

Anlage an den Brief ergänzt werden können. Dies betrifft auch die Dokumentation einer stationären Notwendigkeit, unter anderem von Eingriffen aus dem ambulanten Operations-Katalog. Insgesamt wird auch über den Einsatz von Textbausteinen für häufige Konstellationen nachgedacht. Die komplette Anlage wird dann aber nicht regelhaft an den Hausarzt verschickt, sondern nur bei Krankenkassenanfragen an den MDK weitergeleitet. Vorteil ist, dass die Mitarbeiter der Abrechnung die Anfragen in vielen Fällen ohne Rückfrage bei den Stationsärzten bearbeiten können. Das führt zu einer Prozessverbesserung und zu wesentlichem Zeit- und somit Liquiditätsgewinn.

Der Arzt im DRG-Zeitalter wächst neben seiner medizinischen verstärkt in eine ökonomisch-organisatorische Rolle. Diese Entwicklung lässt sich nur schwer aufhalten. Aufgrund dieser hohen Verantwortung müssen Wege ge-

Tabelle	
Häufig angezeigte Nebendiagnosen	
ICD-Kode 2004	Diagnosentext
F17.1	Schädlicher Gebrauch von Tabak
F17.2	Nikotinabhängigkeitssyndrom
R15	Stuhlinkontinenz
R32	Harninkontinenz
I50.x	Herzinsuffizienz
I10.x	Arterielle Hypertonie

funden werden, wie die abrechnungstechnischen Anforderungen in den medizinischen Prozess integriert werden können, ohne dass neue Ablaufstörungen auftreten. Die Ärzteschaft wird sich daran gewöhnen müssen, dass der Arztbrief neben seiner traditionellen Aufgabe weitere Anforderungen und Rollen erhält. Je eher sich die betroffenen Ärzte mit dieser Problematik auseinandersetzen, umso schneller schaffen sie es, die Zahl der negativen MDK-Gutachten auf ein Minimum zu reduzieren.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Boris Rapp
Märkische Kliniken GmbH
Stabsabteilung Klinische Koordination
Paulmannshöher Straße 14
58515 Lüdenscheid

Stalking

Ärzte als Ansprechpartner

Die erste deutsche epidemiologische Studie zu dem Verhaltensmuster zeigt eine hohe Lebenszeitprävalenz. Stalkingopfer leiden häufig unter somatischen und psychischen Beschwerden.

Harald Dreßing, Christine Kühner, Peter Gass

Stalking kommt aus der Jägersprache und bedeutet „auf die Pirsch gehen“. In der wissenschaftlichen Terminologie bezeichnet man damit ein Verhaltensmuster, bei dem ein Täter einen anderen Menschen ausspioniert, verfolgt und belästigt, bedroht, körperlich attackiert oder tötet. Durch diese Verhaltensweisen fühlt sich das Opfer des Stalkers, das als Stalkee bezeichnet wird, bedrängt und in Angst versetzt (4, 5, 11).

Typische Verfolgungsweisen von Stalkern bestehen darin, dass sie sich oft stundenlang vor häufigen Aufenthaltsorten ihrer Opfer auf die Lauer legen und unerwünschte Kontaktaufnahmen in deren Privatsphäre oder an deren Arbeitsplatz erzwingen. Häufig tätigen Stalker Telefonanrufe und verschicken Briefe oder E-Mails, oftmals auch mit bedrohenden Inhalten. Manchmal geben sie unter dem Namen und auf Rechnung ihrer Opfer Bestellungen auf oder lancieren gefälschte Annoncen in Zeitungen. Aggressivere Verhaltensweisen beinhalten Sachbeschädigungen, oftmals kommt es auch zu körperlichen Attacken und sexueller Nötigung. Sogar Tötungsdelikte haben sich im Kontext von Stalking ereignet, sind aber sehr selten.

Typologisierung uneinheitlich

Es gibt Vorschläge zur Typologisierung der Stalker, jedoch ist keiner bisher allgemein akzeptiert. Die differenzierteste Einteilung stammt von Mullen et al. (11), die die folgenden fünf Typen von Stalkern unterscheiden, wobei die Motivation für das Stalkingverhalten und die Täter-Opfer-Beziehung als Unterscheidungskriterien herangezogen werden:

1. „Rejected stalker“: Die Täter hatten eine frühere, meist intime Beziehung zu ihrem Opfer, die jetzt zerbrochen ist. Die Motive für das Stalkingverhalten sind Rache und/oder Aussöhnung.

2. „Intimacy seeking stalker“: Menschen, die mit ihrem aufdringlichen Verhalten eigentlich Nähe, Liebe und Zuneigung suchen. Häufig liegt ein Liebeswahn vor.

3. „Incompetent stalker“: intellektuell gering begabte Menschen mit ungenügender sozialer Kompetenz.

4. „Resentful stalker“: Täter, die aus Rache ihre Opfer in Angst und Schrecken versetzen wollen. In dieser Gruppe finden sich häufiger paranoide Personen. Eine bevorzugte Zielgruppe der „resentful stalker“ sind Ärzte und Rechtsanwälte, von denen der Stalker sich in irgendeiner Weise falsch beraten oder behandelt glaubt.

5. „Predatory stalker“: Personen, die einen gewalttätigen Übergriff auf einen anderen Menschen planen. Vorher beobachten und verfolgen sie ihr Opfer und ziehen aus dem Gefühl der Kontrolle und Macht (unter Umständen auch sexuelle) Befriedigung. Häufig weisen diese Täter eine Paraphilie auf.

Da bisher fast ausschließlich forensische Patienten untersucht wurden, sind diese Studienergebnisse nicht auf die Gesamtgruppe der Stalker zu übertragen. In diesen Stichproben war die Mehrzahl der Stalker psychiatrisch auffällig (8, 9, 10, 11). Die Diagnosen umfassten Substanzmittelmissbrauch oder -abhängigkeit, affektive Erkrankungen, Anpassungsstörungen, Schizophrenie, wahnhaftige Störungen und Paraphilien. Neben einer psychiatrischen Hauptdiagnose wurde bei etwa 75 Prozent zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. ▷

Stalking stellt per se keine psychiatrische Krankheitsentität dar. Es gibt eine große Gruppe von Stalkern, die zwar uneinsichtig, aber für ihr Verhalten dennoch verantwortlich sind. Die Unterbringung des Stalkers in einer psychiatrischen Klinik ist nur dann angezeigt, wenn daneben schwere und eindeutig definierte psychiatrische Symptome (zum Beispiel Wahnerleben) vorliegen.

Für Deutschland und andere europäische Länder außerhalb des angelsächsischen Sprachraums gibt es bisher keine epidemiologischen Untersuchungen zu Häufigkeit und Auswirkungen von Stalking. Aus den USA, Großbritannien und Australien stammende epidemiologische Studien fanden Lebenszeitprävalenzraten bis zu 24 Prozent (3, 13, 14). Diese Zahlen können jedoch nicht vorbehaltlos auf die Situation in Deutschland übertragen werden. Hierzu sind die kulturellen Unterschiede und die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu verschiedenen (2).

Opfer überwiegend Frauen

In einer eigenen Expertise wurden deshalb die Verbreitung von Stalking und deren Auswirkungen auf die Opfer erstmals in einer deutschen Bevölkerungstichprobe untersucht (6). Aus der Einwohnermeldedatei der Stadt Mannheim wurden jeweils 1 000 Frauen und 1 000 Männer im Alter von 18 bis 65 Jahren zufällig ausgewählt. Diesen Personen wurde ein umfangreicher Fragebogen zum Thema Stalking sowie der WHO-5 Well-Being Index (1, 7, 17) zugeschickt. Es antworteten 679 Personen (34,2 Prozent), wobei die Gruppe der antwortenden Personen bezüglich soziodemographischer Kriterien weitgehend der Gesamtgruppe entsprach.

78 Personen (11,6 Prozent) erfüllten die in der Studie zugrunde gelegten Stalkingkriterien, das heißt, sie wurden mindestens einmal in ihrem Leben über eine Zeitspanne von mindestens zwei Wochen mit mindestens zwei unterschiedlichen Methoden verfolgt, belästigt oder bedroht und dadurch in Angst versetzt. Unter den Stalkingopfern

waren signifikant überwiegend Frauen (87,2 Prozent versus 12,8 Prozent, $p < .001$), wohingegen nach Auskunft der Opfer 85,5 Prozent der Stalker Männer waren. Zur Einschätzung der Folgen des Stalkings wurden die Opfer



7. Dezember 1980: Einen Tag bevor John Lennon von dem Stalker Mark David Chapman (rechts im Bild) erschossen wurde, gab er ihm noch ein Autogramm.

nach sozialen, psychischen und medizinischen Auswirkungen befragt. Die Mehrzahl der Betroffenen berichtete über psychische und körperliche Symptome als direkte Folge des Stalkings. 56,8 Prozent gaben verstärkte Unruhe, 43,6 Prozent Angstsymptome, 41 Prozent Schlafstörungen, 34,6 Prozent Magenbeschwerden, 28,2 Prozent Depression, 14,1 Prozent Kopfschmerzen und 11,5 Prozent Panikattacken an. Knapp ein Fünftel (18 Prozent) war zeitweise als Folge des Stalkings krankgeschrieben.

Nur 20,5 Prozent erstatteten eine Anzeige bei der Polizei, obwohl es bei mehr als 30 Prozent sogar zu tätlichen oder sexuellen Übergriffen gekommen war, 11,5 Prozent konsultierten einen Rechtsanwalt. Dagegen suchten immerhin 24,4 Prozent der Opfer Hilfe bei Ärzten. In der ZI-Studie und in anderen fand sich bei den Stalkingopfern ein hohes Maß an gesundheitlicher Beeinträchtigung (12, 15).

Für die Opfer besteht das Problem, dass eine strafrechtliche Verfolgung des Stalkers erst möglich ist, wenn es tatsächlich zu Körperverletzung, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch, Nötigung oder Bedrohung gekommen ist. Das deutsche Gewaltschutzgesetz bietet in der Praxis keine ausreichenden Interventionsmöglichkeiten. Häu-

fig wenden sich die Betroffenen deshalb gar nicht an Rechts- oder Staatsanwalt, sondern suchen Hilfe bei Ärzten, was nicht verwundert, weil sie eine signifikant schlechtere psychische Befindlichkeit haben (6).

Da Ärzte und Therapeuten also häufiger Ansprechpartner sind, sind profunde Kenntnisse über die Stalkingproblematik notwendig. Interventions-techniken sollten kompetente Beratung und Information über den Umgang mit dem Stalker, Risikoeinschätzung bezüglich gewalttätigen Verhaltens, juristische Schritte und therapeutische Maßnahmen umfassen. Ein koordiniertes Vorgehen, das Polizei, Rechtsanwälte und Gerichte vor Ort mit einbezieht, ist für ein erfolgreiches Management Voraussetzung.

Da aus lernpsychologischer Sicht bestimmte Verhaltensweisen des Opfers weiteres Stalkingverhalten verstärken können, sollten den Betroffenen einige „Anti-Stalking-Regeln“ vermittelt werden (10, 16):

- Nur eine, dafür aber unmissverständliche Erklärung, dass kein Kontakt gewünscht wird; weitere Kontaktangebote ignorieren.
- Öffentlichkeit herstellen.
- Alle Vorkommnisse dokumentieren.
- Bei Telefonterror: unter der alten Telefonnummer die Stalking-Anrufe aufzeichnen (aber nicht entgegennehmen). Andere Gespräche unter einer Geheimnummer entgegennehmen.
- Anzeige bei der Polizei.

Basierend auf den aktuellen Forschungsergebnissen ist davon auszugehen, dass das Thema Stalking auch in Deutschland in den nächsten Jahren für das Gesundheitssystem zunehmend bedeutsam wird.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2004; 101: A 2862–2864 [Heft 43]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit4304 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. Harald Dreßing
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5
68159 Mannheim
E-Mail: dressing@as200.zi-mannheim.de

Die Studie wurde vom „Weißen Ring“ unterstützt.

Literaturverzeichnis Heft 43/2004:

Stalking

Ärzte als Ansprechpartner

Die erste deutsche epidemiologische Studie zu dem Verhaltensmuster zeigt eine hohe Lebenszeitprävalenz. Stalkingopfer leiden häufig unter somatischen und psychischen Beschwerden.

Harald Dreßing, Christine Kühner, Peter Gass

Literatur

1. Bech P: Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. QoL Newsletter 2004; 32: 15–16.
2. Blaauw E, Sheridan L, Winkel FW: Designing anti-stalking legislation on the basis of victims' experiences and psychopathology. Psychiatry, Psychology and Law 2002; 9: 136–145.
3. Budd T, Mattinson J: The extent and nature of stalking: Findings from the 1998 British Crime Survey. London: Home Office 2000.
4. Dreßing H, Gass P: Stalking – Vom Psychoterror zum Mord. Nervenarzt 2002; 73: 1112–1115.
5. Dreßing H, Henn FA, Gass P: Stalking behaviour – an overview of the problem and a case report of male-to-male stalking during delusional disorder. Psychopathology 2002; 35: 313–318.
6. Dreßing H, Kühner C, Gass P: Prävalenz von Stalking in Deutschland. Psychiatrische Praxis. Im Druck
7. Henkel V, Mergl R, Kohlen R, Maier W, Moeller HJ, Hegerl U: Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. Br Med J 2003; 326: 200–201.
8. James DV, Farnham FR: Stalking and serious violence. J Am Acad Psychiatry and Law 2003; 31: 432–439.
9. Kamphuis JH, Emmelkamp PMG: Traumatic distress among support-seeking female victims of stalking. Am J Psychiatry 2001; 158: 795–798.
10. Meloy JR: The psychology of stalking: clinical and forensic perspectives, 1998. San Diego: Academic Press.
11. Mullen PE, Pathé M, Purcell R, Stuart GW: Study of stalkers. Am J Psychiatry 1999; 156: 1244–1249.
12. Pathé M, Mullen PE: The impact of stalkers on their victims. Br J Psychiatry 1997; 170: 12–17.
13. Purcell R, Pathé M, Mullen PE: The prevalence and nature of stalking in the Australian community. Austr New Zealand J Psychiatry 2002; 36: 114–120.
14. Tjaden P, Thoennes N: Stalking in America: findings from the National Violence against Women Survey. Denver: Center for Policy Research 1997.
15. Voss HG, Hoffmann J: Zur Phänomenologie und Psychologie des Stalking: eine Einführung. Polizei & Wissenschaft 2002; 4: 4–14.
16. Westrup D: Applying functional analysis to stalking behavior. In: R. Meloy (ed.): The Psychology of Stalking, 1998. Academic Press, San Diego. 275–294.
17. World Health Organization. Use of well-being measures in primary health care – the DepCare project. Health for All 1998; Target 12.