsthaft auf die sozialen Beziehungen aus. Der Patient ist eventuell ausfallend und destruktiv, wird aber anderen gegenüber nicht tötlich.
7	Extrem	Starke Wut führt ihn zu einem totalen Mangel an Kooperationsbereitschaft, der weitere Interaktionen ausschließt, oder zu Tötlichkeiten gegenüber anderen.

Negativskala (N)

N1. AFFEKTVERFLACHUNG. Verminderte affektive Ansprechbarkeit, charakterisiert etwa durch eine Verringerung von Mimik, emotionaler Schwingungsfähigkeit und Gestik. Grundlage der Bewertung: Beobachtung der körperlichen Äußerungsformen, der affektiven Tönung und der emotionalen Ansprechbarkeit während des Interviews.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Änderungen in Mimik und Gestik erscheinen geschraubt, gezwungen und künstlich oder entbehren der Modulation.

4	Mäßig	Eine reduzierte Bandbreite in Mimik und Gestik führt zu einem dumpfen Erscheinungsbild.
5	Mäßig schwer	Der Affekt ist generell „flach“, mit nur gelegentlichen Änderungen der Mimik und einer Verarmung der Gestik.
6	Schwer	Die meiste Zeit über zeigt sich eine deutliche Verflachung und Verarmung im Gefühlsausdruck. Eventuell treten unmodulierte, extreme affektive Entladungen auf, wie starke Erregtheit, Wutanfälle oder unangemessenes, unkontrolliertes Lachen.
7	Extrem	Mimische Reaktionen und kommunikative Gesten sind praktisch nicht vorhanden. Der Patient scheint ständig einer leeren oder „hölzernen“ Ausdruck zu zeigen.

N2. EMOTIONALER RÜCKZUG. Fehlen von Interesse, innerer Beteiligung und affektiver Anteilnahme an Lebensereignissen. Grundlage der Bewertung: Berichte des Betreuungspersonals und der Familie über das Auftreten des Patienten und Beobachtungen des zwischenmenschlichen Verhaltens im Verlauf des Interviews.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Ist gewöhnlich ohne Initiative und kann gelegentlich mangelndes Interesse an den Ereignissen in seiner Umgebung zeigen.
4	Mäßig	Der Patient steht im Allgemeinen in emotionaler Distanz zu seiner Umgebung und ihren Anregungen, kann durch Ermutigung aber zur Anteilnahme veranlasst werden.
5	Mäßig schwer	Der Patient ist von den Personen und Ereignissen in seiner Umgebung emotional klar losgelöst und widersetzt sich allen Bemühungen, ihn einzubeziehen. Er scheint entrückt, gefügig und ziellos, kann aber zumindest für kurze Zeit ins Gespräch gezogen werden und kümmert sich, manchmal mit fremder Hilfe, um seine persönlichen Belange.
6	Schwer	Ein deutlicher Mangel an Interesse und emotionaler Beteiligung resultiert in begrenztem Gesprächskontakt mit anderen und in häufiger Vernachlässigung der persönlichen Belange, für welche der Patient daher Beaufsichtigung benötigt.
7	Extrem	Als Resultat eines tiefgreifenden Mangels an Interesse und emotionaler Beteiligung ist der Patient fast völlig zurückgezogen, nicht gesprächsbereit und selbstvernachlässigend.

N3. MANGELNDER AFFEKTIVER RAPPORT. Mangel an zwischenmenschlichem Einfühlungsvermögen, an Offenheit im Gespräch und an Empfindungen von Nähe, Interesse oder Bezugnahme auf den Interviewer. Dies ist aus einer Distanzhaltung und reduzierten verbalen und nonverbalen Selbstäußerungen ersichtlich. Grundlage der Bewertung: Das Interaktionsverhalten im Verlauf des Interviews.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Das Gespräch ist gekennzeichnet durch einen geschraubten, angestregten oder künstlichen Ton, mag emotionale Tiefe vermissen lassen oder tendenziell auf einer unpersönlichen, intellektuellen Ebene verharren.
4	Mäßig	Das Verhalten des Patienten ist gekennzeichnet durch ein Abseitsbleiben, mit recht deutlicher Distanz zu seinem Gegenüber. Eventuell beantwortet er Fragen mechanisch, gibt sich gelangweilt oder äußert Desinteresse.
5	Mäßig schwer	Ein mangelndes Sich-Einlassen ist offensichtlich und behindert die Ergiebigkeit des Interviews deutlich. Der Patient neigt eventuell dazu, Blickkontakt zu vermeiden oder sich abzuwenden.
6	Schwer	Der Patient ist hochgradig indifferent, mit deutlicher Distanz zu seinem Gegenüber. Die Antworten sind oberflächlich und es gibt wenig nonverbale Anzeichen von innerer Beteiligung. Blickkontakt und Hinwendung des Gesichtes werden häufig vermieden.
7	Extrem	Der Patient lässt sich in keiner Weise auf den Interviewer ein. Er erscheint vollkommen gleichgültig und vermeidet während des Interviews durchgehend jede verbale und nonverbale Interaktion.

N4. PASSIVER/APATHISCHER SOZIALER RÜCKZUG. Verminderung von Interesse an und Initiative in sozialen Interaktionen infolge von Passivität, Apathie, Energielosigkeit oder Willensschwäche. Dies führt zu verminderter sozialer Einbindung und zur Vernachlässigung der Aktivitäten des Alltagslebens. Grundlage der Bewertung: Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie über das Sozialverhalten.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Zeigt gelegentliches Interesse an sozialen Aktivitäten, aber wenig Initiative. Geht Kontakte zu anderen in der Regel nur ein, wenn diese zuerst auf ihn zugehen.
4	Mäßig	Geht den meisten sozialen Aktivitäten passiv und auf desinteressierte und mechanische Weise nach. Neigt dazu, sich in den Hintergrund zurückzuziehen.
5	Mäßig schwer	Nimmt passiv an einer nur geringen Anzahl von Aktivitäten teil und zeigt praktisch kein Interesse und keine Initiative. Verbringt generell wenig Zeit mit anderen.
6	Schwer	Neigt zu Apathie und Selbstisolation, nimmt sehr selten an sozialen Aktivitäten teil und vernachlässigt sich gelegentlich selbst. Hat sehr wenige spontane Sozialkontakte.
7	Extrem	Tiefgreifend apathisch, sozial isoliert und in seinen persönlichen Belangen selbstvernachlässigend.

N5. SCHWIERIGKEITEN IM ABSTRAKTEN DENKEN. Beeinträchtigung im abstrakt-symbolischen Denken, feststellbar als Schwierigkeiten im Klassifizieren und Generalisieren sowie in der Überwindung des konkreten oder egozentrischen Denkens bei Problemlösungsaufgaben. Grundlage der Bewertung: Antworten auf Fragen nach Ähnlichkeiten und zur Interpretation von Sprichwörtern und Gebrauch des konkreten vs. Abstrakten Denkmodus im Verlauf des Interviews.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Neigt dazu, schwierigeren Sprichwörtern eine wortgetreue oder auf die eigene Person bezogene Interpretation zu geben, und kann Probleme mit Begriffen haben, die eher abstrakt sind oder in entfernterem Zusammenhang stehen.
4	Mäßig	Bleibt oft im konkreten Denken, hat Schwierigkeiten bei den meisten Sprichwörtern und bei einigen Begriffskategorien, neigt dazu, sich durch funktionale Aspekte und hervorstechende Merkmale ablenken zu lassen.
5	Mäßig schwer	Denkt primär in konkreten Bahnen, zeigt Schwierigkeiten bei den meisten Sprichwörtern und bei vielen Begriffskategorien.
6	Schwer	Ist unfähig, die abstrakte Bedeutung irgendeines Sprichworts oder eines bildhaften Ausdrucks zu erfassen, und kann nur für die allereinfachsten Ähnlichkeiten Klassifikationen bilden. Das Denken ist entweder nichtssagend oder in der Beachtung funktionaler Aspekte hervorstechender Merkmale, in auf die eigene Person bezogenen Interpretationen gefangen.
7	Extrem	Kann nur in konkreten Bahnen denken. Zeigt keinerlei Verständnis von Sprichwörtern, gebräuchlichen Metaphern oder Gleichnissen und einfachen Kategorien. Sogar hervorstechende Merkmale oder funktionale Attribute dienen nicht als Basis von Klassifikationen. Diese Bewertung kann auch auf diejenigen Patienten angewendet werden, die wegen deutlicher kognitiver Behinderung nicht einmal in minimalem Umfang mit dem Untersucher interagieren können.

N6. MANGEL AN SPONTANITÄT UND FLÜSSIGKEIT DES GESPRÄCHSFLUSSES. Reduktion des normalen Kommunikationsflusses, verbunden mit Apathie, Willenlosigkeit, Abwehr oder kognitiven Defiziten. Dies zeigt sich in der verminderten Flüssigkeit und Ergiebigkeit des verbal-interaktiven Prozesses. Grundlage der Bewertung: Im Verlauf des Interviews beobachtete kognitiv-verbale Prozesse.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Das Gespräch lässt wenig Initiative seitens des Patienten erkennen. Seine Antworten sind tendenziell kurz und karg und verlangen dem Interviewer direkte und führende Fragen ab.
4	Mäßig	Dem Gespräch fehlt der freie Fluss; es erscheint holperig oder stockend. Häufig sind führende Fragen notwendig, um angemessene Antworten zu erhalten.
5	Mäßig schwer	Der Patient zeigt einen deutlichen Mangel an Spontaneität und Offenheit, indem er die Fragen des Interviewers nur mit ein oder zwei kurzen Sätzen beantwortet.
6	Schwer	Die Antworten des Patienten sind hauptsächlich auf ein paar Worte oder kurze Phrasen beschränkt, die darauf abzielen, die Unterhaltung zu umgehen oder abzukürzen (z.B. "Weiß nicht", "Darf ich nicht sagen"). Dadurch ist das Gespräch ernstlich beeinträchtigt und das Interview in hohem Masse unproduktiv.

7	Extrem	Die verbalen Beiträge des Patienten beschränken sich auf allenfalls gelegentliche Äußerungen, sodass ein Gespräch unmöglich wird.
---	--------	---

N7. STEREOTYPE GEDANKEN. Verringerte Flüssigkeit, Spontaneität und Flexibilität des Denkens, was sich an rigiden, ständig wiederkehrenden oder kargen Denkinhalten zeigt. Grundlage der Bewertung: Während des Interviews beobachtete kognitiv-verbale Prozesse.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	In den Einstellungen oder Überzeugungen ist eine gewisse Rigidität zu beobachten. Der Patient mag es ablehnen, alternative Positionen in Betracht zu ziehen, oder hat eventuell Schwierigkeiten, von einer Idee zur anderen überzugehen.
4	Mäßig	Das Gespräch kreist um ein ständig wiederkehrendes Thema, wodurch es schwierig wird, zu einem neuen Gesprächsthema überzugehen.
5	Mäßig schwer	Das Denken ist rigide und voller Wiederholungen bis zu dem Punkt, wo das Gespräch trotz der Bemühungen des Interviewers auf nur zwei bis drei beherrschende Themen beschränkt bleibt.
6	Schwer	Unkontrollierte Wiederholung von Forderungen, Aussagen, Ideen oder Fragen, wodurch das Gespräch ernsthaft behindert wird.
7	Extrem	Denken, Verhalten und Gespräch werden durch die ständige Wiederholung fixer Ideen oder einer begrenzten Anzahl von Phrasen dominiert, was zu übergroßer Rigidität. Unangemessenheit und Eingeschränktheit in den Gesprächsbeiträgen des Patienten führt.

Skala der Generellen Psychopathologie (G)

G1. SORGE UM DIE KÖRPERLICHE GESUNDHEIT. Körperliche Beschwerden oder Vorstellungen von körperlichen Krankheiten oder Funktionsstörungen reichen von einer vagen Empfindung, krank zu sein, bis zu eindeutigen Wahnideen von katastrophaler körperlicher Erkrankung. Grundlage der Bewertung: Im Interview geäußerte Denkinhalte.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Ausgeprägte Besorgnis über den eigenen Gesundheitszustand oder körperliche Probleme, die sich in gelegentlichen Fragen und dem Bedürfnis nach Beschwichtigung äußert.
4	Mäßig	Klagt über schlechten Gesundheitszustand oder körperliche Funktionsstörungen, aber es besteht diesbezüglich keine wahnhafte Überzeugung, und die übermäßige Besorgtheit kann durch Beschwichtigung gemildert werden.
5	Mäßig schwer	Der Patient äußert zahlreiche oder häufige Klagen über körperliche Krankheit oder körperliche Funktionsstörungen oder offenbart eine oder zwei eindeutige Wahnideen zu diesen Themen, ist aber nicht ausschließlich mit ihnen beschäftigt.
6	Schwer	Der Patient wird durch eine einzelne oder einige wenige eindeutige Wahnideen über körperliche Erkrankung oder organische Funktionsstörung beunruhigt, ohne jedoch affektiv völlig von diesen Themen vereinnahmt zu werden, so dass seine Gedanken durch einen gewissen Einsatz von Seiten des Interviewers in andere Bahnen gelenkt werden können.
7	Extrem	Zahlreiche und häufig vorgetragene somatische Wahnideen oder nur einige wenige somatische Wahnideen von allerdings katastrophaler Natur, welche den Gemütszustand und das Denken des Patienten völlig beherrschen.

G2. ANGST. Subjektive Empfindung von Nervosität, Besorgnis, Erwartungsangst oder Unruhe, welche von übermäßiger Sorge um die Gegenwart oder Zukunft bis hin zu Panikgefühlen reicht. Grundlage der Bewertung: Aussagen im Verlauf des Interviews und entsprechende körperliche Signale.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Drückt Beunruhigung, übermäßige Sorge oder subjektive Unruhe aus, ohne dass daraus resultierende körperliche oder verhaltensmäßige Folgen berichtet oder gezeigt werden.

4	Mäßig	Der Patient beschreibt ausgeprägte Symptome von Nervosität, die sich in leichten körperlichen Äußerungsformen, wie etwa einem leichten Zittern der Hände oder einem übermäßigen Schwitzen, niederschlagen.
5	Mäßig schwer	Der Patient beschreibt ernsthafte Angstprobleme, die beträchtliche körperliche oder verhaltensmäßige Folgen, wie etwa starke Anspannung, schlechtes Konzentrationsvermögen, Herzklopfen oder Schlafstörungen, nach sich ziehen.
6	Schwer	Subjektiver Zustand einer fast konstanten Furcht in Verbindung mit Phobien, deutlicher Unruhe oder zahlreichen körperlichen Äußerungsformen.
7	Extrem	Das Leben des Patienten ist ernsthaft zerrüttet durch eine Angst, die fast ständig vorhanden ist und zeitweise panische Ausmaße erreicht oder sich in echten Panikattacken manifestiert.

G3. SCHULDGEFÜHLE. Gewissensbisse oder Selbstvorwürfe wegen echten oder eingebildeten Fehlverhaltens in der Vergangenheit. Grundlage der Bewertung: Aussagen über Schuldgefühle im Verlauf des Interviews und deren Einfluss auf Einstellungen und Gedanken.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Die Befragung ermittelt ein vages Gefühl von Schuld oder Selbstvorwürfen wegen eines geringfügigen Vorfalls, aber es wird deutlich, dass der Patient darüber nicht übermäßig besorgt ist.
4	Mäßig	Der Patient äußert eine ausgeprägte Besorgnis über seine Verantwortlichkeit für einen wirklichen Vorfall in seinem Leben, ist aber deswegen nicht übermäßig beunruhigt, und seine innere Einstellung und sein Verhalten sind nicht wirklich dadurch beeinträchtigt.
5	Mäßig schwer	Der Patient äußert starke Schuldgefühle in Verbindung mit Selbstabwertung oder der Überzeugung, eine Bestrafung zu verdienen. Die Schuldgefühle können eine wahnhafte Basis haben, spontan auftreten und eine Quelle von Beunruhigung und/oder depressiver Verstimmung sein und sind vom Interviewer nicht ohne weiteres zu beschwichtigen.
6	Schwer	Starke Schuldgefühle nehmen eine wahnhafte Qualität an und führen zu einer inneren Haltung von Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit. Der Patient ist der Überzeugung, dass er für seine Vergehen schwere Sanktionen verdient, und kann sogar seine gegenwärtige Lebenssituation als eine solche Strafe ansehen.
7	Extrem	Das Leben des Patienten wird durch unerschütterliche wahnhafte Schuldideen beherrscht, für die er seiner Meinung nach drastische Strafen wie etwa lebenslängliche Haft, Folter oder Tod verdient. Hiermit können auf Seiten des Patienten Suizidideen oder die Attribution von Problemen anderer Menschen auf sein persönliches Fehlverhalten einhergehen.

G4. ANSPANNUNG. Offenkundige körperliche Manifestationen von Furcht, Angst und Agitiertheit, wie Steifheit, Tremor, starkes Schwitzen und Unruhe. Grundlage der Bewertung: Aussagen, welche die Angst belegen, und dazu der Schweregrad der im Interview beobachteten körperlichen Manifestationen von Spannung.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Körperhaltung und Motorik weisen auf eine leichte Erwartungsangst hin, etwa durch eine gewisse Starre, gelegentliche Unruhe, Positionswechsel oder einen feinschlägigen, schnellen Handtremor.
4	Mäßig	Aus verschiedenen Körpersignalen, wie etwa motorische Unruhe, Handtremor, übermäßiges Schwitzen oder nervöse Manierismen, ergibt sich ein eindeutig nervöses Erscheinungsbild.
5	Mäßig schwer	Zahlreiche Körpersignale, wie etwa nervöses Zittern, starkes Schwitzen und Unruhe, belegen eine beträchtliche Anspannung, ohne dass das Verhalten im Interview dadurch in besonderem Masse beeinträchtigt wird.
6	Schwer	Beträchtliche Anspannung bis zu dem Punkt, wo der zwischenmenschliche Kontakt abbricht. Der Patient kann zum Beispiel ständig herumzappeln, unfähig sein, lange stillzusitzen, oder hyperventilieren.
7	Extrem	Eine starke Anspannung offenbart sich in Anzeichen von Panik oder massiver motorischer Unruhe, wie etwa in schnellem, ruhelosem Hin- und Herlaufen und der Unfähigkeit, länger als eine Minute stillzusitzen, wodurch eine Weiterführung des Gespräches verunmöglicht wird.

G5. MANIERISMEN UND UNNATÜRLICHE KÖRPERHALTUNG. Unnatürliche Bewegungen oder Posen, gekennzeichnet durch ein linkisches, geschraubtes, desorganisiertes oder bizarres Erscheinungsbild. Grundlage der Bewertung: Beobachtung von körperlichen Signalen im Verlauf des Interviews, wie auch Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Leichte Unbeholfenheit in den Bewegungen oder geringfügige Starre der Körperhaltung.
4	Mäßig	Die Bewegungen sind merklich unbeholfen oder unkoordiniert, oder es wird für kurze Zeiträume eine unnatürliche Körperhaltung beibehalten.
5	Mäßig schwer	Gelegentliche bizarre Rituale oder eine verrenkte Pose sind zu beobachten, oder es wird für längere Zeiträume eine abnorme Körperhaltung aufrechterhalten.
6	Schwer	Häufige Wiederholung von bizarren Ritualen, Manierismen oder stereotypen Bewegungen, oder es wird für längere Zeiträume eine verrenkte Körperhaltung aufrechterhalten.
7	Extrem	Die Funktionsfähigkeit ist durch ein praktisch ständiges Eingebundensein in ritualisierte, manierierte oder stereotype Bewegungen oder durch eine die meiste Zeit über beibehaltene unnatürlich starre Pose ernsthaft beeinträchtigt.

G6. DEPRESSION. Gefühle von Traurigkeit, Entmutigung, Hilflosigkeit und Pessimismus. Grundlage der Bewertung: Schilderungen depressiver Stimmung im Verlauf des Interviews und der beobachtete Einfluss dieser Stimmung auf Einstellung und Verhalten, wie er sich in Berichten des Betreuungspersonals und der Familie darstellt.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Der Patient äußert eine gewisse Traurigkeit oder Entmutigung nur auf Befragen, die allgemeine Einstellung und das Auftreten lassen keine Depression erkennen.
4	Mäßig	Deutliche Gefühle von Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit, die spontan bekundet werden können. Die depressive Verstimmung hat jedoch keinen größeren Einfluss auf die soziale Funktionsfähigkeit, und der Patient kann gewöhnlich aufgemuntert werden.
5	Mäßig schwer	Eine deutlich depressive Verstimmung ist verbunden mit offensichtlicher Traurigkeit, Pessimismus, Verlust des sozialen Interesses, psychomotorischer Verlangsamung und gewissen Störungen von Appetit und Schlaf. Der Patient lässt sich nicht ohne weiteres aufmuntern.
6	Schwer	Eine ausgeprägt depressive Stimmung ist verbunden mit anhaltenden Gefühlen von Elend, Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit sowie gelegentlichem Weinen. Zusätzlich besteht eine erhebliche Störung des Appetits und/oder des Schlafs wie auch der normalen motorischen sozialen Funktionen mit möglichen Anzeichen von Selbstvernachlässigung.
7	Extrem	Die depressiven Gefühle führen zu einer ernsthaften Beeinträchtigung der meisten Hauptfunktionen. Zu den Äußerungsformen gehören häufiges Weinen, ausgeprägte körperliche Symptome, Konzentrationsstörungen, psychomotorische Verlangsamung, soziales Desinteresse, Selbstvernachlässigung, mögliche depressive oder nihilistische Wahnideen und/oder mögliche suizidale Gedanken oder Handlungen.

G7. MOTORISCHE VERLANGSAMUNG. Verringerung der motorischen Aktivität, welche sich in einer Verlangsamung oder Reduzierung von Bewegung und Sprachaktivität, einer verringerten Ansprechbarkeit auf Reize und einem herabgesetzten Körpertonus widerspiegelt. Grundlage der Bewertung: Äußerungsformen im Verlauf des Interviews, wie auch Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Leichte, aber spürbare Verminderung der Sprech- und Bewegungsrate. Der Patient kann in Unterhaltung und Gestik etwas verhalten sein.
4	Mäßig	Die Bewegungen sind deutlich verlangsamt, und die Sprache kann spärlich und durch lange Antwortlatenzen, ausgedehnte Pausen oder eine allgemeine Verlangsamung gekennzeichnet sein.

5	Mäßig schwer	Eine ausgeprägte Reduktion der motorischen Aktivität macht die Kommunikation in hohem Masse unergiebig oder schränkt die Funktionsfähigkeit im sozialen oder beruflichen Bereich ein. Der Patient wird in der Regel im Sitzen oder Liegen angetroffen.
6	Schwer	Die Bewegungen sind extrem langsam, Aktivität oder Sprache sind auf ein Minimum reduziert. Im Wesentlichen wird der Tag mit untätigem Herumsitzen oder-liegen verbracht.
7	Extrem	Der Patient ist nahezu vollständig regungslos und spricht auf äußere Reize praktisch nicht an.

G8. UNKOOPERATIVES VERHALTEN. Aktive Weigerung, auf den Willen maßgeblicher anderer Personen einzugehen, darunter auf den des Interviewers, des Krankenhauspersonals oder der Familie. Dies kann mit Argwohn, Abwehrhaltung, Sturheit, Negativismus, Ablehnung von Autorität, Feindseligkeit oder Streitlust verbunden sein. Grundlage der Bewertung: Im Interview beobachtetes zwischenmenschliches Verhalten, wie auch Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Der Patient fügt sich mit einer inneren Haltung von Unmut, Ungeduld oder Sarkasmus, widersetzt sich eventuell, ohne beleidigend zu werden, einer Exploration sensibler Bereiche während des Interviews.
4	Mäßig	Gelegentliche direkte Weigerung, normale soziale Anforderungen zu erfüllen (sein eigenes Bett machen, beim angesetzten Programm mitzumachen, etc.) Der Patient mag eine feindselige, abwehrende oder negative Haltung einnehmen, kann für gewöhnlich aber zur Zusammenarbeit veranlasst werden.
5	Mäßig schwer	Der Patient kommt den Anforderungen seiner Umgebung häufig nicht nach und wird von anderen eventuell als "Außenseiter" oder als "Sonderling" charakterisiert. Der Mangel an Kooperationsbereitschaft spiegelt sich in offensichtlicher Abwehrhaltung oder Reizbarkeit gegenüber dem Interviewer wider und in einem möglichen Widerwillen, auf viele der gestellten Fragen einzugehen.
6	Schwer	Der Patient ist in hohem Masse unkooperativ, negativistisch und möglicherweise auch streitlustig. Er weigert sich, den meisten sozialen Anforderungen nachzukommen, und will eventuell das Interview entweder nicht anfangen oder nicht zu Ende führen.
7	Extrem	Aktiver Widerstand führt zu einer ernsthaften Beeinträchtigung praktisch aller wichtigen Funktionsbereiche. Der Patient weigert sich u.U., an jeglicher sozialen Aktivität teilzunehmen, auf persönliche Sauberkeit zu achten, sich mit der Familie oder dem Personal zu unterhalten und auch nur kurz an einem Interview teilzunehmen.

G9. UNGEWÖHNLICHE DENKINHALTE. Das Denken ist durch befremdliche, phantastische oder bizarre Ideen gekennzeichnet, welche vom Entfernten und Atypischen bis zum Verzerrten, Unlogischen und offenkundig Absurden reichen. Grundlage der Bewertung: Im Verlauf des Interviews geäußerte Denkinhalte.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Der Denkinhalt ist etwas eigenartig oder eigentümlich, oder vertraute Ideen werden in einen seltsamen Kontext gerückt.
4	Mäßig	Die Ideen sind häufig verzerrt und erscheinen gelegentlich ziemlich bizarr.
5	Mäßig schwer	Der Patient äußert viele befremdliche und phantastische Gedanken (z.B. der Adoptivsohn eines Königs oder aus der Todeszelle ausgebrochen zu sein) oder einige, die offensichtlich absurd sind (z.B. Hunderte von Kindern zu haben oder über eine Zahnfüllung Radiobotschaften aus dem Weltraum zu empfangen).
6	Schwer	Der Patient äußert viele unlogische oder absurde Ideen oder einige von ausgeprägt bizarrer Qualität (z.B. drei Köpfe zu haben oder ein Besucher von einem anderen Planeten zu sein).
7	Extrem	Das Denken ist voller absurder, bizarrer und grotesker Ideen.

G10. DESORIENTIERTHEIT. Fehlende Bewusstheit der eigenen Beziehung zur Umgebung, namentlich zu Personen, Raum und Zeit, ggf. als Folge von Verwirrtheit oder Isolation. Grundlage der Bewertung: Antworten auf Interviewfragen zur Orientiertheit.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Die Identifizierung von Personen, Ort und Zeit gelingt nur teilweise. Zum Beispiel weiß der Patient, dass er in einem Krankenhaus ist, jedoch nicht dessen Namen; er weiß den Namen seines Wohnortes, nicht jedoch den seines Stadtteils oder Bezirks; er kennt den Namen des Haupttherapeuten, jedoch nicht den vieler anderer Pflegepersonen; er weiß Jahr und Jahreszeit, ist sich aber des laufenden Monats nicht sicher.
4	Mäßig	Die Ideen sind häufig verzerrt und erscheinen gelegentlich ziemlich bizarr.
5	Mäßig schwer	Die Identifizierung von Personen, Ort und Zeit schlägt in beträchtlichem Masse fehl. Der Patient hat nur eine vage Ahnung, wo er ist, und scheint mit den meisten Personen in seiner Umgebung unvertraut. Er mag das Jahr korrekt oder nahezu korrekt identifizieren, nicht aber den laufenden Monat, den Wochentag oder sogar die Jahreszeit.
6	Schwer	Ausgeprägtes Versagen bei der Identifizierung von Personen, Ort und Zeit. Der Patient hat keine Kenntnis seines Aufenthaltsortes, im sich im Datum um mehr als ein Jahr oder kann nur eine oder zwei Personen aus seinem gegenwärtigen Leben nennen.
7	Extrem	Der Patient erscheint völlig desorientiert im Hinblick auf Personen, Raum und Zeit. Es besteht massive Verwirrtheit oder völlige Unwissenheit bezüglich des Aufenthaltsortes, des laufenden Jahres und sogar der vertrautesten Personen, wie etwa Eltern, Ehepartner, Freunde oder den Haupttherapeut.

G11. MANGELNDE AUFMERKSAMKEIT. Versagen im Fokussieren der Aufmerksamkeit, in Form von mangelhafter Konzentration, Ablenkbarkeit durch innere und äußere Reize und Schwierigkeiten, den Fokus des Interesses auszurichten, beizubehalten oder neuen Reizen zuzuwenden. Grundlage der Bewertung: Äußerungsformen im Verlauf des Interviews.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit zeigt sich in Form einer gelegentlichen Anfälligkeit für Ablenkung oder im Schwanken der Aufmerksamkeit zum Ende des Interviews hin.
4	Mäßig	Das Gespräch wird beeinträchtigt durch die Tendenz, sich leicht ablenken zu lassen, durch die Schwierigkeit, die Konzentration längere Zeit über bei einem bestimmten Thema zu halten, und durch Probleme bei der Hinwendung der Aufmerksamkeit auf neue Themen.
5	Mäßig schwer	Das Gespräch wird beeinträchtigt durch die Tendenz, sich leicht ablenken zu lassen, durch die Schwierigkeit, die Konzentration längere Zeit über bei einem bestimmten Thema zu halten, und durch Probleme bei der Hinwendung der Aufmerksamkeit auf neue Themen.
6	Schwer	Das Gespräch wird durch mangelhafte Konzentration, durch Ablenkbarkeit und durch Schwierigkeiten, den Fokus der Aufmerksamkeit adäquat zu wechseln, ernsthaft behindert. Die Aufmerksamkeit des Patienten kann infolge der ausgeprägten Ablenkbarkeit durch innere oder äußere Reize nur für wenige Augenblicke oder nur mit großer Anstrengung ausgerichtet werden.
7	Extrem	Die Aufmerksamkeit ist so zerfahren, dass nicht einmal ein kurzes Gespräch möglich ist.

G12. MANGEL AN URTEILSFÄHIGKEIT UND EINSICHT. Störung der Bewusstheit oder des Verstehens der eigenen psychischen Verfassung und der Lebenssituation. Sie zeigt sich darin, dass der Patient frühere oder gegenwärtige psychiatrische Erkrankungen oder Symptome nicht wahrhaben will, die Notwendigkeit psychiatrischer Hospitalisierung oder Behandlung leugnet, Entscheidungen trifft, ohne deren Konsequenzen zu bedenken, und unrealistische kurz- oder langfristige Planungen vornimmt. Grundlage der Bewertung: Während des Interviews geäußerte Denkinhalte.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Der Patient sieht ein, dass er eine psychische Störung hat, unterschätzt jedoch eindeutig deren Ernsthaftigkeit, die Konsequenzen hinsichtlich der Behandlung oder die Wichtigkeit, Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe zu ergreifen. Die Notwendigkeit einer Zukunftsplanung wird kaum gesehen.
4	Mäßig	Der Patient zeigt nur vage oder oberflächliche Krankheitseinsicht. Eventuell bestehen Fluktuationen in der Krankheitseinsicht oder ein geringes Bewusstsein von aktuell bestehenden erheblichen Symptomen, wie etwa von Wahnideen, desorganisiertem Denken,

		Misstrauen oder sozialem Rückzug. Der Patient kann sich seine Behandlungsbedürftigkeit eventuell rational begründen mit einer Linderung leichterer Symptome wie Angst, Anspannung oder Schlafstörungen.
5	Mäßig schwer	Der Patient bestätigt frühere psychiatrische Erkrankungen, erkennt die gegenwärtige jedoch nicht an. Auf Vorhalt mag der Patient das Vorhandensein einiger irrelevanter oder unwichtiger Symptome einräumen, welche er aber durch massive Fehlinterpretation oder wahnhaftes Denken wegzuerklären neigt. Die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung wird auf ähnliche Weise verkannt.
6	Schwer	Der Patient bestreitet, jemals eine psychiatrische Störung gehabt zu haben. Er leugnet das Vorhandensein jeglicher psychiatrischer Symptome in Vergangenheit oder Gegenwart und bestreitet die Notwendigkeit von Behandlung und Hospitalisierung, ohne sich allerdings dagegen aufzulehnen.
7	Extrem	Nachdrückliches Leugnen früheren oder gegenwärtigen psychiatrischen Krankseins. Der aktuellen Hospitalisierung und Behandlung wird eine wahnhafte Interpretation gegeben (z.B. Bestrafung für früheres Fehlverhalten, Verfolgung durch quälende Instanzen etc.), und der Patient mag sich deswegen weigern, mit den Therapeuten im Hinblick auf die Medikation oder in Bezug auf andere Aspekte der Behandlung zu kooperieren.

G13. WILLESSCHWÄCHE. Störung der willentlichen Initiierung, Aufrechterhaltung und Steuerung der eigenen Gedanken, des Verhaltens, der Motorik und der Sprache. Grundlage der Bewertung: Im Verlauf des Interviews manifeste Denkinhalte und Verhaltensweisen.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Es gibt Anhaltspunkte für eine gewisse Unschlüssigkeit im Gespräch und im Denken, die die verbalen und kognitiven Prozesse geringfügig behindern kann.
4	Mäßig	Der Patient ist oft ambivalent und zeigt deutliche Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung. Das Gespräch kann durch ein Hin-und-her-Schwanken des Denkens beeinträchtigt werden, und in der Konsequenz kommt es zu einer deutlichen Störung der verbalen und kognitiven Funktionsfähigkeit.
5	Mäßig schwer	Die Willensschwäche greift in das Denken wie auch in das Verhalten ein. Der Patient zeigt eine ausgeprägte Unentschlossenheit, welche die Initiierung und Fortführung sozialer und motorischer Aktivitäten behindert und sich auch in einer stockenden Sprechweise manifestieren kann.
6	Schwer	Die Willensschwäche greift in die Ausführung einfacher motorischer Automatismen wie etwa des Ankleidens und der Körperpflege ein und beeinträchtigt in erheblichem Masse auch die Sprache.
7	Extrem	Ein fast vollständiges Versagen der Willenssteuerung manifestiert sich in einer massiven Hemmung von Motorik und Sprache und führt zu Bewegungslosigkeit und Stummheit.

G14. MANGELNDE IMPULSKONTROLLE. Gestörte Regulierung und Kontrolle von durch innere Antriebskräfte veranlassten Handlungen mit dem Resultat plötzlicher unmodulierter, launenhafter und fehlgerichteter Entladung von Spannung und Emotionen ohne Rücksicht auf die Konsequenzen. Grundlage der Bewertung: Verhalten im Verlauf des Interviews, wie auch Verhaltensschilderungen durch Betreuungspersonal und Familie.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Der Patient neigt in Situationen von Stress oder vorenthaltener Bedürfnisbefriedigung leicht zu Ärger und Frustration, handelt jedoch selten impulsiv.
4	Mäßig	Der Patient wird schon bei geringster Provokation ärgerlich und beleidigend. Er kann gelegentlich drohend oder destruktiv auftreten, oder es kann zu ein bis zwei Episoden mit physischer Konfrontation oder einem kleineren Handgemenge kommen.
5	Mäßig schwer	Der Patient zeigt wiederholte Episoden impulsiven Verhaltens mit Beleidigungen, Zerstörung von Eigentum oder Körperlicher Gewaltandrohung. Eventuell kommt es zu ein bis zwei Episoden mit ernsthaften Tätlichkeiten, derentwegen der Patient Isolation, mechanische Fixierung oder bedarfsweise Sedierung benötigt.
6	Schwer	Der Patient ist häufig impulsgesteuert aggressiv, drohend, fordernd und destruktiv ohne jede ersichtliche Berücksichtigung der Konsequenzen. Er wird handgreiflich und kann ggf. auch

		sexuelle Übergriffe zeigen und reagiert in seinem Verhalten u.U. auf halluzinatorische Befehle.
7	Extrem	Der Patient legt Angriffe mit Tötungsabsicht, sexuelle Gewaltattacken, wiederholte Brutalität oder selbstzerstörerisches Verhalten an den Tag. Auf Grund seiner Unfähigkeit zur Kontrolle gefährlicher Impulse bedarf er ständiger direkter Überwachung oder äußerer Eingrenzung.

G15. SELBSTVERSUNKENHEIT. Vertieftsein in innerlich erzeugte Gedanken und Gefühle und in autistische Erlebnisweisen, welche die Realitätsorientierung und Verhaltensanpassung beeinträchtigen. Grundlage der Bewertung: Im Verlauf des Interviews beobachtetes Verhalten.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Übermäßige Beschäftigung mit persönlichen Bedürfnissen und Problemen, sodass das Gespräch immer wieder auf egozentrische Ideen zurückdriftet und anderen gegenüber wenig Interesse an den Tag gelegt wird.
4	Mäßig	Der Patient wirkt gelegentlich selbstversunken, wie mit Tagträumen oder mit seinem inneren Erleben beschäftigt, wodurch es zu einer geringfügigen Beeinträchtigung der Verständigung kommt.
5	Mäßig schwer	Der Patient scheint oft in autistische Erlebnisweisen eingesponnen, wie an Verhaltensweisen deutlich wird, die merklich mit sozialen und kommunikativen Funktionen interferieren, wie etwa am Vorhandensein eines starrend leeren Blicks, am Murmeln oder Sprechen mit sich selber oder an einer Vertiefung in stereotype Bewegungsmuster.
6	Schwer	Ausgeprägte Beschäftigung mit autistischen Erlebnisweisen, welche die Konzentration, die Gesprächsfähigkeit und die Orientierung zur Umgebung hin ernsthaft einschränken. Der Patient kann möglicherweise oft beobachtet werden, wie er in sich selbst hinein lächelt, lacht, murmelt, spricht oder schreit.
7	Extrem	Tiefes Versunkensein in autistische Erlebnisweisen, welches alle wichtigen Verhaltensbereiche schwerwiegend beeinträchtigt. Der Patient reagiert in Wort und Verhalten möglicherweise ständig auf Halluzinationen und zeigt sich seiner Mitmenschen oder seiner äußeren Umgebung nur wenig bewusst.

G16. AKTIVES SOZIALES VERMEIDUNGSVERHALTEN. Verringerte soziale Einbindung, verbunden mit Feindseligkeit oder Misstrauen. Grundlage der Bewertung: Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie zur sozialen Funktionsfähigkeit.

	Beurteilung	Kriterien
1	Nicht vorhanden	Keine Auffälligkeiten im Sinne der Definition.
2	Minimal	Fraglich pathologisch; kann an der Obergrenze des Normbereichs sein.
3	Leicht	Der Patient scheint sich in der Gegenwart anderer unbehaglich zu fühlen und verbringt seine Zeit bevorzugt allein, obwohl er, wenn erforderlich, an sozialen Anlässen teilnimmt.
4	Mäßig	Der Patient nimmt widerwillig an allen oder den meisten sozialen Aktivitäten teil, muss dazu möglicherweise aber überredet werden oder beendet sie für sich eventuell vorzeitig aus Angst, Misstrauen oder Feindseligkeit.
5	Mäßig schwer	Aus Furcht oder Arger hält sich der Patient trotz der Bemühungen anderer, ihn einzubeziehen, von vielen sozialen Begegnungen fern. Ohne strukturierendes Programm verbringt er seine Zeit für gewöhnlich allein.
6	Schwer	Der Patient nimmt aus Furcht, Feindseligkeit oder Argwohn an nur sehr wenigen sozialen Aktivitäten teil. Bei Annäherung zeigt er eine starke Tendenz zum Abbruch der Interaktion, und im Allgemeinen scheint er sich von anderen zu isolieren.
7	Extrem	Der Patient lässt sich aufgrund von ausgeprägten Ängsten, Feindseligkeit oder wahnhaften Verfolgungsideen nicht in soziale Aktivitäten einbeziehen. Soweit irgend möglich, vermeidet er alle Interaktionen und bleibt von anderen isoliert.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich Worte des Dankes an die Menschen richten, die mich während der Anfertigung meiner Dissertation begleitet und unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Boris Schiffer für die Möglichkeit einer Promotion an seinem Institut sowie Herrn Dr. Jakov Gather als Zweitgutachter der Dissertation.

Für die vielfältige Unterstützung und die gute und engagierte Betreuung während der Datenerhebung und der Fertigstellung der Arbeit danke ich herzlich Dr. Sven Krimmer und Thede Eckert.

Für den thematischen Input gilt mein spezieller Dank Herrn Dr. Rüdiger Müller-Isberner und Frau Dr. Beate Eusterschulte.

Darüber hinaus danke ich allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina, die mich bei der Datenerhebung unterstützt haben.

Für die Unterstützung während des Studiums und der Dissertation gilt ein besonderer Dank meinen Eltern sowie meinen Schwestern und Freunden.

Ein großer Dank gilt Maximilian, der mich seit vielen Jahren fest an meiner Seite ist und mich während der Zeit der Fertigstellung der Dissertation mit Verständnis, Motivation und einem stets offenen Ohr unterstützt hat.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Svea Mareike Sela
Geburtsdatum 07.05.1991 in Eutin

Beruflicher Werdegang

Seit 03/2020 Assistenzärztin in der Werner-Schwidder-Klinik Akut-Psychosomatik in Bad Krozingen
10/2017 – 09/2019 Assistenzärztin der Inneren Medizin im Kantonsspital Baselland, Standort Bruderholz, Schweiz
01/2017 – 03/2017 Praktisches Jahr (3. Tertial) in der Inneren Medizin im Kantonsspital Baselland, Standort Bruderholz, Schweiz
09/2016 – 12/2016 Praktisches Jahr (2. Tertial) in der Chirurgie im Spital Dornach, Schweiz
05/2016 – 09/2016 Praktisches Jahr (1. Tertial) in der Kinder- und Jugendmedizin im Universitätskrankenhaus Gießen und Marburg

Akademischer Werdegang

06/2017 Approbation als Ärztin in Hessen
05/2017 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2015 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
01/2014 – 05/2014 Auslandssemester an der University of Eastern Finland, Kuopio, Finnland
10/2012 – 10/2015 Klinischer Studienabschnitt im Studium Humanmedizin mit studienbegleitendem Schwerpunktcurriculum „Pädiatrie“ und „Global Health“
09/2012 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2010 Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen
05/2010 Abitur am Herzog-Ernst-Gymnasium in Uelzen