

Rüdiger Müller-Isberner
Klinik für forensische Psychiatrie Haina

Bettenzunahme in der Forensik: Mögliche Ursachen und was man dagegen tun könnte

Kassel, 13.03.2006

1

Trends in der deutschen Psychiatrielandschaft

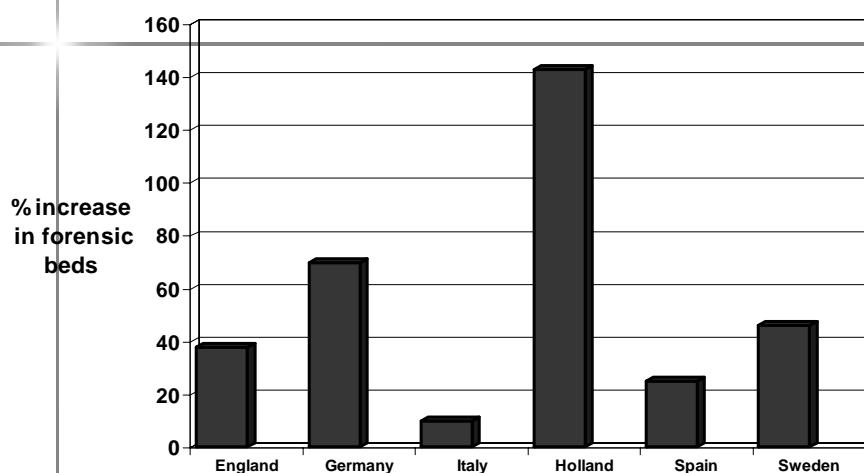
- # Betten in der Allgemeinpsychiatrie ↓↓
- # Plätze in Nachsorgeeinrichtungen ↑↑
- Das war erklärtes Ziel der Psychiatriereform 😊
- # Betten im psychiatrischen
Maßregelvollzug ↑↑↑↑↑
- 👉 Wer hat das gewollt? 😞 😞 😞

2

Das Problem existiert in ganz Europa

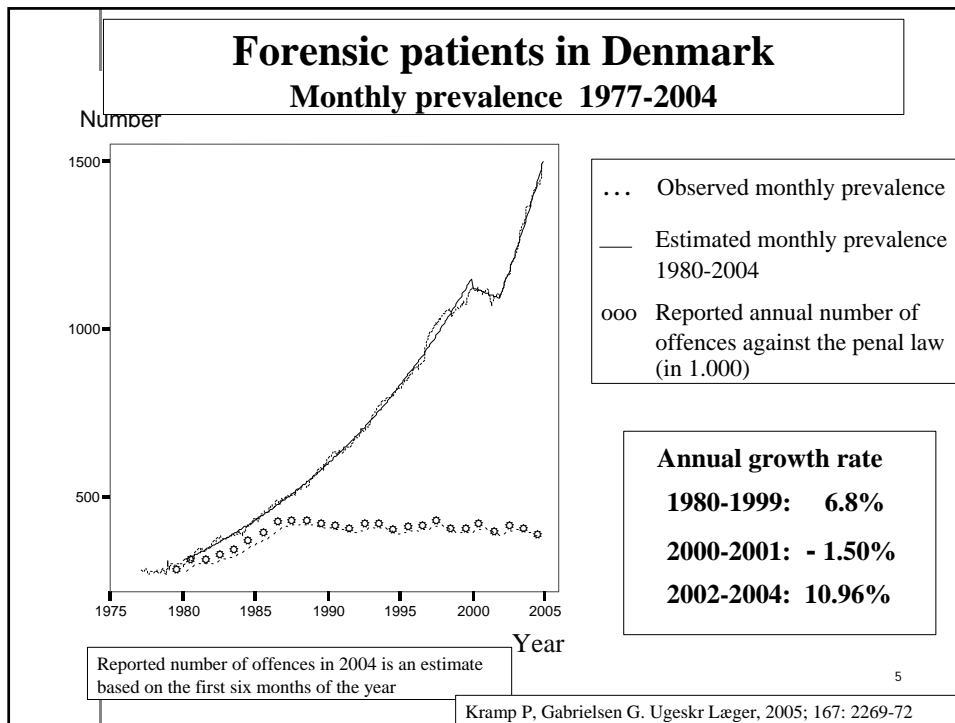
- Aus ganz Europa sind in den letzten 10 Jahren Anstiege zwischen 10 % (Italien) und 300 % (Österreich) berichtet worden
- siehe u.a.
 - Munk-Jørgenson, EurArchClinNeuroSc, 1999
 - Priebe, BritJPsych, 2003
 - Kramp, CBMH, 2004
 - Priebe et al, BritMedJ, 2005
 - Schanda und viele andere an vielen Orten.....³

INCREASE IN FORENSIC BEDS FROM 1990/91 TO 2002/03



Priebe et al., 2005.

Priebe et al, 2005⁴



Denmark & Ohio

Denmark		
■ 1980	8000 civil beds	300 forensic patients
■ 2004	3750 civil beds	1650 forensic patients
Summit County, Ohio		
■ 1988	178 civil beds	26 forensic patients
■ 1996	27 civil beds	45 forensic patients
		27 places in jail
Ohio, USA 1990-1996		
■ # of prisoners:		+ 43 %
■ # of mentally ill prisoners:		+ 285 %
■ Number of mentally ill prison inmates:		4.500
■ Number of patients in public hospitals:		1.200

6

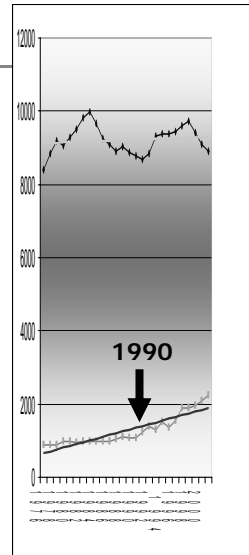
BRD

of offenders sentenced:

STABLE

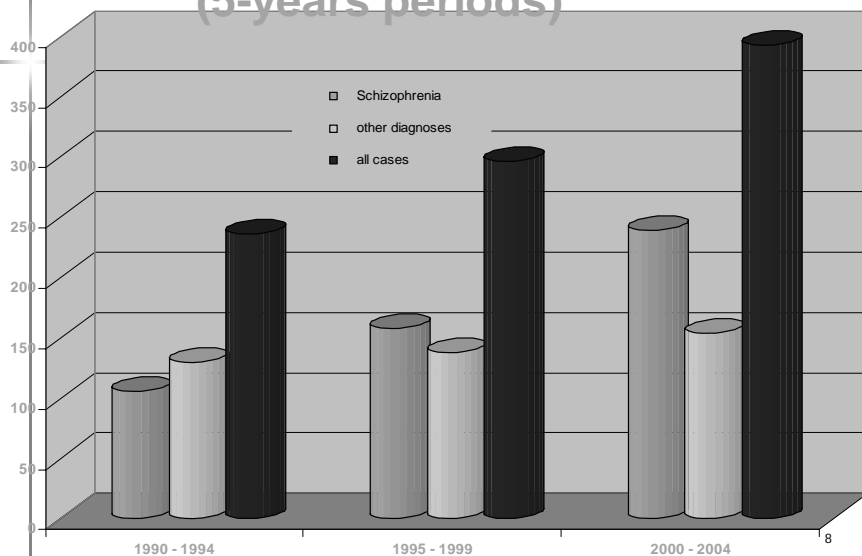
of sentences to forensic treatment (hospital order):

+ 150% in 15 years

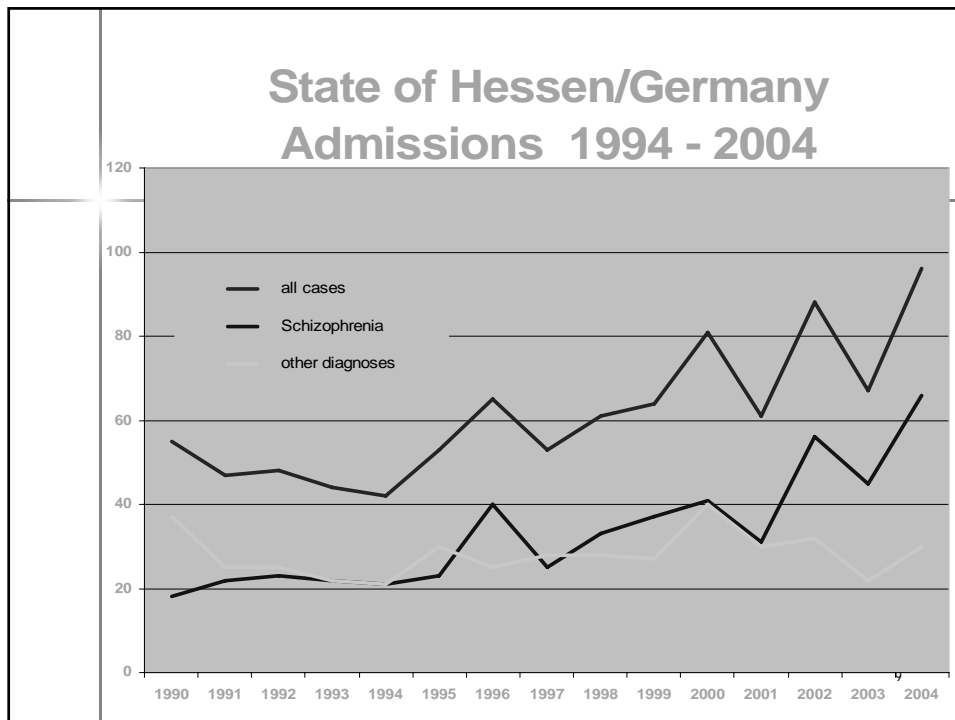


7

Forensic Admissions in Hessen (5-years periods)



8



Ist die De-Institutionalisierung die Ursache?

- Das wissen wir nicht!
- Dennoch:
 - In allen mitteleuropäischen Ländern ist die Bettenzahl in der Allgemeinpsychiatrie gesunken
 - In allen mitteleuropäischen Ländern ist die Bettenzahl in der Forensik gestiegen
 - eine kausale Beziehung liegt nahe

10

Die Deinstitutionalisierung führte auch zu einem anderen Umgang mit den Patienten

- **Die Psychiatriereform: Generell anderen Herangehensweise an psychisch Kranke**
 - mehr Selbstbestimmung
 - Betonung der Freiwilligkeit
 - weniger Fremdbestimmung
 - Toleranz für non-compliance
 - **Kürzere Verweildauern**
 - **'Disziplinäre Entlassungen' wenn der Patient**
 - nicht ins Konzept paßt
 - antisoziales und aggressives Verhalten zeigt
- eine kausale Beziehung liegt nahe

Es scheint,

**..... als sei der 'Boom' der Forensik die
Kehrseite der Psychiatriereform**

**..... daß wir uns über das Wachstum
der Forensik bereits in der
Ära der Re-Institutionalisierung
befinden!!**

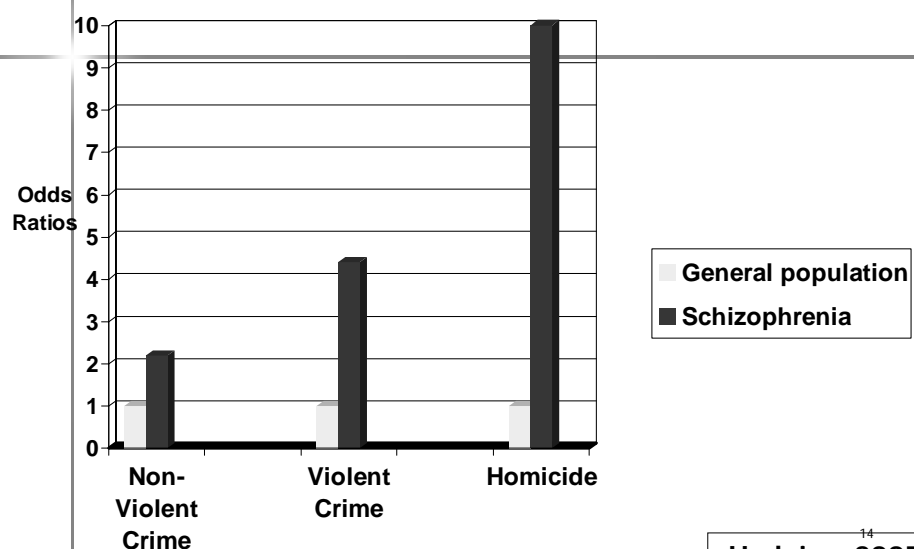
Wer wollte das?

Was können wir tun? (1)

- Zu allererst benötigen wir eine realistische Sichtweise bezüglich des Zusammenhanges von Kriminalität und psychischer Krankheit

13

CRIME BY MEN WITH AND WITHOUT SCHIZOPHRENIA



ROBUSTE DATENLAGE

Das Phänomen wurde beobachtet:

- Von verschiedenen Untersuchern
- An Daten aus verschiedenen Kohorten und Stichproben aus unterschiedlichen Ländern
- Unter Benutzung unterschiedlichster experimenteller Designs
 - Longitudinalstudien an Geburtskohorten in denen Kriminalitätsraten Schizophrener und Nicht-Schizophrener verglichen wurden
 - Bevölkerungsstichproben in denen Kriminalitätsraten Schizophrener und Nicht-Schizophrener verglichen wurde
 - Diagnoseerhebungen an verurteilten Straftätern
 - Diagnoseerhebungen an kompletten Kohorten von Tötungsdelinquenten

Hodgins, 2005

Was können wir tun? (2)

- Wir müssen lernen, jene Patienten der Allgemeinpsychiatrie zu identifizieren, die in Gefahr sind, Forensikpatienten zu werden
- Diesen Patienten müssen spezifische Angebote gemacht werden
- Wir brauchen Daten
 - Was sind die Risikomerkmale potentieller Forensikpatienten?
 - Ab welchem Zeitpunkt sind Risikopatienten identifizierbar?

→ Wir haben Daten!¹⁶

Risikomarker für zukünftige Kriminalität bei Schizophrenen der AP

- | | |
|--|-----|
| ■ → jede Vorstrafe !!! | *** |
| ■ Antisoziale Persönlichkeitsstörung | *** |
| ■ 'defective emotional experience' | *** |
| ■ Alkohol/Drogenmißbrauch/-sucht | *** |
| ■ Verhaltensprobleme (Gemeinde) | *** |
| ■ KJP-Dg: Störung d. Sozialverhaltens | *** |
| ■ KJP- od. Heimaufenthalt | ** |
| ■ Verhaltensprobleme zu Hause | ** |
| ■ Verhaltensprobleme Schule | * |
| ■ Erziehungsversagen d. Eltern | * |

Hodgins & Müller-Isberner (2004). BritJPsych, 185, 243-250

Ab wann können Risikopatienten identifiziert werden?

- **Spätestens mit 18. Lebensjahr**
 - Alkoholmißbrauch/-sucht
 - KJP-Diagnose: Störung d. Sozialverhaltens
 - Verhaltensprobleme zu Hause, in der Schule und in der Gemeinde
 - KJP- od. Heimaufenthalt
 - Erziehungsversagen d. Eltern
- **Spätestens ab Mitte 20**
 - Anti-/Dissoziale Persönlichkeitsstörung
 - Drogenmißbrauch/-sucht
 - 'defective emotional experience'

18

Was können wir tun? (3)

- Erklären die Behandlungsergebnisse der Allgemeinpsychiatrie die Zunahme an Forensikpatienten?

19

Ergebnisse der Behandlung

Hodgins et al, in Druck

- PANSS positive score ***
 - AP (18.8) > FP (10.9), AP-FP (12.4)
- Hamilton ***
 - AP (7.8) > FP (4.4), AP-FP (5.1)
- HCR-20: C-score **
 - AP (4.6) > FP (3.1), AP-FP (2.2)
- TCO ein oder mehr Symptome ***
 - AP (62%) > AP-FP (31%) > FP (6%)
- alle TCO Symptome ***
 - AP (17%) > FP (2%), AP-FP (7%)

20

Risiko bei allgemeinspsychiatrischen Patienten bei Entlassung

▪ HCR-20: H-score	9.2/20
▪ HCR-20: C-score	4.6/10
▪ HCR-20: R-score	5.2/10
▪ HCR-20: total score	19.0/40
▪ TCO ein oder mehr Symtome	62%
▪ alle TCO Symptome	17%
▪ PCL Score	11.8

--> dies spiegelt Risiken wider !!

21

Die Gefahr verwirklicht sich!

- **Aggressives Verhalten innerhalb von 2 Jahren nach Entlassung**
- Kriterium: Mindestens eine Gewalthandlung gegen eine andere Person:
 - AP 32.9%
 - AP-FP: 16.3 %
 - FP: 20.0 %
- $X^2(2, 202) = 6.91, p = .032$

22

Schlußfolgerung

- **Die Allgemeinpsychiatrie entläßt viele ihrer Patienten heute in einem sehr kranken Zustand und mit etlichen Risikomeerkmalen für Gewalt**

23

Was können wir tun? (4)

- **Risikomanagement !!**

24

Wie identifizierte Risiken abgewendet werden können

- **Assertive stationäre Behandlungen**
 - Effektive Pharmakotherapie ausreichender Dauer
 - Psychosoziale Interventionen (Training sozialer Fertigkeiten, integrierte Doppel-diagnose-Behandlungen, kognitive Therapie)
 - Übernahme von Elementen der kognitiv-behaviouralen Straftäterbehandlung
- **Assertive Nachsorge in der Gemeinde**
 - Hochstrukturiert, intensiv, aufsuchend
 - Intoleranz für Non-compliance
 - Intoleranz für Substanzgebrauch

25

Zusammenfassende Schlußfolgerungen

- Patienten, die mit dem Risiko Straftaten zu begehen behaftet sind, können in der AP identifiziert werden
- Potentielle zukünftige Klienten des Maßregelvollzuges sind identifizierbar
- Technologien zur Risikominimierung sind verfügbar

..... prinzipiell

26

Sind die Ergebnisse aus der FP die AP übertragbar?

- Unterscheiden sich die Patienten ?
(Wenn wir Psychosekranke betrachten)
→ Nein!
- Unterscheiden sich die Behandlungsverfahren?
→ Nein!
- Unterscheiden sich die Herangehensweisen?
→ Ja das könnte man aber ändern!
- Unterscheiden sich die rechtlichen Grundlagen?
→ Ja das könnte man aber ändern!

27

Was müßte geschehen?

AP müßte bereit sein,

- das Kriminalitätsrisiko (einiger) ihrer Patienten zum 'Thema' zu machen
 - Identifikation von Risikopatienten
 - Adressierung kriminogener Faktoren
 - beides beinhaltet Lernprozesse!!
- AP müßte materielle und rechtliche Ressourcen bekommen, um
 - Risikopatienten ausreichend lange und intensiv stationär und ambulant behandeln zu können
 - Non-Compliance zu durchbrechen
 - Änderung bestehender Regelungen!!

28

Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Ambulante Behandlungsaufgaben auch in der AP

→ Die Erfahrung der FP ist eindeutig:
Ambulante Kriminalitätsprävention funktioniert, braucht aber eine klare rechtliche Basis

Ambulante Behandlungsaufgaben verhindern nicht nur kriminelles Verhalten, sondern auch stationäre Wiederaufnahmen

29

'Out-patient commitment' ist derzeit in vielen Staaten ein Thema

- **Australien, Groß-Britannien, viele US-Staaten** (z.B.: New York: Kendra's Law, Kalifornien: Laura's Law, Florida: Baker Act), **Israel, Kanada, Neu Seeland**
- Das best evaluierte Programm stammt aus **North Carolina** (37 publizierte Studien).
- **Übersicht:**
Swartz MS, Swanson JW (2004). Canadian Journal of Psychiatry, 49, 585-591

30

North-Carolina 'Out-Patient Commitment'-Studien ZUSAMMENFASSUNG

OPC

- verringert die Anzahl von Krhs-Aufnahmen
- verringert Gewalt, Festnahmen, Viktimisierung und die Belastung der Familien
- steigert die Compliance und die Lebensqualität der Betroffenen
- ist bei Psychosekranken am effektivsten
- muß lange andauern
- funktioniert nur im Zusammenhang mit intensiver und hoch-frequenter Nachsorge

31

.... ambulante Behandlungsaufgaben in der AP

- Würden auch bei uns zu einer Reduzierung der Zahl von Straftaten psychisch Kranker führen
- Dies würde die Zahl der Einweisung in den Maßregelvollzug wirksam reduzieren

32

.... Nebeneffekt

**.... mehr als jede Anti-Stigma
Kampagne**

**... tragen Maßnahmen, die das
Kriminalitätsrisiko psychisch
Kranker senken, dazu bei, diese
Menschen zu de-stigmatisieren**

33