

Gewalt gegen Ärzte

Tödliche Bedrohung
als BerufsrisikoKlaus Püschel
Olaf CordesEine Analyse von 21 Angriffen während der Berufsausübung.
Psychiater besonders häufig betroffen

Eine aktuelle Darstellung im amerikanischen Ärztejournal JAMA (4) stellt fest, dass die Wahrscheinlichkeit, am Arbeitsplatz getötet zu werden, für Psychiater besonders hoch ist; sie rangieren an vierter Stelle hinter Taxifahrern, Verkäufern an Nachtschaltern und Polizisten. Gefordert werden deshalb das Recht auf Selbstverteidigung für Ärzte und Trainingsprogramme für den professionellen Umgang mit gewaltbereiten Patienten.

Auch in der deutschen Presse sowie in der hiesigen Fachliteratur finden sich in jüngster Zeit (seit etwa 1998) vermehrt Darstellungen und Analysen von Gewalttätigkeiten gegenüber Ärzten bei der Ausübung ihres Berufs. Inwieweit es sich um eine statistisch relevante Zunahme handelt, lässt sich schon aufgrund der hohen Dunkelziffer nicht belegen. – Im Folgenden werden das „Hellfeld“, soweit Fälle öffentlich bekannt sind oder durch rechtsmedizinische Institute untersucht wurden, im Hinblick auf medizinische, epidemiologische und kriminologische Aspekte sowie eventuelle Vermeidungsstrategien oder Vorsichtsmaßnahmen dargestellt und Folgerungen daraus abgeleitet.

Prominente Opfer

Ein Ziel der ärztlichen Tätigkeit ist es, die negativen Auswirkungen von Gewalt und Bedrohung auf Leib, Leben und Psyche zu beheben oder zu lindern. Deshalb wird der ärztliche Bereich in der Regel aus Gewalttätigkeiten herausgehalten und genießt bei Auseinandersetzungen durch verfeindete Parteien besondere Schonung.

Die Geschichte kennt allerdings immer wieder Einzelschicksale von Ärzten, die in gewalttätige Auseinandersetzungen sowie politische Geschehnisse aktiv oder passiv verwickelt waren und hierbei ermordet oder hingerichtet wurden (zum Beispiel Marat, gestorben 1793, in der französischen Revolution; Struensee, gestorben 1772, am dani-



schen Königshof; Fetscher, gestorben 1945, als Widerstandskämpfer im Dritten Reich, und andere) (9).

Ein prominentes Opfer bei der Ausübung seines ärztlichen Berufs war der Psychiater und Leibarzt König Ludwigs II., Professor Dr. med. Bernhard von Gudden, der 1886 beim Versuch, den König vom Suizidversuch abzubringen, von diesem ins Wasser gezogen wurde und ertrank (14). Es ist sicher kein Zufall, dass von derartigen Geschehnissen insbesondere immer wieder einmal Psychiater betroffen waren. Bekannt geworden ist auch das Schicksal von Amelung, der 1849 mitten in seinem Wirken als Leiter des Hessen-Darmstädtischen Landeshos-

pitals durch den Messerstich eines Geisteskranken starb (2).

Im Jahr 1974 wurde der Gießener Neurologe Professor Dr. med. Friedrich Erbslöh von der Mutter eines seiner Patienten am Eingang der Universitätsklinik erschossen, da sie mit der (medizinisch angemessenen!) ärztlichen Behandlung ihres 22-jährigen muskelkranken Sohnes nicht einverstanden war.

Von vornherein ist es nicht möglich, eine repräsentative Fallsammlung unter epidemiologischen Aspekten zu bilden und zu statistisch verwertbaren Angaben zu gelangen. Zwei Wege können beschritten werden, um retrospektiv Kenntnisse über relevante Vorkommnisse zu erlangen:

- aktuelle Recherche in den Archiven von überregionalen Zeitschriften

- Umfrage bei den rechtsmedizinischen Instituten der alten und neuen Bundesländer bezüglich rechtsmedizinisch untersuchter Fälle der letzten Jahre. Angeschrieben wurden 40 Institute; die Rücklaufquote betrug 75 Prozent.

Erfasst wurden 21 Ereignisse. Je Institut wurden höchstens zwei „Vorfälle“ gemeldet.

Einige spektakuläre Fälle

Fall 1: Im Januar 2000 schlug ein 42-jähriger in der Praxis eines Darmstädter Nervenarztes mit einem Samurai-schwert auf eine 33-jährige Praxismitarbeiterin, seine ehemalige Freundin, ein. Dabei trennte er ihr die rechte Hand ab. Der 50-jährige Arzt konnte den Angreifer entwaffnen. Er erlitt dabei aber erhebliche Schnittverletzungen.

gen am Schädel und am Unterarm. Nach einer kurzen Flucht aus der Praxis konnte der Angreifer von Passanten und einem Apotheker, dem Bruder des Arztes, endgültig gestellt werden.

Der Arzt und die Praxisassistentin erlitten langwierige Folgeschäden durch die Verletzungen. Der Angreifer wurde inzwischen wegen zweifachen Mordversuchs angeklagt; er erlag – Zeitungsberichten zufolge – Ende 2000 in der Haftanstalt in Darmstadt einem plötzlichen Herztod.

Fall 2: In Magdeburg suchte im Oktober 2000 ein 38-jähriger Mann eine Ärztin im Gesundheitsamt auf, um mit ihr über ein Anliegen zu sprechen. Wegen Mietschulden war ihm die Kün-

digung seiner Wohnung angedroht worden. Die 63-jährige Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie erwähnte, psychiatrische Hilfe sei erforderlich. Der Patient erklärte die Ärztin daraufhin für nicht kompetent und erwähnte noch das Wort „Schwermetallvergiftung“. Nach Verabschiedung mittels Handschlag drehte er sich dann plötzlich um und stach mit einem Vollmetall-Skalpell mehrfach auf die Ärztin ein. Diese erlitt zahlreiche Stichverletzungen an den Armen und am Brustkorb mit Pneumothorax. Der Angreifer konnte sich nach der Tat nicht mehr an den Hergang erinnern. Es erfolgte die Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Klinik.

Fall 3: Im März 1999 gibt auf dem Parkplatz einer Bochumer Klinik ein 68-jähriger Mann auf einen Onkologen zwei Schüsse aus einer alten Wehrmachtspistole ab, die den 58-jährigen Arzt im Bauch treffen. Der Schütze gab dem Chefarzt die Schuld an dem Krebstod seiner Frau. Der Arzt konnte sich noch aus eigener Kraft in die nahe gelegene Ambulanz der Klinik schleppen und wurde durch eine Notoperation gerettet. Der Täter wurde zu drei Jahren und sechs Monaten Freiheitsstrafe verurteilt, suizidierte sich noch vor Haftantritt.

Fall 4: Der Ehemann einer im Hamburger Institut für Rechtsmedizin aufgebahrten Verstorbenen wollte von seiner Frau Abschied nehmen, nachdem sie sich durch einen Sprung aus der Höhe getötet hatte. Als der diensthabende Arzt ihm dies aus rechtlichen und ästhetisch-pietätischen Gründen verweigerte, fiel ihn der körperlich überlegene Ehemann an und würgte ihn mit den Händen am Hals. Erst nach länger dauernder Strangulation (ohne ernste Folgen für den Arzt) ließ er von ihm ab; der Angreifer musste von der Polizei abgeführt werden.

Fall 5: Aus Ärger über eine nach seinem Empfinden missglückte Nasenoperation erschießt ein 25-jähriger Türke Ende Mai 1999 den 62-jährigen Chefarzt der HNO-Klinik am Klinikum der Stadt Ludwigshafen/Rhein. Nur weil er die Oberärztin, die ihn sieben Jahre zuvor operiert hatte, nicht antraf, wählte er den gerade zufällig vorbeikommenden Arzt als Opfer. Der Täter wurde zu lebenslanger Haft verurteilt. Dabei wurde von den Richtern eine besondere Schwere der Schuld festgestellt.

Synoptische Auswertung

Die erwähnten Fälle repräsentieren nur einen Bruchteil der tatsächlichen Geschehnisse, die sich zum Thema „Gewalt gegen Ärzte“ einordnen ließen. Weitgehend erfasst sein dürften lediglich die vollendeten Tötungsdelikte. Rechtsmedizinische Institute werden längst nicht zu jeder strafrechtlich relevanten Täter- und Opferuntersuchung hinzugezogen. Viele Ereignisse werden von den Ärzten in der Regel auch gar

Tabelle				
Tatmotiv und Tatwaffen sowie Verletzungsmuster der betroffenen Ärztinnen und Ärzte				
Nr.	Tatmotiv	Tatwaffe	Verletzungen	Folgen
1	vermeintlich falsche Behandlung	Pistole	Brust- und Rückenschuss	Tod
2	Trauerreaktion	Hände	Würgemale am Hals	keine
3	sexueller Trieb	Hände	Schlagverletzungen im Gesicht	unbekannt
4	wahnhaftes Enttäuschung	Axt	offenes SHT, Gesichtsschädelzertrümmerung, Extremitätenverletzungen	Arbeitsunfähigkeit (100 %), Hirnleistungsdefizite, Bewegungseinschränkungen
5	Geldgier	Hände	Würgemale am Hals	Tod
6	Ehedrama, Eifersucht	Pistole	Brust-/Herzschuss	Tod
7	verweigerte Behandlung	Hände	Kehlkopfquetschung	unbekannt
8	unbekannt	manipulierte Lebensmittel	akute Intoxikation	keine
9	Wahn	Schusswaffe	Schussverletzung	Tod
10	Wahn	Schusswaffe	Schussverletzung	Tod
11	vermeintlich falsche Behandlung	Schusswaffe	zwei Bauchschüsse	unbekannt
12	Wahn	Stichwaffe	Halsschlagaderstich	Tod
13	vermeintlich falsche Behandlung	Schere	12 Stichverletzungen	unbekannt
14	vermeintlich falsche Behandlung	Schusswaffe	Schussverletzung	Tod
15	Beziehungstat	Schusswaffe	Schnitt- und Schussverletzung	gering/Tod/Tod
16	Beziehungstat	Pistole	Kopfschüsse	Tod/Tod
17	vermutlich Wahn	Axt oder Hammer	Schädel-Hirn-Trauma	unbekannt
18	Beziehungstat	Samuraischwert	teils amputierende Schnittverletzungen	unbekannt
19	Raub/Geiselnahme	Schusswaffe	keine	unbekannt
20	Wahn	Skalpell	Stichverletzungen an Thorax und Armen, Pneu	
21		Sprengstoff/Bombe	keine	

nicht erst der Polizei bekannt gegeben. Auch wenn in der Untersuchung die Fachrichtung Psychiatrie am häufigsten vertreten ist, dürfte hier auch das größte Dunkelfeld zu erwarten sein. Strittig bleibt die Schwelle, ab wann man von Gewalt sprechen sollte, oder ob das Geschehen eine Bagatelle bleibt.

Die zusammengetragenen Fälle (*Tabelle*) ereigneten sich über das gesamte Bundesgebiet verteilt. Dabei waren das Krankenhaus und die Praxis des niedergelassenen Arztes fast zu gleichen Teilen als Geschehensort vertreten.

gende Fachrichtungen betroffen: Allgemeinmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Onkologie, Radiologie, Gynäkologie, Zahnmedizin. Mehr als die Hälfte der Taten waren im weitesten Sinne durch eine Art Wahn bestimmt, sei es in Form einer massiv empfundenen Gefahr durch den Arzt (zum Beispiel Verstrahlung durch einen Radiologen) oder der Überzeugung, dass die Behandlung nicht standardmäßig sei (vorenthaltenes Methadon bei einem Substituierten). Kam der Täter aus der Gruppe der Angehörigen von Patienten oder von An-

Zu den psychischen Auswirkungen der Tat (die zum Teil sehr erheblich gewesen sein dürften) liegen uns keine konkreten Erkenntnisse vor.

Hinweise in der Fachliteratur

Aggressive Handlungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten werden besonders häufig mit psychiatrischen Patienten als „Tätern“ geschildert. Kohortenstudien in England (8) ergaben eine Jahresprävalenz an Gewalthandlungen von 18 Prozent bei geistig Retardierten; die Prävalenz lag bei Komorbidität von psychiatrischer Erkrankung und Drogenabhängigkeit sogar bei 31 Prozent. Persönliche Gewalterfahrungen während ihrer ärztlichen Tätigkeiten berichten mehr als 40 Prozent der diesbezüglich befragten Psychiater.

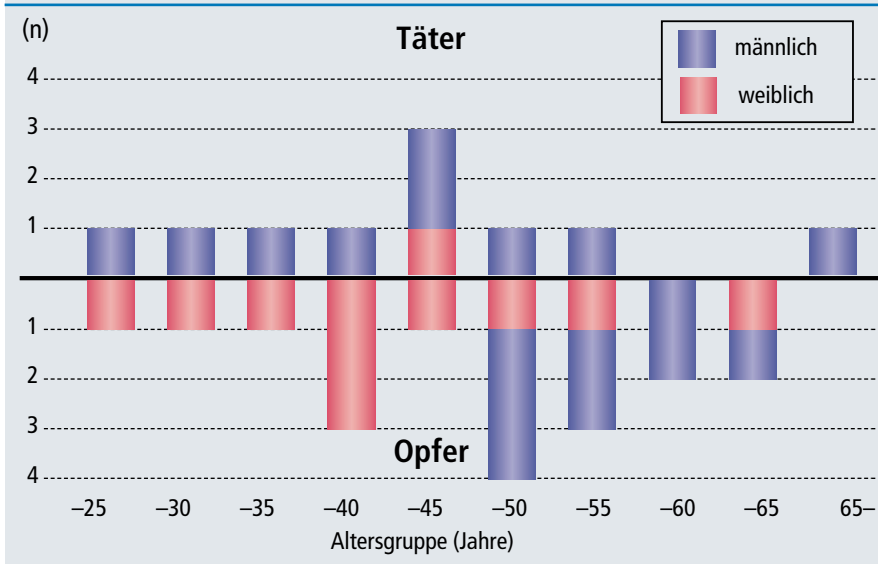
Bezüglich der Situation von Allgemeinärzten wurde Folgendes festgestellt: Jährlich unterliegen etwa 50 Prozent der niedergelassenen Kollegen verbalen Attacken. Zwischen einem bis elf Prozent erleiden körperliche Läsionen. Bis zu fünf Prozent wurden mit einer Waffe bedroht. In soziodemographischen Problemzonen ist das Risiko offensichtlich deutlich erhöht. – Jeder sechste Internist wird innerhalb eines Jahres von einem Patienten körperlich bedrängt (7, 8, 10).

In den USA und Kanada unterliegen insbesondere Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, starkem öffentlichen Druck sowie zum Teil erheblichen Bedrohungen (auch der Familie). Militante Abtreibungsgegner machen immer wieder durch Angriffe mit Schusswaffen sowie sogar Sprengstoffattentate auf sich aufmerksam (5).

Die Gewaltproblematik wurde im Rahmen der ärztlichen Aus- und Fort-

Grafik 1

Alters- und Geschlechtsverteilung der Täter und Opfer



Einzelne Fälle ereigneten sich in anderen Institutionen wie zum Beispiel im Gesundheitsamt, Institut für Rechtsmedizin.

Zumeist handelte es sich bei den Aggressoren um Patienten, viermal waren es Angehörige von Patienten und zweimal Angehörige von Angestellten.

Männer und Frauen unter den Opfern waren annähernd gleich viel vertreten, wobei die Ärztinnen vergleichsweise jünger waren (alle männlichen Ärzte hatten ein Alter von über 40 Jahren). Bei den Tätern handelte es sich – mit einer Ausnahme – um Männer. Opfer und Täter zeigen jeweils eine breite Altersverteilung (*Grafik 1*).

Soweit Angaben über die Fachrichtung der Ärzte bekannt wurden, waren Psychiater in der Mehrzahl (nahezu die Hälfte aller Fälle). Weiterhin waren fol-

gestellten, handelt es sich in der Regel um Beziehungstaten mit Motivationen wie Eifersucht oder Trennung.

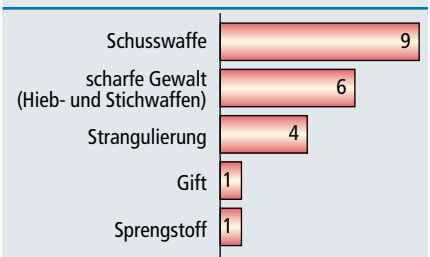
In etwa der Hälfte der Fälle erlag das Opfer seinen Verletzungen (n = 11). Häufig lagen keine Angaben zu den Langzeitfolgen vor.

Spektrum der Gewalt

Die Form der ausgeübten Gewalt reicht von Geiselnahme über mit Benzodiazepinen präparierte Lebensmittel, Strangulation, (halb)scharfe Waffen, Schusswaffengebrauch bis zu einem Sprengstoffattentat (*Grafik 2*). Die Verletzungsmuster reichten von Hautabschürfungen, leichten Vergiftungserscheinungen über Abtrennen von Körperteilen, Hirnsiechtum bis zum Tod (*Grafik 3*).

Grafik 2

Tatwaffen



bildung bisher erheblich vernachlässigt (gemäß [7]).

Aggressive Verhaltensweisen bei bestimmten klinischen Krankheitsbildern (zum Beispiel schizophrene Psychose, Delir, postiktischer Dämmerzustand, Hypoglykämie und andere) gehören zur Krankheit dazu und sind in der Therapie zu berücksichtigen (6, 13, 1). Die Einschätzung (zum Beispiel auch unter forensischen Aspekten) erfordert eine differenzierte und multifaktorielle psychodynamische Betrachtung unter Einbeziehung der Persönlichkeitsstruktur sowie Begleiterkrankungen. Die psychiatrische Behandlung rezidivierend gewalttätiger Patienten erfordert ein sehr differenziertes Arsenal an psychiatrischen und soziotherapeutischen Strategien. Eine erhebliche Bedeutung

und der Tatort dann mehr zufällig im Bereich der ärztlichen Praxis oder des Krankenhauses liegt, eventuell der Arzt auch nur zufällig Opfer wird, weil in seiner Praxis Konflikte von Patienten oder Angestellten ausgetragen werden. Die Vermeidungsstrategien liegen deshalb außerhalb medizinischer Aspekte.

Vermeidungsstrategien

Neben körperlichen Folgen beeinträchtigen aufseiten des Arztes Gegenaggression, Schock und Angst das weitere ärztliche Handeln beziehungsweise die gesamte Berufsausübung (11, 12). Zur Vermeidung beziehungsweise Prävention aggressiver Aktionen im ärztlichen Dienst gibt es keine „sicheren“ Strategie-

• Weiterbildung zum Selbstschutz durch Kommunikationstechniken oder Selbstverteidigungskurse (in einigen amerikanischen Kliniken schon Standard)

• Nach einer Eskalation sollte der bedrohte Arzt eine Pause einlegen, eine genaue Dokumentation für Vorgesetzte oder andere Ärzte erstellen und therapeutische Hilfe nutzen, zum Beispiel durch Supervision.

Trotz der bedrückenden Einzelfälle und berechtigter Besorgnis sollte die permanente Bedrohung durch körperliche Aggressionen im ärztlichen Beruf nicht zu stark überbetont werden. Vertrauen bleibt die wichtige Basis ärztlicher Tätigkeit. Spezielle präventive Maßnahmen sind zweifellos im Bereich der psychiatrischen Medizin empfehlenswert sowie in gewissen sozialen Brennpunkten und bei erkennbar gefährlichen Einsätzen. Von „amerikanischen Verhältnissen“ ist Deutschland weit entfernt.

Im Hinblick auf die materiellen Folgen derartiger Taten kann man sich nur durch eigene Vorsorge/Versicherung schützen. Finanzielle Ausgleichleistungen von den Tätern sind in der Regel nicht zu erwarten, da sie zumeist psychisch krank, strafrechtlich unter Umständen nicht verantwortlich und mittellos sind. Die Auseinandersetzungen der Opfer mit den Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie mit den Rentenversicherungsträgern – als „Nachgefechte“ zu den Angriffen und massiven Körperverletzungen – gestalten sich oftmals schwierig und zeitraubend. Die meist niedrigen Entschädigungen und Renten stehen in keinem Verhältnis zu dem Ereignis und zur Tat.

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dt Ärztebl 2001; 98: A 153–157 [Heft 4]

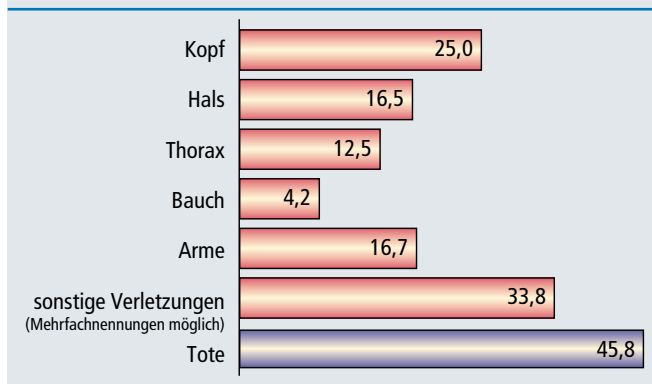
Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das über den Sonderdruck beim Verfasser und über das Internet (www.aerzteblatt.de) erhältlich ist.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Klaus Püschel
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
der Universität Hamburg
Butenfeld 34
22529 Hamburg

Grafik 3

Verletzungslokalisationen in Prozent



kommt dem Alkohol- und Drogenkonsum zu. Insbesondere ist auf häufige und heftige Gewaltausbrüche unter Einfluss von Crack/Kokain hinzuweisen. Für Konsumenten dieser Droge wurde zum Beispiel der Zugang zu „Fixer-Stuben“ (Konsumräumen) in Hamburg untersagt.

Spezielle Gefahrensituationen ergeben sich im ärztlichen Notdienst und bei Hausbesuchen im Bereich sozialer Brennpunkte (insbesondere oft zu ungünstigen Zeiten), weiterhin bei ärztlichen Maßnahmen im Polizeieinsatz sowie im Gefängnis.

Abzugrenzen sind Vorfälle, bei denen die eigentliche ärztliche Tätigkeit nichts mit dem Gewaltausbruch zu tun hat, sondern völlig fremde Motivkonstellationen zugrunde liegen (zum Beispiel Raub, Vergewaltigung, Rache)

gien oder Patente. Häufig wird der Arzt völlig unvorbereitet getroffen. Es muss ein Kompromiss zwischen eigener Sicherheit und der effektiven Behandlung von Patienten angestrebt werden. Das Risiko wird sich nicht immer ausschließen lassen; als Leitlinien seien folgende Empfehlungen erwähnt (4, 7, 3):

• Mit Gewalt rechnen und potenzielle Gefahrensituationen eher erkennen lernen (häufige Risikofaktoren sind psychiatrische Erkrankungen, Gewalt in der Vorgeschichte und Abhängigkeitserkrankungen)

• Bedrohung und Aggression nicht einfach hinnehmen, sie auch mit dem Patienten thematisieren, auch Ärzte haben ein Recht auf Selbstverteidigung

• Nach Möglichkeit nicht allein handeln, Fluchtweg offen halten