

Risiken und Erfolge ambulanter forensisch-psychiatrischer Behandlung

Prof Dr med Birgit Völm MRCPPsych DiplForPsych PhD
Direktorin Klinik für Forensische Psychiatrie
Universität Rostock

Inhalt

- Forensische Psychiatrie
 - Historische Entwicklung
 - Einige Zahlen
- Zentrale Behandlungsprinzipien
- Forensisch-psychiatrische Nachsorge
- Ambulante Nachsorge in Deutschland
- Ambulante Nachsorge in Rostock

Forensische Psychiatrie

Forensische Psychiatrie

- Teilgebiet der Psychiatrie
- Aufgaben
 - Begutachtung: Schuldfähigkeit, Prognose („risk assessment“)
 - Behandlung
 - Verringerung des Rückfall-Risikos (der „Gefährlichkeit“)
- Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und gesellschaftlichen Erwartungen („Dual role dilemma“)
- Behandlung in Gefängnissen, forensisch-psychiatrischen Kliniken und ambulant
- Typischerweise Personen mit verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit

Historische Entwicklung

- Sonderregelungen für psychische kranke Straftäter lange etabliert
 - Code Hammurabi (1750 v. Chr.) - Strafmilderung
 - Römisches Recht
 - Allgemeines Landrecht für die Preußischen Staaten 1794: „Wer frey zu handeln unvermögend ist, bei dem findet kein Verbrechen, also auch keine Strafe statt.“
- Ende 18./Beginn des 19 Jh.: Beginn der Auseinandersetzung mit psychischem Zustand des Täters, Begutachtungswesen
- Herausbildung von speziellen forensisch-psychiatrischen Kliniken
 - Mitte 19. Jh. in England
 - Maßregelvollzug in Deutschland: ‚Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung‘ 1933: zweispuriges System
 - Strafe -> Gefängnis
 - Sicherung und Besserung -> Forensisch-psychiatrische Klinik

Relevante Veränderungen

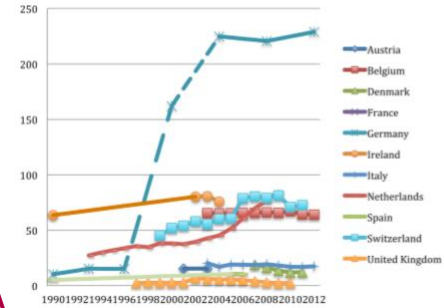
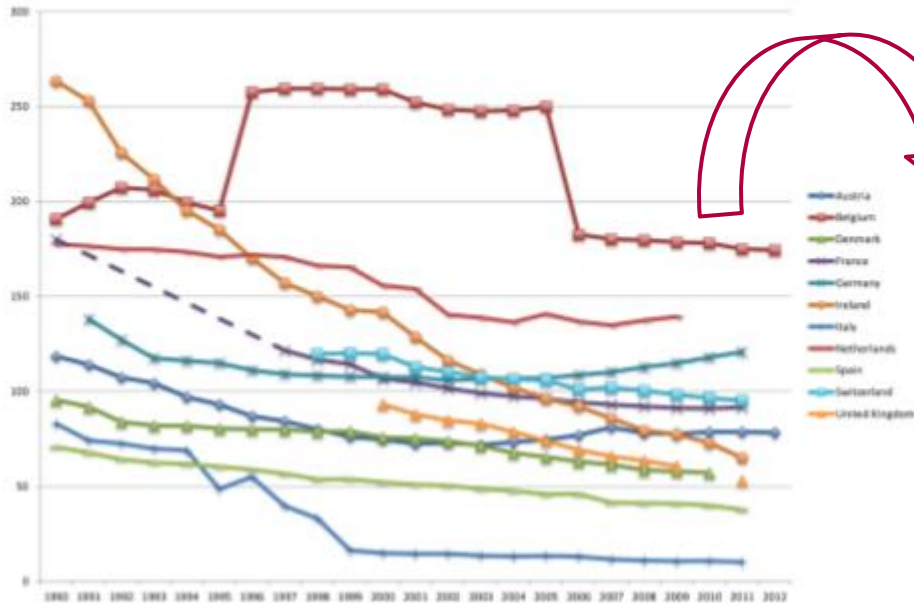
- Sicherung – Besserung
- Therapeutischer Optimismus / Entwicklung von Therapieprogrammen
 - Reasoning & Rehabilitation
 - Sex Offender Treatment Programm, etc.
- Risikoabschätzung / Prognose
- Deinstitutionalisierung / Längere und mehr Unterbringungen Forensik
- Entwicklung von forensischen Ambulanzen
- Standards
 - Gutachten (Boetticher et al., 2006)
 - Ambulanzen (Freese et al., 2014)
 - Maßregelvollzug (Müller et al., 2017)
- Rechtliche Entwicklungen: mehr Patientenrechte

Deinstitutionalisierung

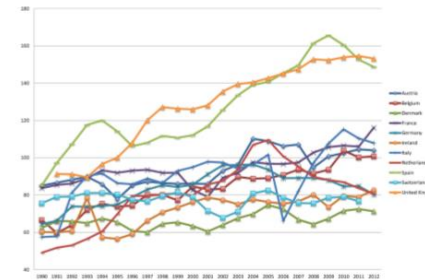
- Trend zur Deinstitutionalisierung
 - Abkehr von großen Einrichtungen
 - sinkende Bettenzahl in der Allgemeinpsychiatrie seit den 1990er Jahren
 - Italien schaffte psychiatrische Kliniken ab
- Aber: Zunahme von Betten im forensischen Bereich
 - Beispiel Deutschland: Anstieg von ca. 2.5 auf 10 Betten pro 100,000 Einwohner (Chow & Priebe, 2016)

Reinstitutionalisierung?

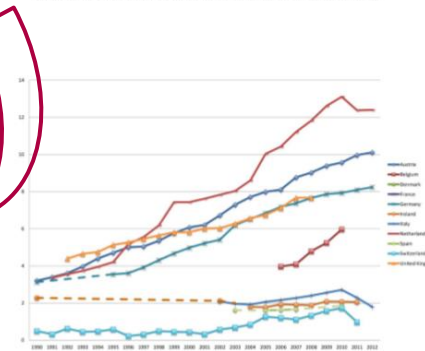
Allgemeinpsychiatrische Betten



Heime



Strafvollzug



Forensische Betten

(Chow & Priebe, 2016)

Rechtliche Grundlagen Maßregelvollzug

■ § 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung:

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen

- einer krankhaften seelischen Störung,
- einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung,
- Schwachsinn
- 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 erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Rechtliche Grundlagen Maßregelvollzug

- §63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus:
Verminderte Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit + Risiko weiterer schwerer Straftaten (festgestellt i.d.R. durch eine/n Gutachter/in), „für die Allgemeinheit gefährlich“.
- §64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt:
Straftat als Resultat einer Substanzstörung (nicht zwingend verminderte/aufgehobene Schuldfähigkeit) + Risiko weiterer schwerer Straftaten, ausreichender Behandlungserfolg

Einige Zahlen

- 76 Kliniken (öffentliche und private Träger)
- Anzahl untergebrachter Patienten im Maßregelvollzug (Statistisches Bundesamt, 2015)
 - Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB): 6540
 - Entziehungsanstalt (§ 64 StGB): 3822
- Aufenthaltsdauer: 6 – 10 Jahre

Forensische Patienten

- Typische Merkmale:
 - Kindheit: Heimaufenthalte, Misshandlungen, Auffälligkeiten in Familie und Schule
 - Berufstätigkeit: Schwierigkeiten im Berufsleben, häufig keine längerfristige Beschäftigung ausgeübt
 - Soziale Beziehungen: Bindungsstörung, kriminogenes Umfeld, häufig selber Opfer
 - Kriminalität: zahlreiche Vorstrafen

Forensische Patienten

- Diagnosen: häufig schwerwiegende, langandauernde Erkrankungen, Komorbidität
- §63 StGB: Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ca. 40%), Persönlichkeitsstörungen (ca. 32%), Intelligenzminderung (ca. 6%)
 - Hoher Anteil komorbider Substanzgebrauchsstörung (ca. 33%), Grenzbegabung und antisoziale PS
- § 64 StGB: Polytoxikomanie
 - Hoher Anteil komorbider Persönlichkeitsstörungen, v. a. antisoziale PS (je nach Publikation 25-70%)

Zentrale Behandlungsprinzipien

Organisation und Methoden der Behandlung

- Differenzierung nach Sicherheitsgrad und Behandlungsbedürftigkeit (Behandlungsstand, Diagnosen)
- Multidisziplinäres Team
- Konzentration auf risikorelevante Faktoren
- Behandlungsmethoden
 - Medikamente
 - Psychologische Interventionen: KVT, DBT, DBT-F
 - Problem-/Deliktspezifische Gruppenangebote: R&R, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Emotionales Kompetenztraining, Sexualstraftätergruppe, Antiaggressionstraining
 - Ergotherapie/Arbeitstherapie

Risikomanagement



- Risikofaktoren

- Statisch = unveränderbar, z.B. Geschlecht, Anzahl der Vorstrafen, etc.
- Dynamisch = veränderbar → Faktoren, auf die sich die Behandlung konzentrieren sollte



- Protektive Faktoren

„Risk Need Responsivity“ Modell

- Risk principle: Die Intensität der Behandlung richtet sich nach dem individuellen Risiko
 - Wer ist zu behandeln?
- Need principle: Die Behandlungsziele werden an den kriminogenen Faktoren ausgerichtet
 - Was ist zu behandeln?
- Responsivity principle: Behandlung an individueller Anprechbarkeit orientiert (z. B. kognitive Fähigkeiten, Motivation, kultureller Hintergrund)
 - Wie ist zu behandeln?

Kriminogene Faktoren (Andrew & Bonta)

- Antisoziales Verhalten
- Antisoziale Persönlichkeit
- Antisoziale Kognitionen
- Antisozialer Umgang
- Familiäre Probleme
- Probleme in Schule und Beruf
- Freizeitverhalten
- Alkohol-/Drogenmissbrauch



Big four

Good Lives Modell (Ward, 2002)

- Ursprung in positiver Psychologie
- Ressourcenorientiert
- Grundannahmen
 - Alle Menschen haben ‚primary goods‘, die sie erreichen wollen
 1. Leben
 2. Wissen
 3. Kompetenz in Freizeit
 4. Kompetenz in Arbeit
 5. Selbstbestimmtheit
 6. Innerer Friede
 7. Verbundenheit
 8. Gemeinschaft
 9. Spiritualität
 10. Freude / Genuss
 11. Kreativität
 - Straftäter erreichen diese durch dissoziale Weise
 - Therapie muss sie mit Fähigkeiten ausstatten, die die Erreichung der primary goods auf proziale Weise ermöglicht
- Verbesserung positiver Fähigkeiten, nicht nur Unterdrückung dysfunktionaler Verhaltensweisen-> Fokussierung auf positive Lebensziele (statt Straftataufarbeitung)

Protektive Faktoren

Name:		Nummer:	Datum:	
Alter:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		
Hintergrund der Risikoeinschätzung:				
Internale Items		Wert	Schlüssel	Ziel
1.	Intelligenz		<input type="checkbox"/>	
2.	Sichere Bindung in der Kindheit		<input type="checkbox"/>	
3.	Empathie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Coping		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Selbstkontrolle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivationale Items		Wert	Schlüssel	Ziel
6.	Arbeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Freizeitaktivitäten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Finanzmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Behandlungsmotivation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Einstellung gegenüber Autoritäten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Lebensziele		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Medikation <input type="checkbox"/> nicht zutreffend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externale Items		Wert	Schlüssel	Ziel
13.	Soziales Netzwerk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Intimbeziehung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Professionelle Hilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Wohnsituation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Aufsicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forensisch - psychiatrische Nachsorge

Der sicherste Ort für ein Schiff ist der Hafen. Doch dafür sind Schiffe nicht gemacht.

(William G. T. Shedd)

Aufgaben von Nachsorge

- Behandlung in einem weniger restriktiven Setting
 - Mehr Autonomie, Selbstbestimmung, etc.
 - Ressourcensparend
- Reintegration in die Gemeinschaft
- Weiterführung Risikomanagement
 - Fortlaufende Kontrolle

Einige Schwierigkeiten...

- Kontrolle vs. Eigenverantwortung
- Hospitalisation
- Umgang mit Traumata aus der Zeit der Unterbringung
- Therapeutenwechsel
- Alte und neue Risiken
 - Neue Technologien
- Ablehnung der Patienten durch andere Hilfeerbringer (Gemeindepsychiatrie)
- Ca. 75% der schizophrenen Patienten nehmen nach 18 Monaten keine Medikamente mehr
- Schulden
- Soziales Netz
 - Dysfunktional
 - Opfer
- Stigma
 - Unterkunft
 - Arbeit
 - Freizeit

Internationale Modelle forensischer Nachsorge

- Allgemeine psychiatrische Ambulanz
- Forensisch geschulte MitarbeiterInnen im allgemeinpsychiatrischen Team
- Komplette separate forensische Teams
- Nachsorge durch Personal der entlassenden Einrichtung

Gemeinsame Elemente

- Kooperation mit Polizei und/oder Justiz (Bewährungshilfe)
- Risikoerfassung und –management
- Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Multidisziplinäre Teams
 - Psychiatrie, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Suchtberatung
- Unterstützung hinsichtlich Unterkunft, Arbeit, etc.
- Verschiedene Behandlungsangebote (Psychotherapien)

Therapien: Survey in England und Wales

(Judge et al., 2002)

Table 3 Treatments and services offered by community forensic teams

<i>No. of teams:</i>	<i>Offering treatment (%)</i>	<i>Treatment available but provided outside team (%)</i>	<i>Treatment not offered (%)</i>
Anger management	14(56)	7(28)	4(16)
Cognitive behaviour Therapy	13(52)	7(28)	5(20)
Personality disorder treatment	10(40)	4(16)	11(44)
Sex offender treatment	9(36)	7(28)	9(36)
Psychodynamic therapy	5(20)	8(32)	12(48)
Family therapy	5(20)	7(28)	13(52)
Substance misuse treatment	4(16)	8(32)	13(52)
Other	3(12)	1(4)	21(84)

Aufsuchende Behandlung: Forensisches ACT (ForACT)

- Verortung des Angebotes in der Gemeinde
- Mobilität aller Mitarbeiter (Führerschein)
- Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Hohe Kontaktfrequenz bei Bedarf
- Zugang zu verschiedenen Angeboten, einschl. Rehospitalisierung
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen

(Skipworth et al., 2002)

ForACT – Evidenz quantitativ

- Hinweise auf Wirksamkeit von ACT bei allgemeinspsychiatrischen Patienten, aber kaum bei forensischen Patienten (Skipworth et al., 2002; Kelly et al., 2017)
- Systematisches Review ForACT Programmen (Marquant et al., 2016)
 - Evidenz vielversprechend aber uneinheitlich

Table 2 Study characteristics and forensic and non-forensic (hospitalizations) outcome measures

	Study characteristics					Outcome measures			
	RCT design	Location	Experimental group (n)	Control group (n)	Duration study (months)	Forensic			Non-forensic
						Convictions	Arrests	Days detention	Hospitalizations
Cimino and Jennings (2002)	No	USA	18	NA	12	n=0	n=0	n=0	n=3
Cosden et al. (2005)	Yes	USA	137	98	18–24	ForACT=TAU	ForACT=TAU	ForACT=TAU	ForACT>TAU
Cusack et al. (2010)	Yes	USA	72	62	24	ForACT>TAU	ForACT>TAU	ForACT>TAU	NR
Davis et al. (2008)	No	USA	83	NA	60	NR	No effect	Decrease	n=60
Lamberti et al. (2004)	No	USA	60	NA	24	Decrease	Decrease	Decrease	Decrease
Lurigio et al. (2000)	No	USA	8	NA	12	NR	NR	Decrease	NR
McCoy et al. (2004)	No	USA	24	NA	NR	Decrease	Decrease	Decrease	Decrease
Parker (2004)	No	USA	83	NA	60	NR	EAR: 5%	n=0	EadmissR: 14.6%
Simpson et al. (2006)	No	New Zealand	105	NA	12–24	NR	n=1	n=0	19%
Smith et al. (2010)	No	USA	91	NA	48	NR	Arrest rate: 5%	NR	NR
Solomon and Draine (1995)	Yes	USA	60	140	12	NR	60%	ForACT<TAU	ForACT=TAU

NR not reported, NA not applicable, EAR estimated arrest rate, the arrest rate over the community tenure, EadmissR estimated admission rate, the admission rate over the community tenure

ForACT – Evidenz qualitativ

- Was Patienten als hilfreich beschreiben:
 - Kennenlernen von ForACT-Mitarbeitern schon vor der Entlassung
 - Unterstützung beim Ausprobieren verschiedener Unterkünfte
 - Unterstützung bei praktischen Dingen (Einkäufen, Suche nach Unterkunft, Gesundheitsversorgung)
 - Gleichbleibende Bezugsperson/-team auch bei erneuter zeitlich begrenzter Inhaftierung/Einweisung
 - Suchtberatung
 - Fürsprecherrolle gegenüber Polizei, Bewährungshilfe

Ambulante Nachsorge in Deutschland

Rechtliche Grundlagen

- Seit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht 2007 Bestandteil des Strafgesetzbuches
- §67d StGB – „Mit Entlassung ... tritt Führungsaufsicht ein.“
- Auf die Anordnung der Führungsaufsicht kann verzichtet werden (§67d Abs. 6 StGB)
- Weisungen (§68b Abs. 11 StGB)
 - Aufenthaltsort
 - Ausschlussgebiete
 - Verbot von Tätigkeiten oder Gegenständen
 - Regelmäßige Termineinhaltung
 - „keine alkoholischen Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich zu nehmen...“
- Forensische Ambulanz, Bewährungshilfe und Gericht sind untereinander von der Schweigepflicht entbunden

Modelle forensisch-psychiatrischer Ambulanzen

- Reine §63, §64 oder gemischte Ambulanzen
- §63
 - 23 Einrichtungen – 1888 Probanden (4 – 434)
 - Etwa 20% auch Entlassene aus Strafvollzug
 - Etwa 20% auch Jugendliche
- §64
 - 8 Einrichtungen – 364 Probanden (11 - 107)
- Gemischt
 - 38 Einrichtungen – 3643 Probanden (18 – 425)
 - Etwa 30% auch Entlassene aus Strafvollzug
 - Etwa 20% auch Jugendliche

(Freese, 2013)

Standards: Strukturqualität

- Eigenständige Organisationseinheit
- Ausreichende Ressourcen, inkl. EDV, Fahrzeuge
- Wechsel des Bezugstherapeuten
- Multiprofessionelles Team mit forensischer oder ausgeprägter gemeindepsychiatrischer Erfahrung
- Ausgewogenes Geschlechterverhältnis wird empfohlen
- 11 Probanden / Mitarbeiter
- Externe Supervision
- Fort-/Weiterbildung
- Vernetzung und Steuerung beteiligter Akteure
- Beteiligung an Forschung (z.B. Stichtagserhebungen) wird empfohlen

(Freese & Schmidt-Quernheim, 2014)

Standards: Prozessqualität

- Elektronische Dokumentation
- Orientierung an forensischen und allgemeinpsychiatrischen Behandlungsleitlinien, z.B. DGPPN
- Erstellung individueller Therapie-, Nachsorge- u. Wiedereingliederungspläne, mind. 1x/Jahr Überprüfung und ggf. Anpassung
- Vorgehen im Krisenfall
- Aufsuchende Kontakte sollten mind. 50% der Kontakte pro Patient ausmachen

Standards: Ergebnisqualität

- Messung von Erfolgsparametern problematisch
- Mögliche Erfolgsparameter
 - Anzahl vorzeitig beendeter forensisch-psychiatrischer Betreuungen (Erfolg)
 - erneute Delinquenz

Forensische Nachsorge in Rostock

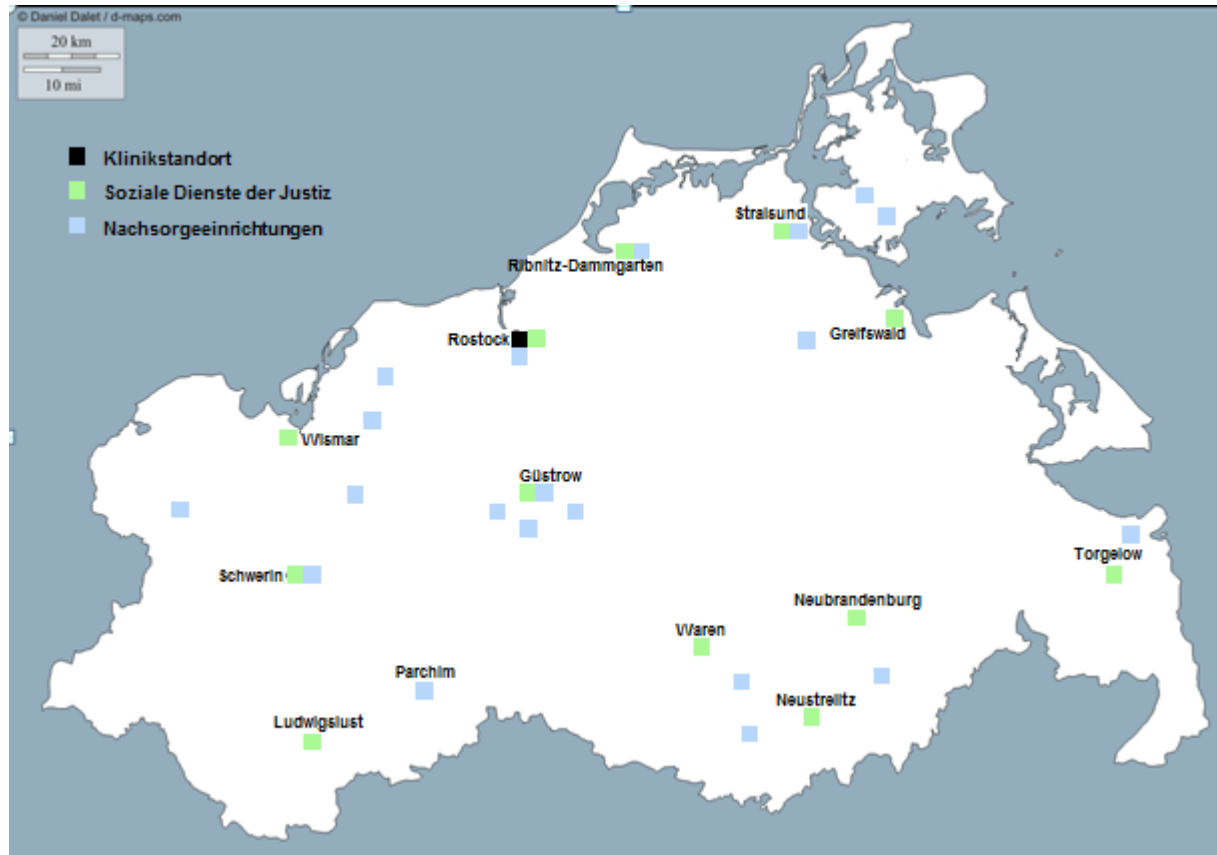
Forensische Nachsorge Rostock

■ Meilensteine

2001	Gründung der Klinik für Forensische Psychiatrie
Bis 2003	Teilnahme an der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft zur Forensischen Nachsorge (Dr. Freese, Hessen)
05/2003	Gemeinsamer PIA-Antrag mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock
Bis 2007	Einzelfälle ambulant über PIA durch Bezugstherapeuten weiterbehandelt (Freiwilligkeit und gute Anbindung an Rostock als Voraussetzungen)
2007/2008	„Graue“ forensische Ambulanzbehandlung von 10 ehemaligen Patienten durch vorherige Bezugstherapeuten
2009	Beginn der offiziellen Arbeit
2019	80 betreute Patienten

Forensische Nachsorge Rostock


- Einzugsgebiet



Ausstattung

- Eigene Räume im psychiatrischen Klinikgelände

- Personal

- Oberarzt 0,5
 - Psychologen 1,8
 - Sozialarbeiter 1,9
 - Pflegefachkraft 2
 - Kriminologin 1
- 
- 7,2

- Qualifikation von Personal

- fachliche Qualifikation (z.B. motivational interviewing, Risikoeinschätzung mittels HCR-20)
- Kontinuierliche fachspezifische Weiterbildungen

Kontakte

im Beschluss definierte Kontaktfrequenz	Anzahl Patienten mit definierter Kontaktfrequenz	Kontakte pro Jahr
14 tägig	35	913
einmal im Monat	24	288
alle 2 Monate	6	12
alle 3 Monate	1	4
	66	1217 + 726

- Vorwiegend §64 Patienten, 1/3 Persönlichkeitsstörung

Grundlagen und Prinzipien

- Umsetzung von Weisungen durch Termine in FIA und aufsuchende Kontakte
- Standardisierter Behandlungsplan, der forensische/ kriminologische Prinzipien widerspiegelt (z.B. RNR-Ansatz, Good Lives Model, Förderung protektiver Faktoren)
- Risikoeinschätzung mit HCR-20
- Case management
- Derzeit keine Therapiegruppen
- Medikamentöse Behandlung
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (z. B. Entgiftung, stationäre Nachsorge)
- Regelmäßige Berichte
- Krisenmanagement/-intervention

Probleme in der Praxis

- Antisoziale Persönlichkeit bleibt erhalten und ambulant schwierig anzugehen
- Frühe Rückfälle: Selbstüberschätzung, Frustration
- Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Bleibt nicht in Einrichtung
- Wohnraum
- Dissoziale Peers
- Freizeitverhalten
- Langer Prozess des Widerrufs, Einschreiten der Führungsaufsicht

Eher unproblematisch

- Arbeit
- Stigma
- Aufbau neuer Intimbeziehungen (aber protektiv?)
- Freizeitverhalten
- Freiwillige stationäre Behandlung

Evaluation

- Delikt-Rückfallquote mit Ambulanzweisung (N=41): **34,1%**
- Delikt-Rückfallquote ohne Ambulanzweisung (N=43): **51,2%**
- Durchschnittliche Dauer bis zum ersten Deliktrückfall: 13,3 Monate
- Durchschnittliche Anzahl der BZR-Eintragungen 1,9 (SD 2,4; 0-11)
- Registrierte Suchrückfälle: **85,4%**
 - **33%** einmalig bzw. zeitlich begrenzt (bei erhaltener Abstinenzmotivation)
 - **16,7%** Straftatrückfall vs. **47,8%** Straftatrückfall („Abstinenzmotivierte“ vs. „Nicht-Abstinenzmotivierte“)

→ Suchtmittelkonsum ist ein relevanter Risikofaktor für erneute Straftaten, aber Abstinenzmotivation entscheidend

(Passow et al., 2016)

Zusammenfassung

- Ambulante Versorgung in der forensischen Psychiatrie ist eine relative neue Entwicklung
- Erste Hinweise auf Effektivität
- Offene Fragen
 - Verkürzung der Behandlungsdauer oder nur verlängerte Kontrolle?
 - Welche Modelle sind am zielführendsten?
 - Outcome, auch längerfristig
 - Wie kann Stigma, auch bei Professionellen reduziert werden?
 - Wann sollte Überführung in die allgemeinspsychiatrische Versorgung stattfinden und für wen?
 - Einsatz von Technologie?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt

Prof. Dr. med. Birgit Völlm PhD

Klinik für Forensische Psychiatrie

Gehlsheimer Straße 20

18147 Rostock

Tel. 0381 494 4800

E-Mail: birgit.völlm@med.uni-rostock.de