bezirkskliniken mittelfranken

Ist die präventive Behandlung psychisch kranker potentieller Risikotäter effektiv?

Ein Modellprojekt der Forensischen Präventionsambulanz Ansbach.

Forensiktage der Klinik Nette-Gut 2019

04.11.2019

PD Dr. J. Nitschke

Überblick

- Wissenschaftlicher Hintergrund
- Folgerungen
- Konzept der Präventionsambulanz
- Ergebnisse einer prospektiven Evaluation
- Fallbeispiel
- Fazit und Ausblick

Schizophrenie und Gefährlichkeit

Böker und Häffner (1973):

"Gewalttaten bei psychisch Kranken (kommen) nicht häufiger vor… als bei der Gesamtbevölkerung."

Schizophrenie und Gewalt

Metaanalyse von 20 Studien (*n* = 18.423) in Bezug auf das Risiko von Gewaltstraftaten bei Schizophrenie und anderen Psychosen (Fazel et al. 2009) :

- erhöhtes Gewaltrisiko bei schizophrenen Patienten (OR: 4,7)
- den größten Anteil des erhöhten Risikos macht Substanzmissbrauch aus
- bei Tötungsdelikten ist das Risiko um den Faktor 15 erhöht

Schizophrenie und Gewalt

Soyka et al., 2007:

- 1662 Patienten mit Schizophrenie:
- 3,7% Körperverletzung nach 7-12 Jahren

Swanson et al., 2006:

- 1410 Patienten mit Schizophrenie
- alle Patienten wurden nur ambulant behandelt
- 6 Monatsprävalenz bei Schizophrenen:
  - 19,1% „minor crime“
  - 3,6% „major crime“

Risikofaktoren

- Vorstrafen: Kriminalität in der Vergangenheit ist der beste Prädiktor für zukünftige Kriminalität

  (Hodgins & Müller-Isberner 2004, Walsh et al., 2004, Bonta et al., 1998)
- Substanzmissbrauch (Munkner et al. 2005 u.a)
- Compliance/Adherence (Swanson et al. 2004, Citrome 2007)
- Dissozialität (Psychopathie) (Tengström, et al. 2004 u.a.)
- Jüngeres Alter
- Verhaltensstörungen in der Kindheit und Jugend

Risikofaktoren

Positivsymptome:

- Verfolgungsideen
- Halluzinationen
- Größenideen
- Hyperaktivität

(Swanson et al., 2006; u.a.)

Negativsymptome: Protektiv

Drohungen

- „Das Vorliegen einer psychischen Störung stellt eine relevante Einflussgröße für die Wahrscheinlichkeit der Ausführung der Drohung dar.“ (Urbaniok et al., 2006)

- Höchster Anteil von Tötungsdelikten nach Todesdrohungen bei schizophrenen Patienten

  (10jährige follow-up Studie, *N* = 613;
  Warren, Mullen et al., 2008)

Folgen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen

- Können Hochrisikopatienten herausgefunden und behandelt werden?
- Können Gewaltstraftaten durch eine Behandlung verhindert werden?
- Projekt: Präventionsambulanz Ansbach

Grundlagen Präventionsambulanz Ansbach

Weithmann & Traub, 2008:

Retrospektive Studie (n = 75 forensischen Patienten):

- 83% der Patienten haben bereits Risikofaktoren während einer vorherigen Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie gezeigt.

Grundlagen Präventionsambulanz Ansbach

Integrierte Versorgung von Psychose-Patienten

„Hamburger Modell“

Lambert et al., 2010:

Evaluation des „Hamburger Modells“ nach 12 Monaten:

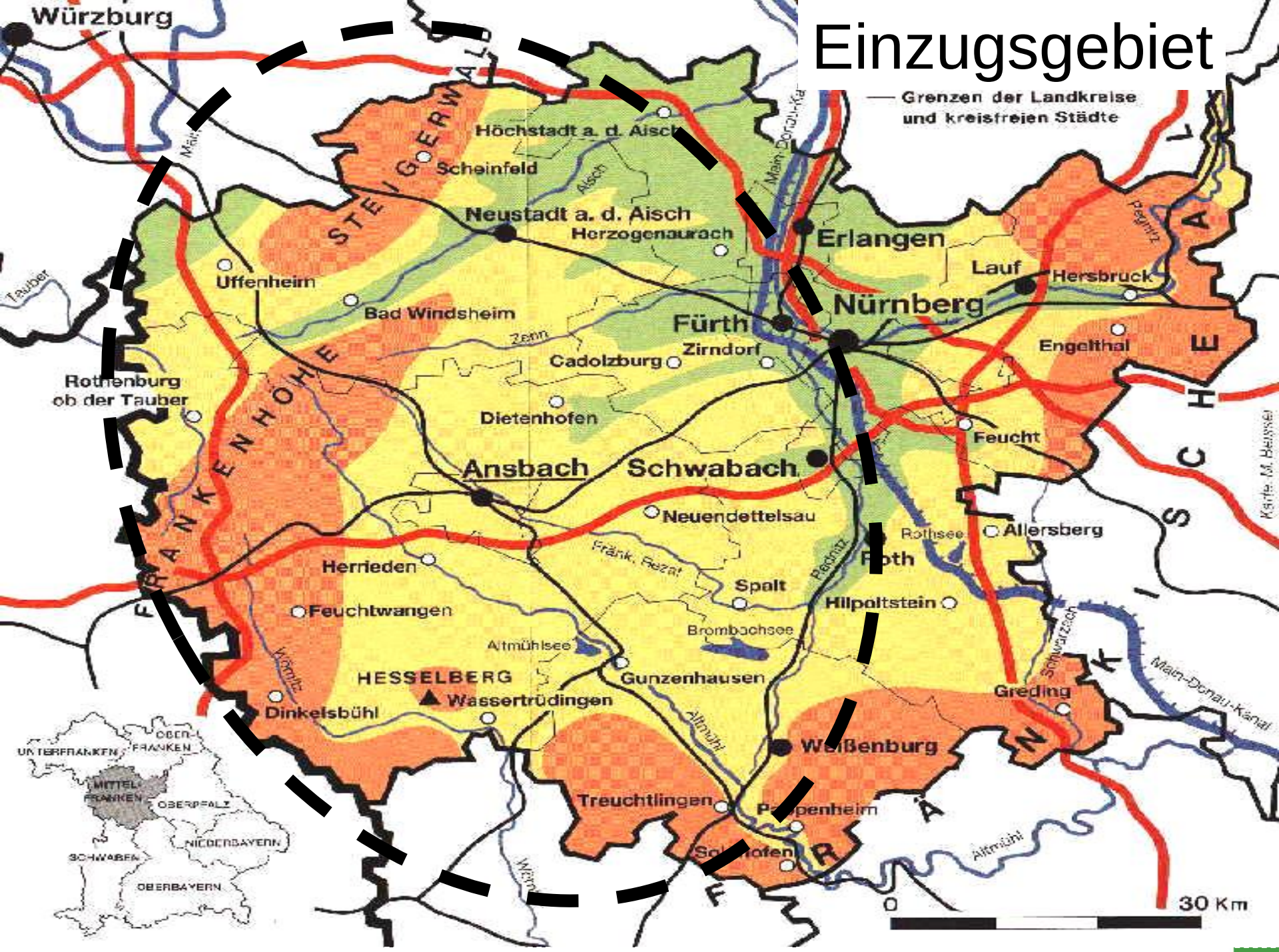
- n = 64 „Hamburger Modell“ ; n = 56 Normalbehandlung
- Dropout Rate: 3,2% Modellgruppe, 6,3% Kontrollgruppe
- Weitere signifikante Unterschiede: bessere Adherence, weniger Substanzmittelmissbrauch, weniger schizophrene Symptome, höhere Lebensqualität

Ziele des Projekts

- Allgemeinpsychiatrischer Risikopatienten sollen davor bewahrt werden, Straftaten zu begehen.

- Betreuung und Behandlung psychisch kranker Patienten, die ein Risikoprofil aufweisen eine schwere Straftat zu begehen (Gewalt- und Sexualstraftaten).

Einzugsgebiet



Methodik und Zeitraum des Projektes

- Ursprünglicher Zeitraum: 4 Jahre,
- Beginn Februar 2012
- Multiprofessionelles Team:
  - Psychiater
  - Psychologen
  - Sozialpädagogen
  - Pflege
  - Medizinische Fachangestellte

Methodik und Zeitraum des Projektes

- **Einschlusskriterien:**
- Schizophrene und präpsychotische Patienten mit einem Riskoprofil
- Alter: mindestens 18 Jahre
- In Ausnahmefällen:
  - Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung / Paraphilien

- **Ausschlusskriterien:**
- Minderbegabung (ICD-10: F70)
- Alkohol oder Drogenabhängigkeit im Vordergrund
- Alter: jünger als 18 Jahre

Kontaktaufnahme mit Behandlern und Patienten

- Enge Zusammenarbeit mit der Allgemeinpsychiatrie, Allgemeinmedizinern, niedergelassenen Nervenärzten im Einzugsgebiet: Anbieten von Risikoeinschätzung und -management
- Symposien, Seminare, Flyer, Internetauftritt, Zeitungsanzeigen
- Angebot der Erstellung eines forensischen Risikoprofils (auch in Form von Hausbesuchen) und Vorstellung der Behandlungsmöglichkeiten
- Kontaktaufnahme durch Familienangehörige
- Motivation selbstständig zur Ambulanz zu kommen

  (Übernahme der Fahrtkosten)

Kampagne der Präventionsambulanz

Behandlung

- Psychotherapische und medikamentöse Behandlung (inklusive Depot-Medikation) durch Hausbesuche und Ambulanztermine
- Gruppentherapie in der Ambulanz (R&R)
- Psychoedukation (Patient und Familie)
- Aktives Risiko-Management
- Die Therapie ist auf die individuellen Risikofaktoren fokussiert

Stand: Ende 2018

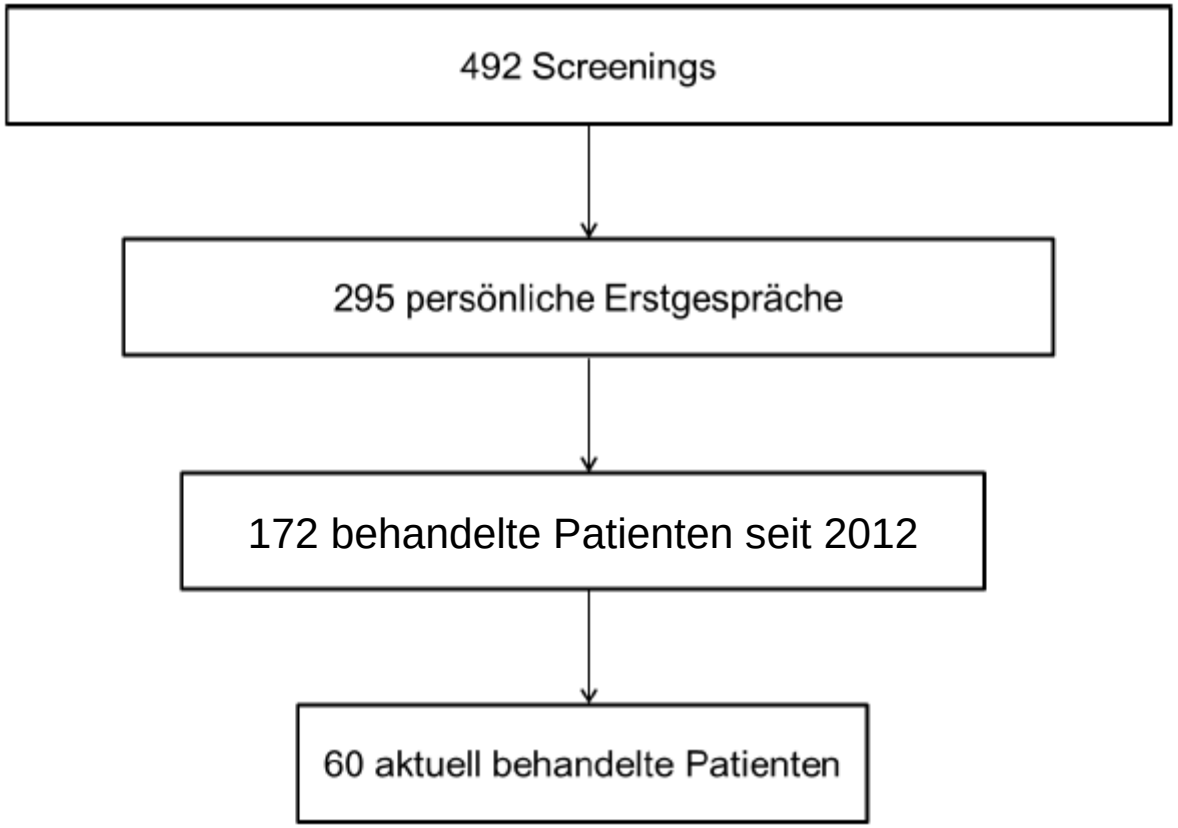
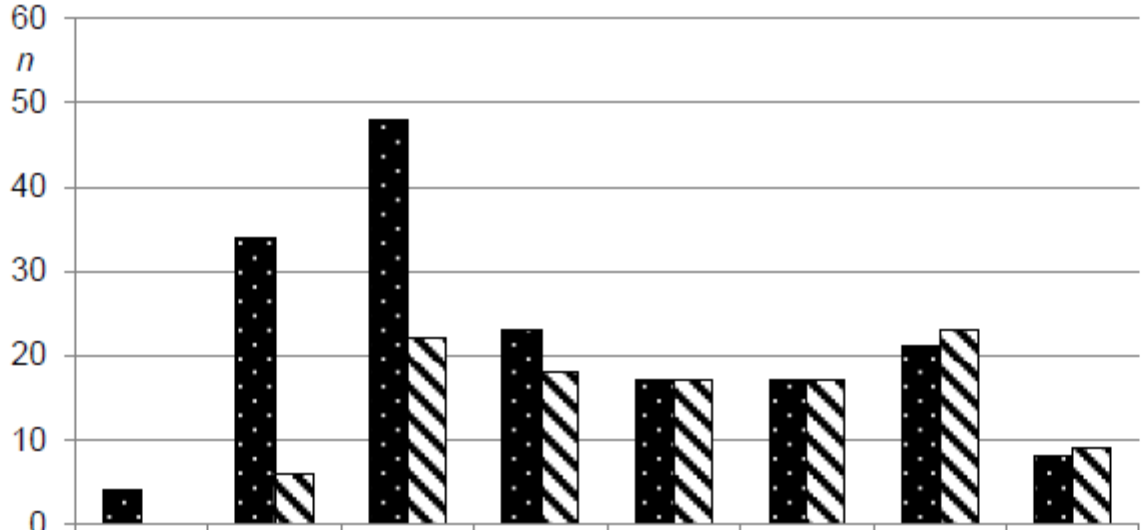


Abbildung 1. Patientenzahlen je Stufe im Aufnahmeprozess.



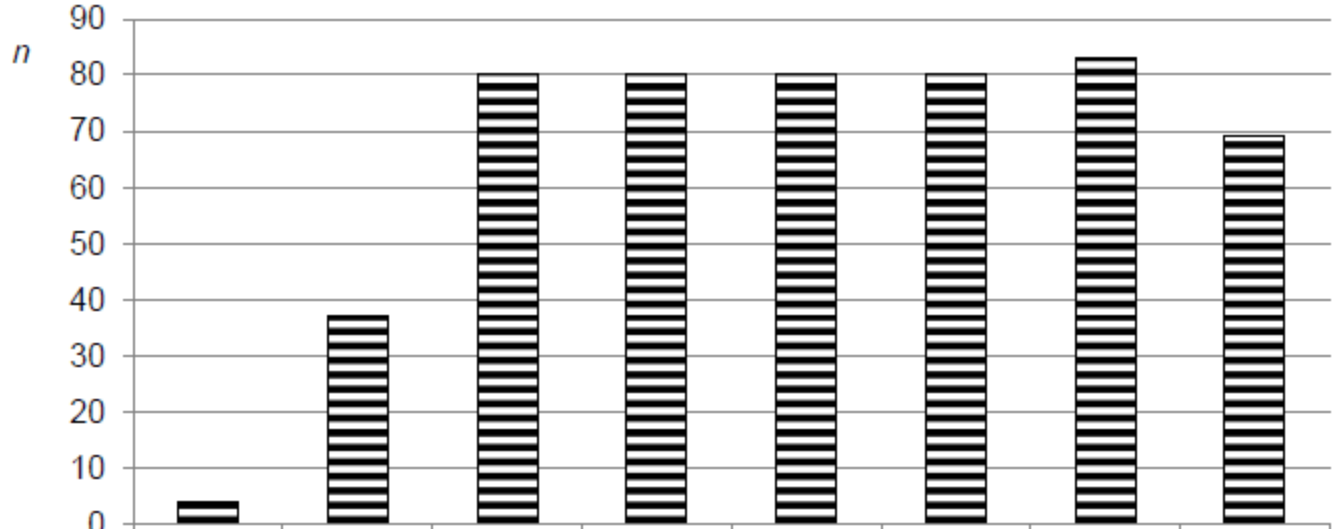
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aufnahmen	4	34	48	23	17	17	21	8
Entlassungen	0	6	22	18	17	17	23	9

n = 172

n = 112

Abbildung 3. Neuaufnahmen und Entlassungen über die Zeit.

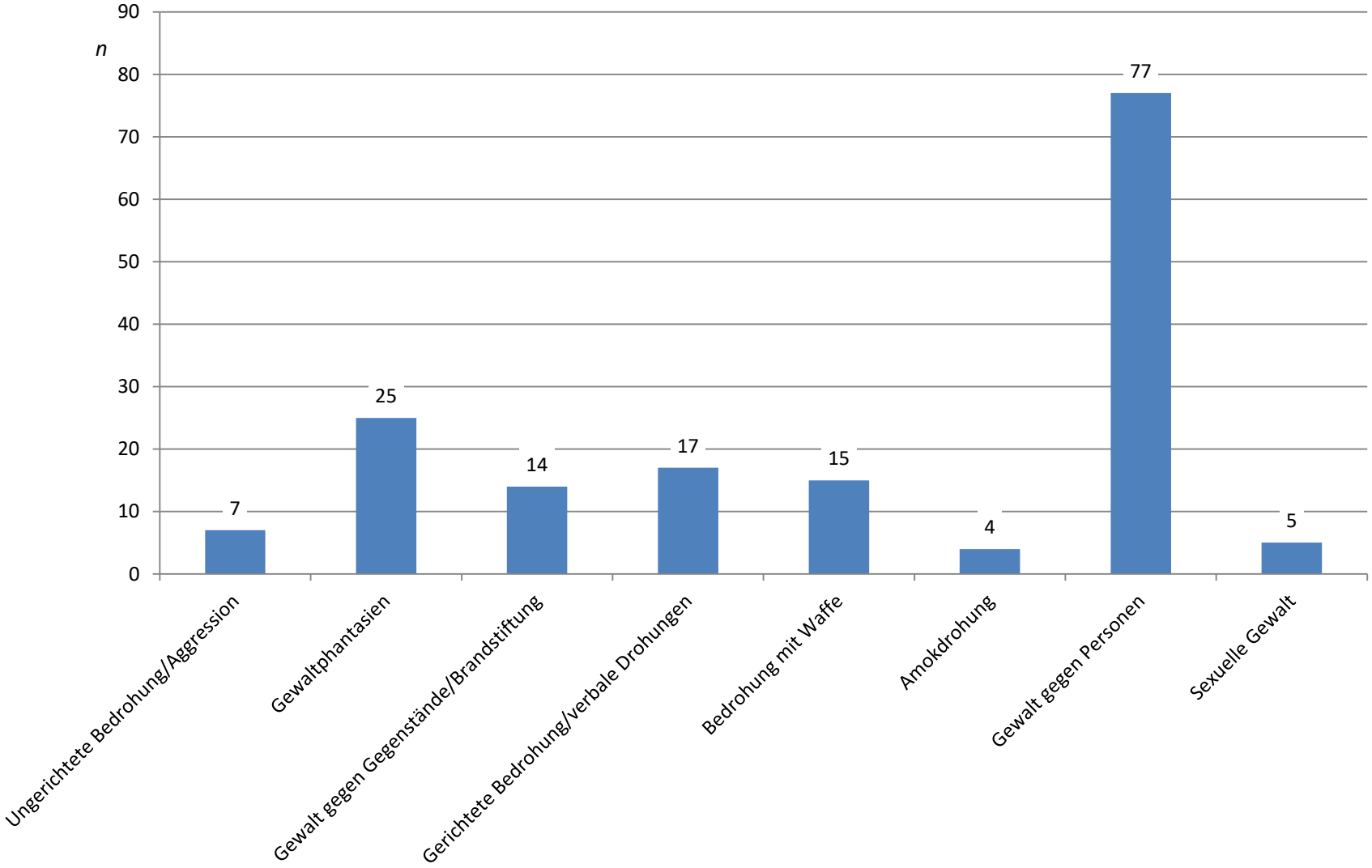
Entwicklung der Patientenzahlen über die Zeit. Über die Jahre war ein Anstieg der behandelten Patienten zu verzeichnen. Die Zahl der angebunden Patienten lag seit 2013 stabil bei etwa 80 Patienten pro Jahr (siehe Abb. 2).



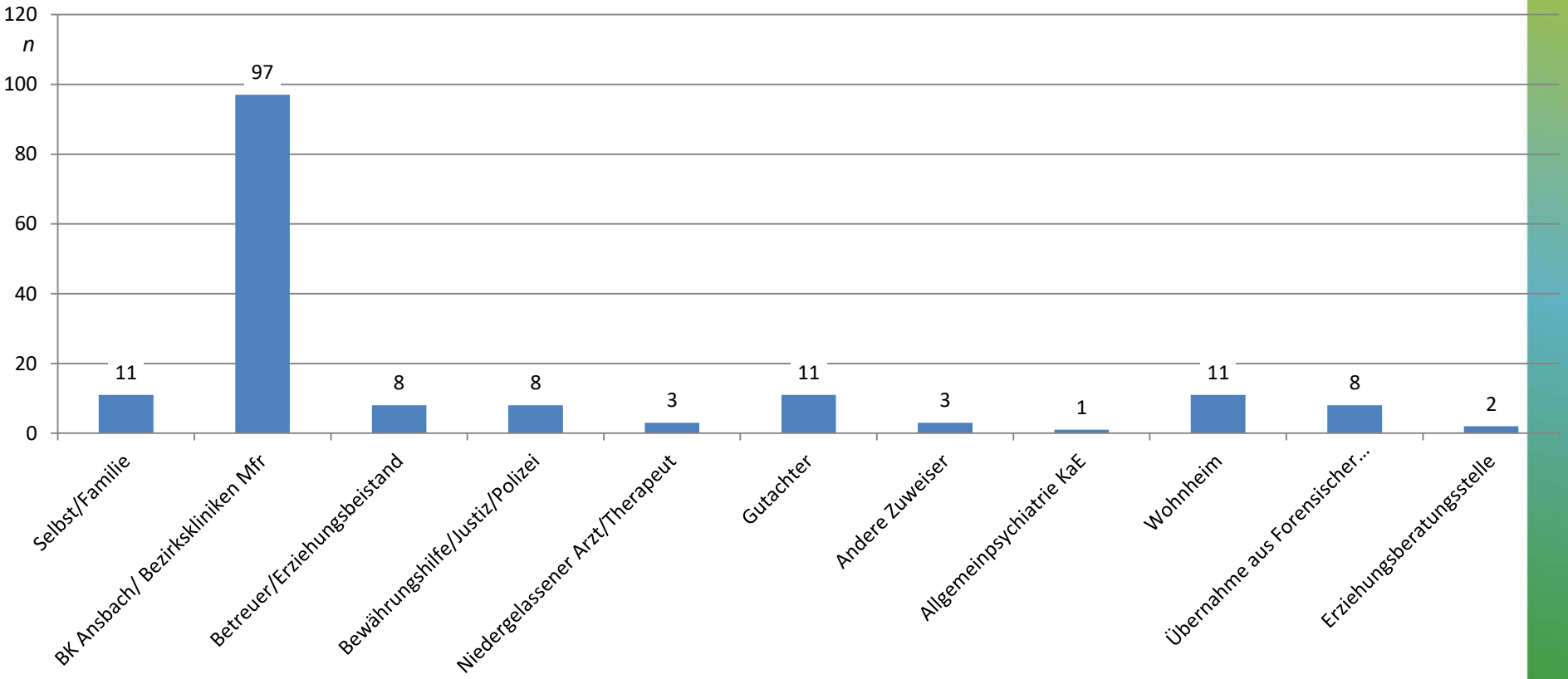
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Behandelte Patienten	4	37	80	80	80	80	83	69

Abbildung 2. Anzahl der behandelten Patienten je Kalenderjahr.

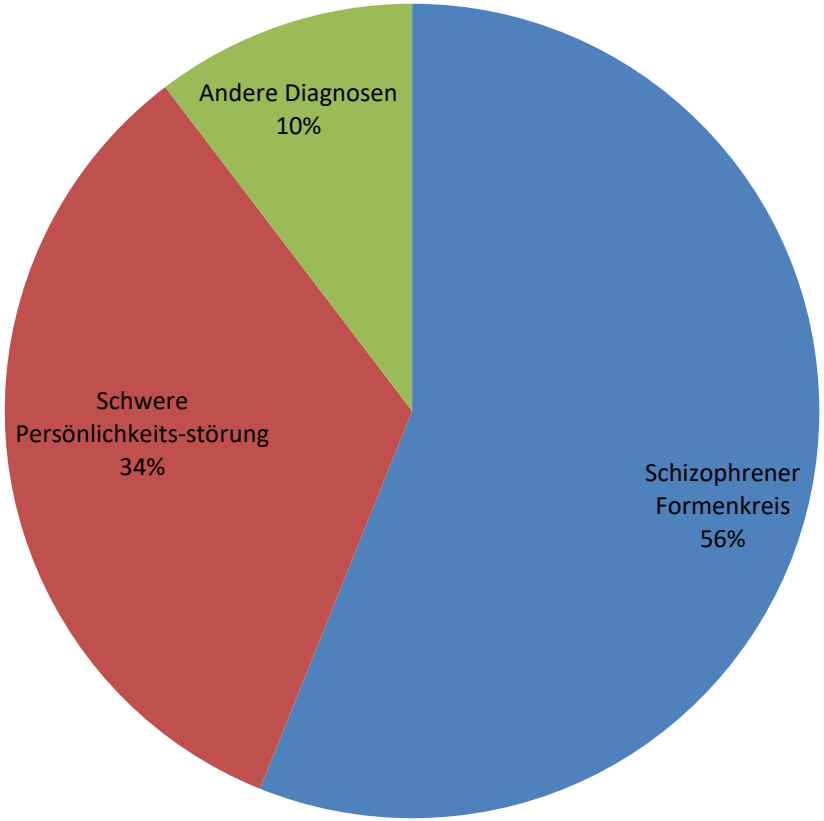
Verteilung der Aufnahmeanlässe (*n* = 172)



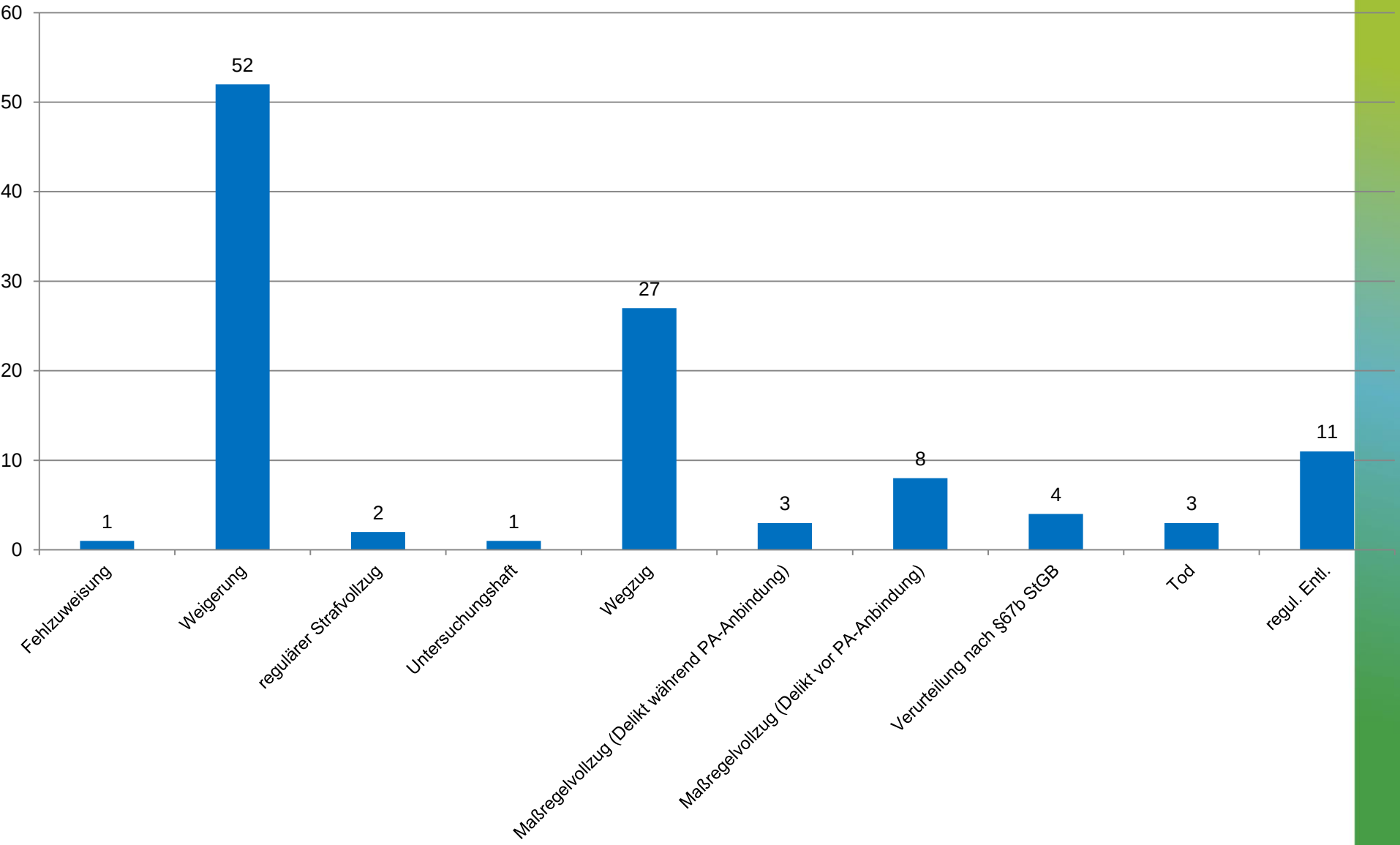
Zuweiser (n = 172)



Verteilung der Diagnosen (*n* = 172)
Stand Juli 2018



Aufteilung der Beendigungsgründe (n = 112)



Evaluation
Studiendesign und -durchführung

- **Quasi-experimentelles Kontrollgruppendesign mit mehreren Messzeitpunkten**
  - Vergleichbare Kontrollgruppe ohne Behandlung in der Präventionsambulanz aus dem Einzugsgebiet des BKH Erlangen (Rekrutierung über die Allgemeinpsychiatrie)
  - Gruppenzuordnung nach Wohnsitz
  - Testungen im halbjährlichen Abstand gegen Aufwandsentschädigung

KG

EG

Aufnahme → Austritt

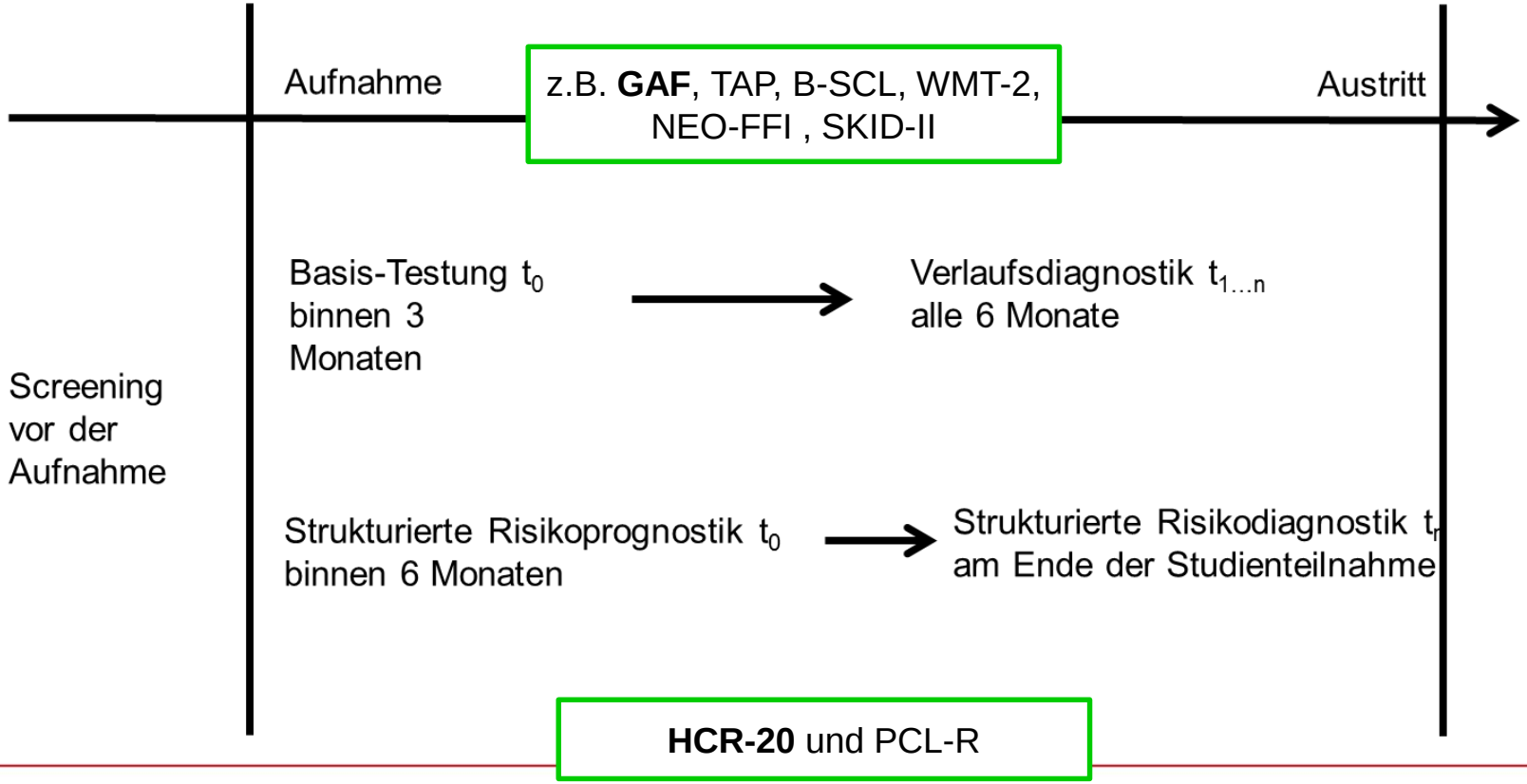
Screening vor der Aufnahme

Basis-Testung t_0 binnen 3 Monaten → Verlaufsdiagnostik $t_{1...n}$ alle 6 Monate

Strukturierte Risikoprognostik t_0 binnen 6 Monaten → Strukturierte Risikodiagnostik t_n am Ende der Studienteilnahme

Messinstrumente

- **Einsatz vielfältiger Messinstrumente:** Fremd- und Selbstbeurteilung, Leistungs-, Persönlichkeits- und Klinische Tests und Gewaltprognoseinstrumente, computergestützt und schriftlich



Fragestellungen

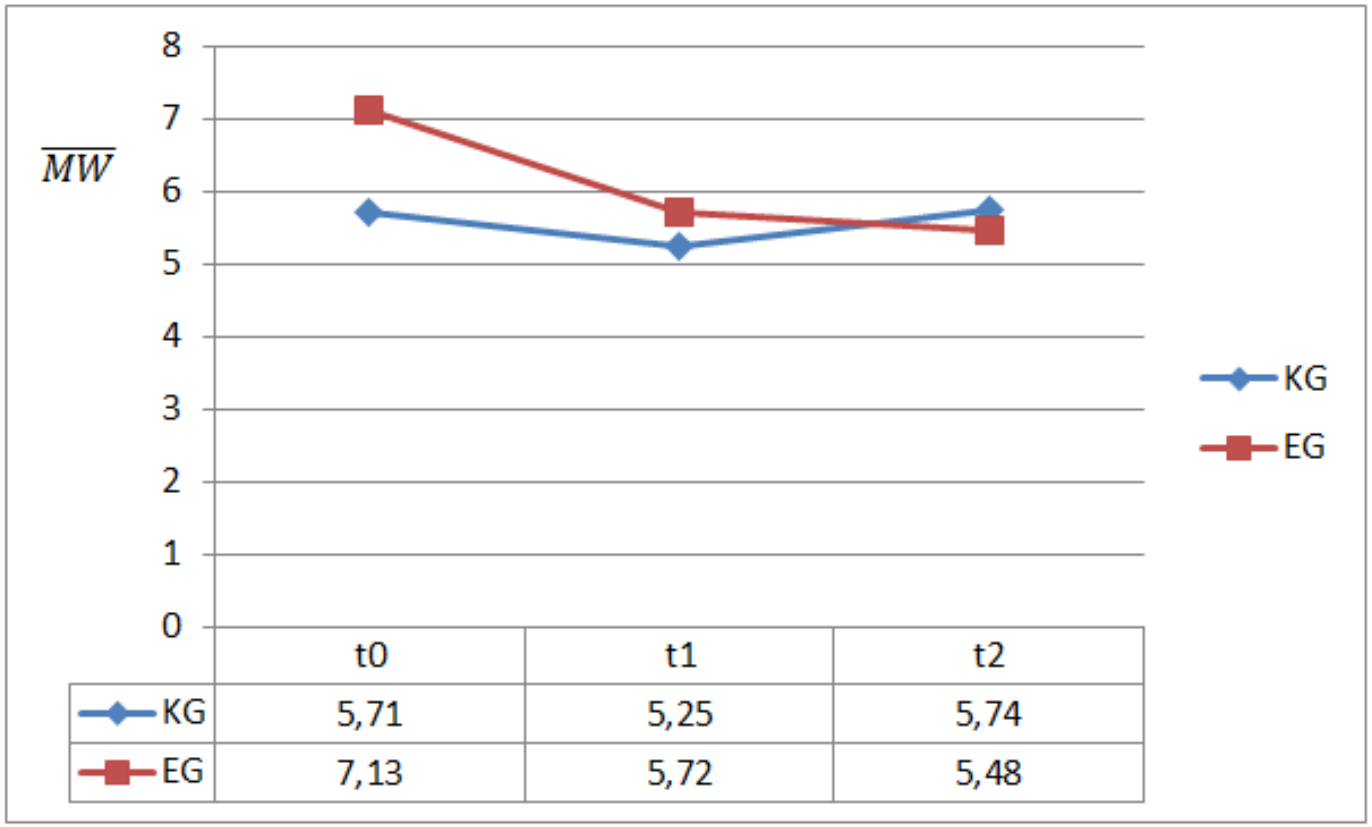
1. **Gewaltrisiko:** Geht das Gewaltrisiko im HCR-20 (vor allem im Risikomanagement) in der behandelten Gruppe innerhalb von sechs Monaten stärker zurück als in der unbehandelten Gruppe?

2. **Psychosoziales Funktionsniveau:** Nimmt das psychosoziale Funktionsniveau im GAF in der behandelten Gruppe innerhalb von sechs Monaten stärker zu als in der unbehandelten Gruppe?

Gruppen gematched

Experimentalgruppe: n = 70
Kontrollgruppe: n = 55

Abhängige Variable: R

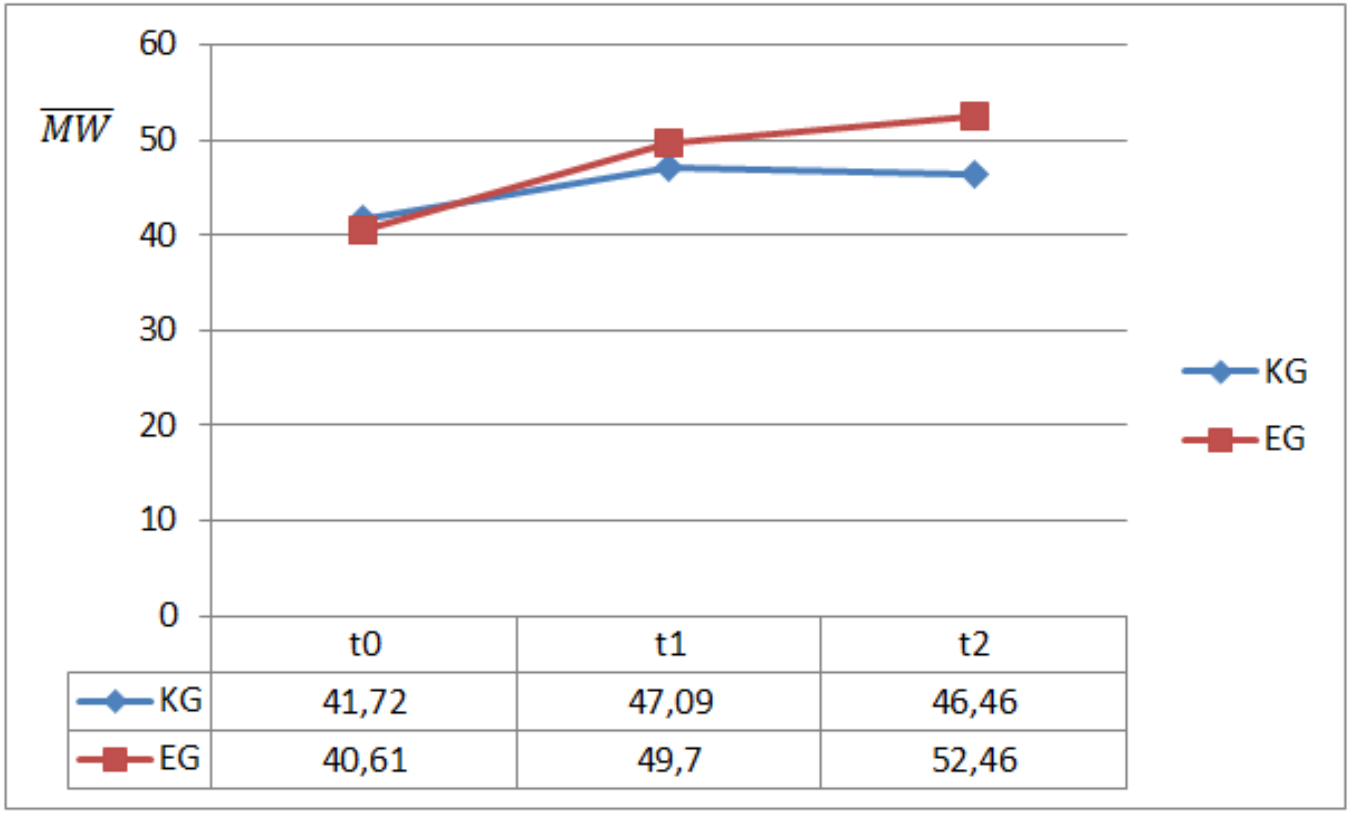


	t0	t1	t2
KG	5,71	5,25	5,74
EG	7,13	5,72	5,48

Gruppen gematched

Experimentalgruppe: n = 70
Kontrollgruppe: n = 55

Abhängige Variable: GAF



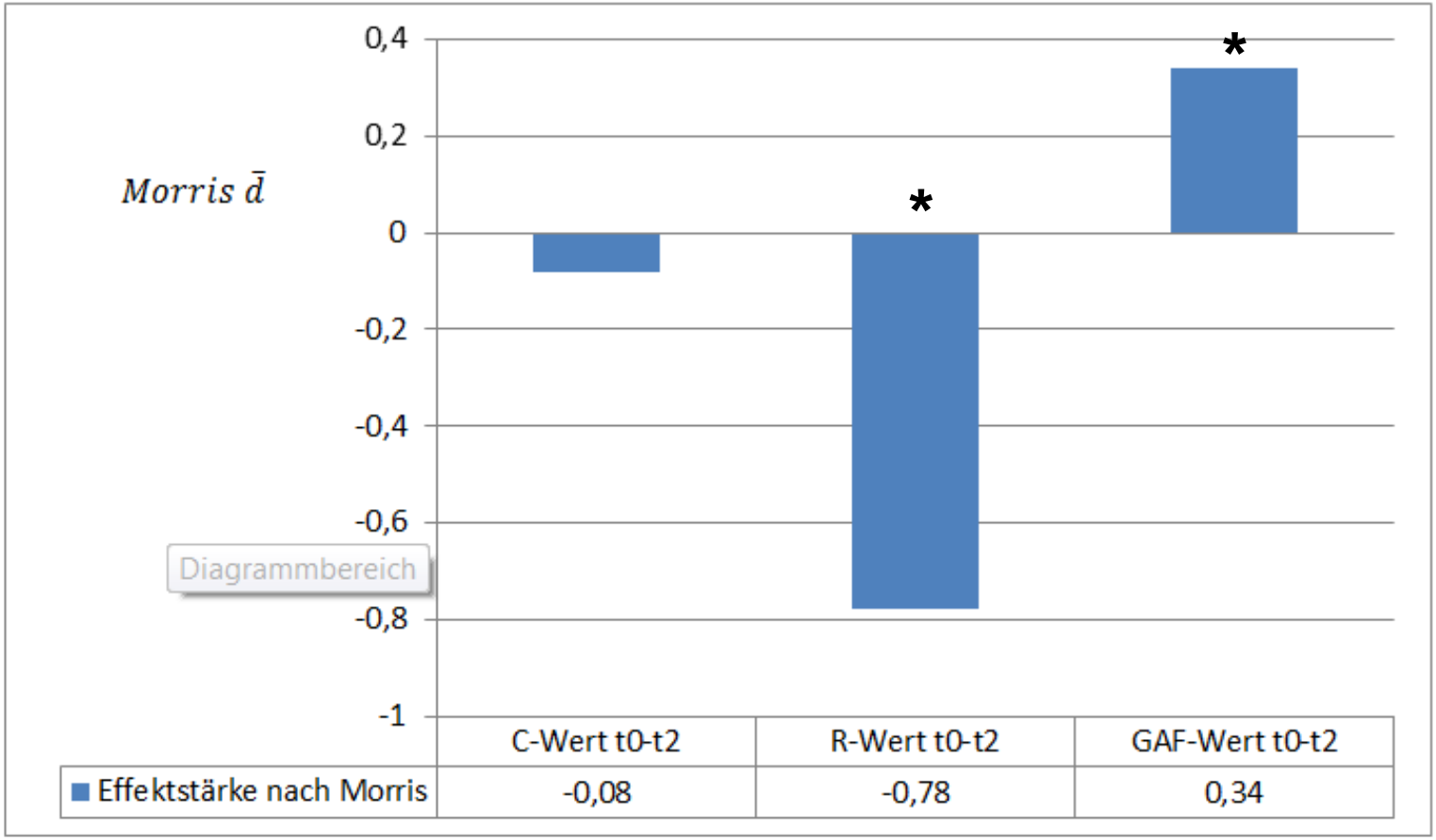
	t0	t1	t2
KG	41,72	47,09	46,46
EG	40,61	49,7	52,46

Datentabelle

Gruppen gematched

Experimentalgruppe: n = 70
Kontrollgruppe: n = 55

Mittlere Effektstärken nach Morris



Fallbeispiel

Herr D.
(Fortsetzung I)

Erstkontakt:

Erstgespräch:

Wahnhafte Denkinhalte, formale Denkstörungen, produktiv psychotische Symptomatik.

Platz in Einrichtung wurde gekündigt

Herr D.
(Fortsetzung II)

Gewaltrisiko:

Hauptrisikofaktoren:

Paranoide Schizophrenie, frühere Gewaltanwendung, Fehlen realisierbarer Pläne, medikamentöse Non-Compliance unter ambulanten Bedingungen

Herr D.
(Fortsetzung III)

Verlauf:

Anbindung und therapeutische Begleitung.
Regelmäßige Gespräche, Hausbesuche.
Pat. beendete Medikation unter ambulanten Bedingungen, brach Kontakt zum Betreuer ab.
Immer wieder Versuch, Pat. zu kontaktieren – trotz erheblicher Widerstände seitens des Pat. (auch sprachlich und kulturell).

Seit Mitte 2018 stabil und compliant hinsichtlich Medikation. 1. Arbeitsmarkt

Fazit und Ausblick

- Die Präventionsambulanz Ansbach hilft, Gewaltstraftaten zu verhindern
- Es handelt sich auch um Opferschutz!
- Ausweitung der Zielgruppe (z.B. Pat. mit geistiger Behinderung)
- Datenanalysen mit größeren Stichproben und mehr Messzeitpunkten
- Bayernweite Implementierung des Projekts
  (seit 01.01.2019 in PsychKHG)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Forensische Präventionsambulanz

Klinik für Forensische Psychiatrie
Bezirksklinikum Ansbach

0981/4653 2360
praeventionsambulanz@bezirkskliniken-mfr.de