

SCHIZOPHRENIE

Beiträge zu Forschung,
Therapie und
psychosozialem Management

Jahrgang 34

September 2018

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>Frauke Schultze-Lutter & Stefanie J. Schmidt</i> Die Empfehlungen der EPA zur Prävention von Psychosen: Hintergründe und Überblick.....	05
<i>Hanna Zajontz</i> Spezifische Aspekte der Behandlung schizophrener Patienten im Maßregelvollzug (MRV) gemäß § 63 StGB.....	21
<i>Bernhard Bogerts</i> Hirnbioologische Grundlagen gewalttätigen Verhaltens mit besonderer Berücksichtigung schizophrener Erkrankungen	29
<i>Ute Franz</i> 10 Jahre Maßregelvollzug sind genug?! Herausforderungen der Gesetzesnovelle der Unterbringung im Maßregelvollzug an das psychiatrische Versorgungssystem.....	41
<i>Thomas Frodl</i> Evidenz von stationsäquivalenter Behandlung: HomeCare oder HomeTreatment?.....	47

Mitteilungsorgan der *gfts*

Impressum

Herausgeber: Vorstand der „Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen“, *gfts e.V.*

Redaktionsteam: W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost
M. Boonen, Rheinische Landeslinik Bonn

Gestaltung: W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Druck: I. Plößl, Reha-Zentrum Rudolf-Sophien-Stift

Webseite: www.gfts.de

ISSN-Nr. 0938 -2720

SCHIZOPHRENIE

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>Frauke Schultze-Lutter & Stefanie J. Schmidt</i> Die Empfehlungen der EPA zur Prävention von Psychosen: Hintergründe und Überblick.....	05
<i>Hanna Zajontz</i> Spezifische Aspekte der Behandlung schizophrener Patienten im Maßregelvollzug (MRV) gemäß § 63 StGB.....	21
<i>Bernhard Bogerts</i> Hirnbioologische Grundlagen gewalttätigen Verhaltens mit besonderer Berücksichtigung schizophrener Erkrankungen	29
<i>Ute Franz</i> 10 Jahre Maßregelvollzug sind genug?! Herausforderungen der Gesetzesnovelle der Unterbringung im Maßregelvollzug an das psychiatrische Versorgungssystem.....	41
<i>Thomas Frodl</i> Evidenz von stationsäquivalenter Behandlung: HomeCare oder HomeTreatment?.....	47

Kongressankündigungen

September 2018 bis September 2019

Tagungen unter: www.zbmed.de >> Kongresskalender
 ZPID Kalender

Datum	Name der Veranstaltung	Tagungsort
08.09.2018 12.09.2018	26. Erfurter Psychotherapiewoche: Vertrauenskrisen in Psychotherapie und Gesellschaft; [www.psychotherapiewoche.de]	Erfurt (DE)
15.09.2018 20.09.2018	51. DGPs-Kongress: Psychologie gestaltet [www.dgps.de]	Frankfurt (DE)
20.09.2018 22.09.2018	18. Wiss. Jahrestagung der DGFS: Ich, Du und die anderen... [tagung2018@uni-oldenburg.de]	Oldenburg (DE)
21.09.2018 24.09.2018	132. Verhaltenstherapiewoche: Scham, die tabuisierte Emotion [lizon@ift-gesundheit.de]	Freiburg i.Br. (DE)
27.09.2018 29.09.2018	5th International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders [www.borderline-congress.org]	Barcelona (ES)
30.09.2018 04.10.2018	47. Lübecker Psychotherapietage - Leitthema: Das sogenannte Gute [kongress@luebeck-tourismus.de]	Lübeck (DE)
06.10.2018 09.10.2018	31. ECNP Congress - Europ. Coll. of Neuropsychopharmacology-The future of CNS treatments [barcelona2018@ecnp.eu]	Barcelona (ES)
11.10.2018 12.10.2018	gfts-Jahrestagung: Psychosen, Innen- und Außensicht [www.gfts.de]	Haar b. München (DE)
31.10.2018 04.11.2018	25. Psychotherapietage NRW: Familie - Bindung - Sexualität [www.psychotherapietage-nrw.de]	Bad Salzuflen (DE)
09.11.2018 11.11.2018	133. VT-Woche: Nutzen und Schaden von psychotropen Substanzen in der Psychotherapie [lizon@ift-gesundheit.de]	München (DE)
15.11.2018 17.11.2018	Jahrestagung der DGSP: ...Versorgung unter dem Gesichtspunkt gesellschaftlicher Ungleichheiten [info@dgsp-ev.de]	Magdeburg (DE)
28.11.2018 01.12.2018	DGPPN Kongress 2018, Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft [www.dgppnkongress.de]	Berlin (DE)
07.12.2018 08.12.2018	26. Wissenschaftliches Symposium für Psychotherapie [www.psychosomatik.lwl-uk-bochum.de]	Bochum (DE)
20.02.2019 23.02.2019	47th Annual Meeting INS: Embracing the Biopsychosocial Meeting Pot. [ins@the-ins.org]	New York (US)
07.04.2019 19.04.2019	Lptw 2019: 07.-12.04 Wahrheit, Gleich-Gültigkeit, Lüge 14.-19.04. Schöne digitale Welt? [www.lptw.de]	Lindau (DE)
03.05.2019 07.05.2019	Verhaltenstherapiewoche der IFT-Gesundheitsförderung [www.vtwoche.de]	Dresden (DE)
18.05.2019 22.05.2019	American Psychiatric Association (APA) 172nd Annual Meeting [www.psychiatry.org/]	San Francisco CA (US)
05.06.2019 07.06.2019	Internationales Symposium Forensische Psychologie und Psychiatrie (ISFPP)	Zürich (CH)
02.07.2019 05.07.2019	16th European Congress of Psychology [www.efpa.eu]	Moskau (RU)

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der **gfts**
 Jahrgang 34 (2018)

Neuerscheinungen Psychiatrie, Psychosen, Schizophrenie, Psychotherapie, 2017 und 2018

- Abgehängt und chancenlos? : Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen / Andreas Speck ; Ingmar Steinhart (Hg.). Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern. - Köln : Psychiatrie-Verl., 2018. - 165 S. : graph. Darst. - (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften)
ISBN 978-3-88414-682-8 / 3-88414-682-3 30,00
- Behandlungsverweigerung, Patientenautonomie und Zwangsmedikation / Franziska Hüther ; Susanne Jäger ; Tilman Steinert. - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2018. - 161 S. - (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften)
ISBN 978-3-88414-679-8 / 3-88414-679-3 30,00
- Wahnsinn um drei Ecken : eine Familiengeschichte / Kerstin Samstag ; Friederike Samstag. - Köln : BALANCE Buch + Medien Verlag, 2018. - 174 S. - (Balance Erfahrungen)
ISBN 978-3-86739-171-9 / 3-86739-171-8 16,00
- Psychiatrische Notfälle : Erstdiagnostik - Erstmaßnahmen - Einweisungsrichtlinien / Marc Walter ; Undine Lang. - 2., überarb. und erw. Aufl. - Landsberg/Lech : Ecomed, 2017. - 180 S. : graph. Darst.
ISBN 978-3-609-10359-4 / 3-609-10359-0 19,99
- Psychosen / Tania Lincoln. - Göttingen : Hogrefe, 2017. - VI, 106 S. : graph. Darst., 3 Kärtchen - (Fortschritte der Psychotherapie ; 67)
- ISBN 978-3-8017-2749-9 / 3-8017-2749-1 15,95
- Die Welt mit meinen Augen : persönliche Transformation durch Psychosen und Psychiatrie-Erfahrungen ; ein Heilungsweg / Verena Himmelblau. - Buchendorf : Gineiger, 2018. - 211 S. : Ill.
Selbstverlag, 21,00
- Der resiliente Mensch : wie wir Krisen erleben und bewältigen ; neueste Erkenntnisse aus Hirnforschung und Psychologie / Raffael Kalisch. - Berlin : Berlin-Verl., 2017. - 234 S. : Ill.
ISBN 978-3-8270-1350-7 / 3-8270-1350-X 22,00
- Resilient durch Yoga : psychische Erkrankungen umfassend behandeln / Maria Wolke. - Paderborn : Junfermann, 2017. - 243 S. : Ill + DVD - (Aktive Lebensgestaltung : Yoga)
ISBN 978-3-95571-566-3 / 3-95571-566-3 28,00
- Akutpsychiatrie : das Notfallmanual / Peter Neu. - 3., aktualis. und erw. Aufl., Stuttgart 2017
ISBN 978-3-7945-6987-8
- Klinikleitfaden Psychiatrie, Psychotherapie / Michael Rentrop ; Rupert Müller ; Hans Willner (Hrsg.). - 6. Aufl. 2017
ISBN 978-3-437-17216-8
- MKT+ Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose / Steffen Moritz ; Eva Krieger ; Francesca Bohn , Ruth Veckenstedt. - 2. Aufl. - Berlin : Springer, 2017. ISBN 978-3-662-

662-52998-0

Das Rätsel Schizophrenie : eine Krankheit wird entschlüsselt / Heinz Häfner. – 4., völlig neu bearb. Aufl. 2017
ISBN 978-3-406-69218-5

Stimmenhören und Recovery : erfahrungsorientierte Beratung in der Praxis / Joachim Schnackenberg ; Christian Burr. – 2017 – (Better Care, Band 6)
ISBN 978-3-88414-890-7

Die systemtheoretisch-psychologische Therapie zur Behandlung von Wahn und Halluzinationen / Manfred W. Kornberger ; Takuya Yanagida. – 2017 – (Springer Research)
ISBN 978-3-658-17734-8

Vom Anfang und Ende der Schizophrenie : eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept / Ludger Tebartz van Elst. – 2017
ISBN 978-3-17-031259-3

Genussverfahren / Eva Koppenhöfer. 2018 – (Techniken der Verhaltenstherapie)
ISBN 978-3-621-28557-5

Die Empfehlungen der EPA zur Prävention von Psychosen: Hintergründe und Überblick

Frauke Schultze-Lutter¹ & Stefanie J. Schmidt^{2,3}

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

² Universität Bern, Abteilung für Klinische Psychologie, Bern, Schweiz

³ Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern Schweiz

Zusammenfassung:

Die Prävention von Psychosen im Sinne der Früherkennung und Frühbehandlung vor ihrer Erstmanifestation hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Dabei bieten vor allem die attenuierten und transienten Positivsymptome gemäß den „ultra-high risk“-Kriterien und das Basissymptomkriterium „Cognitive Disturbances“ vielversprechende Ansätze für eine indizierte Prävention und wurden als diagnostische Kriterien eines Psychoserisiko-Syndroms im Rahmen des „Guidance“ Projekts der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung (EPA) empfohlen. Vor dem Hintergrund bestehender Interventionsstudien wurde zudem im Rahmen der EPA „Guidance“ zur Frühbehandlung psychotherapeutischen, insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen der Vorzug gegenüber pharmakologischen gegeben und ein Primat der Behandlung bestehender komorbider psychischer Störungen und psychosozialer Probleme vor der Prävention potentiell zukünftiger Störungen empfohlen.

1 Hintergrund

Psychosen stellen nicht zuletzt aufgrund steigender Zahlen ein zunehmendes Gesundheitsproblem in Europa dar. So waren 2005 lediglich 3,7 Millionen Erwachsene betroffen, 2011 hingegen schon 5 Millionen (Wittchen et al., 2011). Psychosen treten mit ihrem Vollbild erstmals meist im frühen Erwachsenenalter auf, und insbesondere schizophrene Psychosen weisen selbst bei Remission der Positivsymptomatik einen oftmals ungünstigen Verlauf mit langfristigen kognitiven und funktionellen Einbußen auf (Remberk et al., 2015). Sie sind damit eine Hauptursache der für Behinderung adjustierten Lebensjahre (Gore et al., 2011) und eine der teuersten Erkrankungen (Gustavsson et al., 2011). Ein ungünstiger Verlauf ist dabei wiederholt mit der Dauer der unbehandelten Psychose bzw. der unbehandelten Erkrankung assoziiert worden (Marshall et al., 2005; Schaffner et al., 2012). Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung von psychotischen Störungen, wie sie seit Mitte der 1990er Jahre im Rahmen einer

indizierten Prävention bei Personen mit ersten Anzeichen der anlaufenden Störung, die wegen psychischer Beschwerden Hilfe suchen, verfolgt wird (Klosterkötter, 2014; Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2008).

2 Ansätze zur Früherkennung von Psychosen

Der indizierte Präventionsansatz scheint für psychotische Störungen nicht nur wegen des meist schleichenden Beginns – mit einer durchschnittlich fünf- bis sechsjährigen Prodromalphase (Schaffner, et al., 2012) – ein vielversprechender Ansatz, sondern auch wegen der guten Ab-

grenzbarkeit der einzelnen Erkrankungsphasen, in denen das Auftreten psychotischer Positivsymptome (mit vollständiger Überzeugung und ohne Zweifel gehaltener Wahn, als reale Stimuli erlebte Halluzinationen, formale Denkstörungen) den Übergang zur manifesten Erkrankung kennzeichnet (Abb. 1). Für die Detektion eines klinisch erhöhten Risikos für die Entwicklung einer psychotischen Erstmanifestation werden derzeit hauptsächlich zwei alternative Kriterienansätze eingesetzt – die „ultra-high risk“ (UHR) Kriterien und die Basis-symptom-Kriterien (Abb. 1), die beide vorwiegend an erwachsenen Patienten-

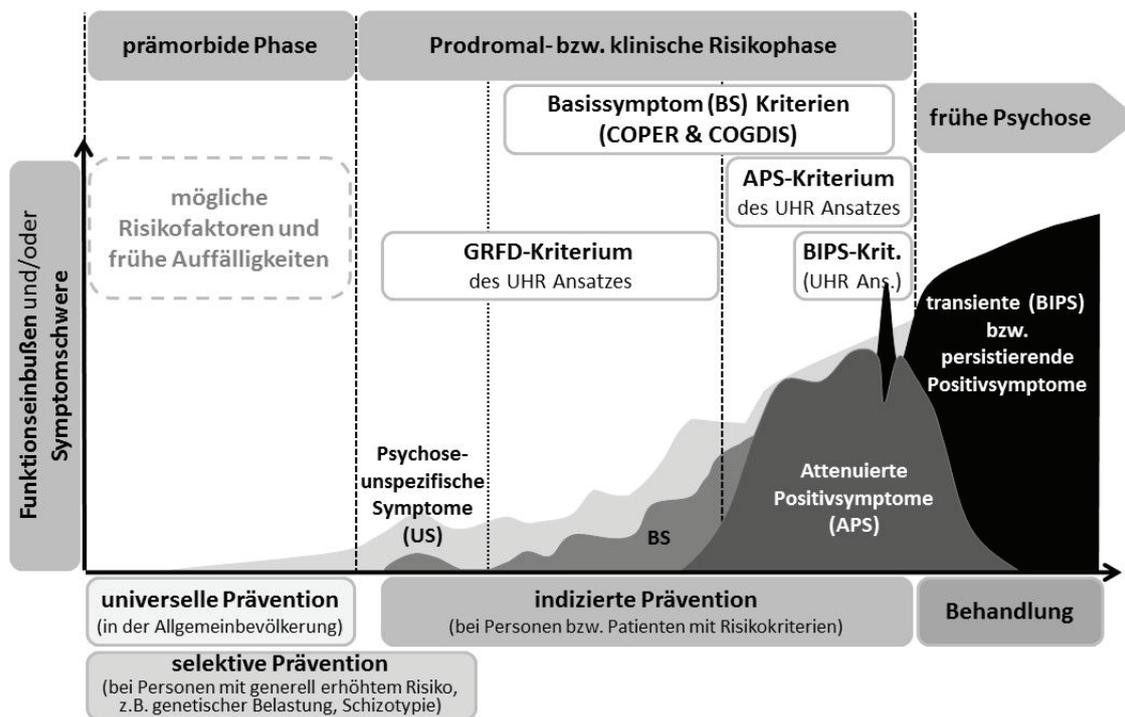


Abb. 1: Modell der frühen Stadien von Psychosen (mod. nach Schultze-Lutter et al., 2017)
 COPER: „Cognitive-Perceptive Basic Symptoms“ Kriterium; COGDIS: „Cognitive Disturbances“ Kriterium; UHR: ultra-high risk; GRFD: genetisches Risiko und funktionelle Defizite

stichproben entwickelt und validiert wurden (Schultze-Lutter et al., 2011, 2015, 2017).

2.1 Die „ultra-high risk“ (UHR) Kriterien

Die UHR-Kriterien umfassen im Allgemeinen, trotz teils unterschiedlicher Operationalisierungen drei Kriterien (Schultze-Lutter et al., 2015):

- ◆ Attenuierte Positivsymptome (APS), die neben halluzinatorischen und wahnhaft anmutenden Phänomenen, in deren abnorme Natur noch Einsicht gezeigt wird, und leichtere Störungen des formalen Gedankenganges, die noch auf Strukturierungshilfen ansprechen, auch positive Schizotypie-merkmale (Beziehungsideen, Argwohn oder paranoide Vorstellungen, seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen einschließlich körperbezogener Illusionen sowie seltsame Denk- und Sprechweise) umfassen. APS sind in Studien zu UHR-Kriterien übereinstimmend und unabhängig von ihrer jeweiligen Operationalisierung das bei Weitem am häufigsten berichtete UHR-Kriterium, das zumeist von 80% oder mehr UHR-Patienten erfüllt wird (Schultze-Lutter et al., 2015).
- ◆ Kurze, spontan remittierende, intermittierende Positivsymptome (BIPS) ohne noch vorhandene Einsichtsfähigkeit, die in ihrer Dauer und Häufigkeit noch nicht die diagnostischen Kriterien für eine spezifische psychoti-

sche Störung erfüllen – und in der ICD-10 lediglich daher als F28, „sonstige nichtorganische psychotische Störungen“, oder F29, „nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose“, kodiert werden könnten.

- ◆ Die Kombination von einem genetischen Risiko (meist definiert durch das Vorliegen eines erstgradigen Angehörigen mit Psychose oder das Vorliegen einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung) und signifikanten Funktionseinbußen (GRFD) sowie weiteren psychischen Beschwerden, die nicht für sich genommen ein erhöhtes Psychoserisiko anzeigen wie etwa depressive, Zwangs- oder Angstsymptomatik.

Trotz der meist langjährigen Dauer des initialen Prodroms einer Psychose war bei der Entwicklung der UHR-Kriterien nicht zuletzt aus studentischen Gründen Nachdruck auf ein eher unmittelbar drohendes Übergangrisiko in eine Psychose binnen eines Jahres gelegt und damit auf einen eher späten Abschnitt der Prodromalphase fokussiert worden (Abb. 1). Zwei spezialisierte Erhebungsinstrumente für die UHR-Kriterien werden bislang am häufigsten verwendet: das australische „Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States“ (CAARMS; Yung et al., 2006) und das nordamerikanische „Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes“ (SIPS; McGlashan et al., 2010), dessen für die UHR-Kriterien relevante Abschnitte auch ins Deutsche übersetzt wurden (Schultze-Lutter & Ruhrmann,

2008).

2.2 Die Basissymptomkriterien

Basissymptome sind definiert als feine, selbst wahrgenommene, subklinische Störungen des Affekts, des Antriebs, der Stresstoleranz, der Denk- und Sprachprozesse, der Wahrnehmung und der Motorik, die vor der psychotischen Erstmanifestation, aber auch im weiteren Verlauf zwischen und vor sowie während psychotischer Episoden auftreten können (Schultze-Lutter, 2016; Schultze-Lutter & Koch, 2010; Schultze-Lutter et al., 2017). Generelle Ausschlusskriterien für die Erfassung von Basissymptomen sind eine mögliche organische Genese, ein Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Drogen, insbesondere von Cannabis und Ketamin, oder mit einer Medikamenteneinnahme. Darüber hinaus müssen Basissymptome generell von Betroffenen selbst unmittelbar als Veränderung gegenüber dem „normalen“ prämorbidem Erleben und mentalen bzw. affektiven Funktionsweisen wahrgenommen werden.

Basissymptome unterscheiden sich damit definitorisch von psychischen Zuständen, die Betroffene als Teil ihres „normalen“ prämorbidem Selbst betrachten, und sind damit deutlich von subtilen Defiziten bzw. Auffälligkeiten abgrenzbar, wie sie als überdauernde „trait“-Merkmale bei Personen mit genetisch bedingtem Risiko bzw. schizotypischer Persönlichkeitsstruktur beschrieben wurden. Darüber hinaus lassen sich Basissymptome gut von APS und BIPS bzw. manifesten Positivsymptomen differenzieren, da sie nicht wie

eigenartige Denk- und Sprechweisen oder formale Denkstörungen von außen beobachtbar sein müssen. Zudem werden Basissymptome von Betroffenen selbst als Störung eigener Erlebnisweisen bzw. Funktionen wahrgenommen und – anders als bei ungewöhnlichen Wahrnehmungserlebnissen oder Halluzination – zu keinem Zeitpunkt als externer Stimulus erlebt. Zudem betreffen sie lediglich Denkprozesse und nicht Denkinhalte, wie dies etwa bei magischem Denken, Beziehungsideen, paranoidem Erleben bzw. erhöhtem Misstrauen und Wahnerleben oder Ich-Störungen der Fall ist. Auch unterscheiden sich Basissymptome deutlich von (expressiven) Negativsymptomen in ihrer heutigen Erfassung als funktionelle, von außen beobachtbare Defizite, da phänomenologisch ähnliche, nicht in die Kriterien eingegangene Basissymptome explizit nicht von außen beobachtbar sein müssen, sondern vollständig über das subjektive Erleben erfasst werden (Schultze-Lutter, 2016; Schultze-Lutter & Koch, 2010; Schultze-Lutter et al., 2017).

Von der Vielzahl beschriebener Basissymptome zeigten sich in einer Langzeitstudie mit durchschnittlich knapp zehnjährigem Verlauf 14 Basissymptome soweit Psychose-prädiktiv, dass sie Aufnahme in zwei Risikokriterien fanden, die explizit zum Ziel haben, ein Psychose-Risiko möglichst frühzeitig – also möglichst zu Beginn des Prodroms – zu erfassen (Klosterkötter & Schultze-Lutter, 2001; Schultze-Lutter, 2016; Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2008):

-
- ◆ Kognitiv-perzeptive Basissymptome (COPER, „Cognitive-Perceptive Basic Symptoms“): Vorliegen mindestens eines der folgenden zehn Basissymptome mit einem Auftreten von mindestens einmal in der Woche in den letzten drei Monaten und einem erstmaligen Auftreten – unabhängig von der Auftretenshäufigkeit – vor mindestens einem Jahr: Gedankeninterferenz, zwangähnliches Perseverieren bestimmter Bewusstseinsinhalte, Gedankendrängen und -jagen, Gedankenblockierung inkl. Fadenverlieren, Störung der rezeptiven Sprache, Störung der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen bzw. von Phantasie- und Erinnerungsvorstellungen, Eigenbeziehungstendenz, Derealisation, optische Wahrnehmungsstörungen (ohne Überempfindlichkeit und Verschwommensehen) und akustische Wahrnehmungsstörungen (ohne Überempfindlichkeit).
 - ◆ Kognitive Störungen (COGDIS, „Cognitive Disturbances“): Vorliegen von mindestens zwei der folgenden neun Basissymptome mit einem Auftreten von mindestens einmal in der Woche in den letzten drei Monaten (vgl. auch Tab. 1): Gedankeninterferenz, Gedankendrängen und -jagen, Gedankenblockierung, Störung der rezeptiven Sprache, Störung der expressiven Sprache, Störung der Symbolerfassung, Eigenbeziehungstendenz, Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu spalten, und Fesselung durch Wahrnehmungsdetails.
- 2.3 Übergangsraten in eine Psychose der einzelnen Risikokriterien**
- 2.3.1 Übergangsraten in UHR-Stichproben**
- Unabhängig vom verwandten Erhebungsinstrument – zumeist CAARMS oder SIPS – und entgegen der ursprünglichen Erwartung eines hauptsächlichlichen Übergangs in eine Psychose binnen eines Jahres zeigten sich in einer ersten auch die Einzelkriterien unterscheidenden Metaanalyse (Schultze-Lutter et al., 2015) über die Zeit ansteigende Übergangsraten in UHR-Stichproben von knapp 10% und 15% nach einem halben bzw. einem Jahr bis hin zu 25% und 37% bei Beobachtungszeiträumen von 4 Jahren und mehr, wobei die Studien eine signifikante Heterogenität hinsichtlich der Übergangsraten aufwiesen (Abb. 2). Bei der Betrachtung der einzelnen UHR-Kriterien zeigte sich ein signifikanter Effekt für die APS- und BIPS-Kriterien, wohingegen die Übergangsraten in reinen GRFD-Subgruppen nicht signifikant gegenüber Patienten ohne UHR-Kriterien erhöht waren. Zudem waren die Übergangsraten bei Risikopatienten mit BIPS noch einmal signifikant höher als bei Risikopatienten mit APS, wobei die Werte für BIPS-Übergangsraten bei einem Jahr aufgrund der Tatsache, dass diese lediglich eine Studie mit nur drei Patienten mit BLIPS abbilden, vernachlässigbar ist (siehe Abb. 2) Insgesamt zeigten die UHR-Kriterien – insbesondere die symptomatischen UHR-Kriterien mit APS und BIPS – damit ein gegenüber der geschätzten jährlichen Neuerkrankungsrate von Psy-

chosen in der Allgemeinbevölkerung von etwa 0.035% sowie gegenüber Patienten ohne Risikosymptomatik gemäß den UHR-Kriterien deutlich erhöhtes Psychoseisiko an (Schultze-Lutter et al., 2015).

Patienten mit COPER zeigten in der gleichen Metaanalyse (Schultze-Lutter et al., 2015) bei einem und zwei Jahren den UHR-Kriterien vergleichbare gepoolte Übergangsraten von 15% und 21%, zu anderen Messzeitpunkten lagen jeweils nur Daten aus einer Studie vor (Abb. 2). Eine größere Anzahl von Studien fand sich zu COGDIS, das stei-

2.3.2 Übergangsraten in Basissymptom-Stichproben

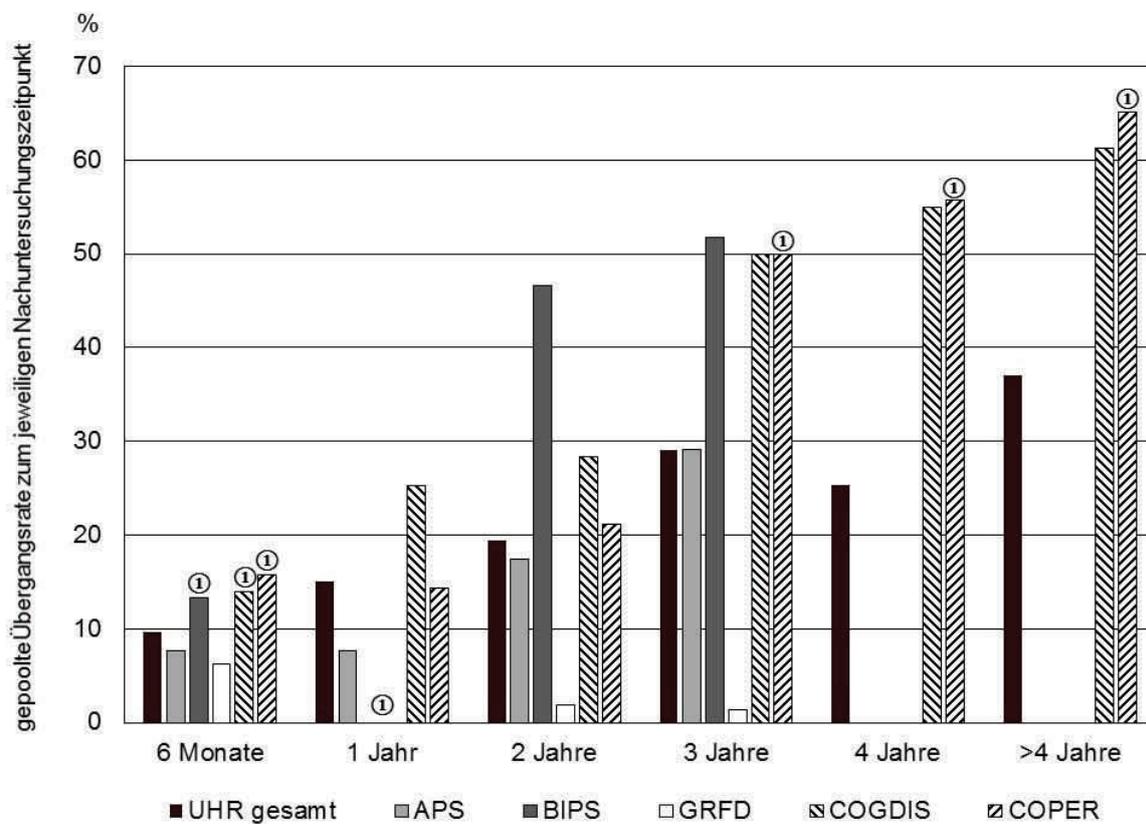


Abb. 2: Übergangsraten in eine manifeste Psychose in Stichproben mit UHR- und/oder Basissymptom-Kriterien, Resultate einer Metaanalyse (Schultze-Lutter et al., 2015)

UHR: ultra-high risk; GRFD: genetisches Risiko und funktionelle Defizite; APS: attenuierte psychotische Symptome; BIPS: kurze, intermittierende psychotische Symptome; COPER: Cognitive-Perceptive Basic Symptoms; COGDIS: Cognitive Disturbances: nicht gepoolte, lediglich auf einer Studie beruhende Übergangsraten

Beachte: Da sich die Übergangsraten zu den einzelnen Zeitpunkten und Risikogruppen auf unterschiedliche Stichproben/Studien beziehen, kann es zu scheinbar widersprüchlichen Ergebnissen kommen, z.B. Einbrüchen in den Übergangsraten im weiteren Verlauf.

gende gepoolte Übergangsraten von 25% im ersten Jahr zu 61% nach mehr als vier Jahren aufwies (Abb. 2). Dabei waren die Übergangsraten in COGDIS-Stichproben ab dem dritten Beobachtungsjahr signifikant höher als in UHR-Stichproben (Schultze-Lutter et al., 2015). Damit erscheinen die Basissymptomkriterien und insbesondere COGDIS ebenfalls sehr gut für die Früherkennung von Psychosen geeignet.

2.3.4 Alterseffekte auf klinische Risikosymptome

Im Hinblick auf die UHR-Kriterien – zu meist in Form von APS – fanden sich in Sensitivitätsanalysen der Metaanalyse der Übergangsraten (Schultze-Lutter et al., 2015) deutliche Alterseffekte, wobei reine Kinder- und Jugendstichproben deutlich geringere Raten als altersgemischte Stichproben von meist älteren Adoleszenten und Erwachsenen und reine Erwachsenenstichproben aufwiesen – lediglich knapp bzw. gut 10% nach einem und zwei Jahren und nur etwa 15% nach mehr als vier Jahren. Inwieweit sich ein solcher die Übergangsraten senkender Alterseffekt auswirkt, scheint auch bei Kindern und Jugendlichen von der Zusammensetzung der Stichprobe abhängig zu sein, da in nach den UHR-Kriterien selektierten Kinder- und Jugendstichproben mit einem eher hohen Prozentsatz von BIPS die Übergangsraten durchaus an die von UHR-Erwachsenenstichproben (mit meist geringerem BIPS-Anteil) heranreichen können. So wurde in einer italienischen Kinder- und Jugendstichprobe von UHR-Patienten, von denen 14% BLIPS auf-

wiesen, eine Übergangsrate von 20% nach einem Jahr berichtet, wobei das Vorliegen von BIPS in Kombination mit einer eigenartigen Denk- und Sprechweise eine Psychose vorhersagte (Armando et al., 2015).

Diese geringeren Übergangsraten stehen vermutlich im Zusammenhang mit entwicklungspezifischen Aspekten in der Prävalenz und Krankheitswertigkeit von UHR-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen (Schultze-Lutter & Schmidt, 2016). So fand sich in der 8- bis 40-jährigen Allgemeinbevölkerung des Schweizer Kantons Bern ein vergleichsweise hohes Auftreten von attenuierten Halluzinationen und ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse bei 8- bis 15-Jährigen, die mit einer Odds Ratio von 7,7 deutlich häufiger waren als bei 16- bis 40-Jährigen (Schimmelmann et al., 2015). Dieser Befund konnte auch in einer Patientengruppe des Berner Früherkennungszentrums repliziert werden (Schultze-Lutter et al., 2017). Hinsichtlich anderer APS, vorwiegend ungewöhnliche und/oder paranoide Denkinhalte, fand sich kein Alterseffekt auf die Prävalenzrate, jedoch ein Zusammenhang mit dem Alter hinsichtlich der Assoziation zwischen diesen APS und einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau, die in der jüngeren Altersgruppe (8-15 Jahre) deutlich schwächer war und damit für diese Altersgruppe eine geringere Krankheitswertigkeit anzeigt. Damit scheint sich ein differentieller Altersschwellenwert in der Häufigkeit und der klinischen Wertigkeit von APS um den Übergang von der mittleren zur späteren Adoleszenz anzudeuten, unterhalb dessen

wahrnehmungsbezogene APS häufiger vorzukommen und andere, vor allem Denkinhalte betreffende APS eine geringere klinische Relevanz zu besitzen scheinen (Schimmelman et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2017). Ein ganz ähnlicher Altersschwelenwert zeigte sich zudem in der Psychose-prädiktiven Stärke von APS in einer neueren amerikanischen Studie mit durchschnittlich dreijährigem Nachverfolgungszeitraum an kinder- und jugendpsychiatrischen Risikopatienten mit APS-Kriterien (Cornblatt et al., 2015). Gegenüber einer Übergangsrate von 16% in der Gesamtstichprobe der 12- bis 22-Jährigen wies hierin die Teilstichprobe der 12- bis 14-Jährigen mit nur 3% eine signifikant geringere Übergangsrate in eine Psychose auf als die mindestens 15-Jährigen.

2.3.2 Alterseffekte auf Basissymptome

Gegenüber dieser Befundlage zu etwaigen alters- bzw. entwicklungsbezogenen Besonderheiten bei APS oder psychotischen Symptomen steht die Erforschung von solch etwaigen Besonderheiten bei Basissymptomen noch ganz am Anfang. So zeigte sich etwa eine von Erwachsenenstichproben völlig verschiedene dimensionale Strukturierung von Basissymptomen in Kindern und Jugendlichen mit einer „early-onset“ Psychose (Schultze-Lutter et al., 2012, 2016), die zu der bislang einzigen Entwicklung eines Früherkennungsinstruments speziell für diese Altersgruppe führte, dem Schizophrenia Proneness Instruments, Child and Youth version (SPI-CY; Schultze-Lutter & Koch, 2010; Fux et al, 2013). Hinsichtlich etwai-

ger Alterseffekte bei den zu COPER und COGDIS zählenden kognitiven und perceptiven Basissymptomen deuteten sich in vorläufigen Analysen in derselben schweizerischen Allgemeinbevölkerungsstichprobe, in der zuvor Alterseffekte auf APS untersucht worden waren (Schimmelman et al., 2015), ebenfalls differentielle Alterseffekte hinsichtlich Häufigkeit und Krankheitswertigkeit der Kriterien-relevanten Basissymptome an, die von denen der APS abwichen: Visuelle und akustische Basissymptome erscheinen hiernach bei unter 18-Jährigen, kognitive Basissymptome hingegen bei Personen unterhalb der frühen 20er Jahre häufiger und weniger krankheitswertig zu sein (Schultze-Lutter et al., 2016).

2.4 Empfehlungen der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung zur Früherkennung

Basierend auf der Metaanalyse der Übergangsraten von Schultze-Lutter und Kollegen (2015) wurden 2015 von der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung (EPA) im Zuge ihres „Guidance“ Projektes erstmals differentielle Empfehlungen für die Beurteilung eines Risikostadiums für eine Psychose herausgegeben (Tab. 1; Schultze-Lutter et al., 2015), die auch maßgeblich die entsprechenden Empfehlungen der DGPPN in der derzeit noch in Arbeit befindlichen Revision ihrer Behandlungsleitlinien für Schizophrenie prägen. Trotz erster Hinweise auf eine gute Psychose-prädiktive Stärke von COPER wurde dieses Kriterium wegen der mangelhaften Zahl von Studien hierin bisher nicht empfohlen; aus dem gleichen Grund gab es noch

keine Empfehlung hinsichtlich einer möglichen Risikostratifizierung durch die Kombination von Risikokriterien und der epidemiologischen Befunde zur Häufigkeit und Krankheitswertigkeit von APS in der Allgemeinbevölkerung zur Vorsicht in der Interpretation von UHR-Kriterien bei Kindern und jüngeren Adoleszenten geraten (vgl. Empfehlung 5, Tab. 1; Schultze-Lutter et al., 2015). UHR-Kriterien oder nur COGDIS berichtet hatten (Schultze-Lutter, 2016). Hingegen wurde aufgrund der signifikant gerin-

Tabelle 1: Die klinischen Empfehlungen der EPA Guidance für eine Früherkennung von klinischen Risikostadien für eine Psychose (Schultze-Lutter et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2017; übersetzt ins Deutsche von: F. Schultze-Lutter).

EMPFEHLUNG 1: RISIKOKRITERIEN (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass die folgenden drei klinischen Risikokriterien alternativ für die Früherkennung einer Psychose verwandt werden sollten, wenn das Vorliegen einer derzeitigen oder früheren Psychose und die Verursachung der Risikosymptomatik durch eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen wurde:

(1) Mindestens ein attenuiertes psychotisches Symptom (**APS**), das die zusätzlichen Anforderungen der SIPS oder der vor 2006 publizierten CAARMS erfüllt (s.u.):

- ungewöhnliche Denkinhalte oder wahnhaftige Ideen, die nicht mit vollständiger Überzeugung gehalten werden (inkl. Beziehungsideen, die nicht sofort verworfen werden)
- Wahrnehmungsabweichungen oder Halluzinationen mit noch vorhandener Einsicht in ihre abnorme Natur
- desorganisierte Kommunikation oder Sprache, die noch inhaltlich verständlich sind und auf Strukturierungshilfen ansprechen

Instrument	Beginn	Häufigkeit	Substanzgebrauch / Komorbidität
SIPS	Beginn oder deutliche Zunahme der Überzeugung / Verhaltensrelevanz in den letzten 12 Monaten	Durchschnittliche Häufigkeit von mindestens 1x / Woche im letzten Monat	Nicht Folge von Substanzkonsum und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt
CAARMS	Auftreten für mindestens 1 Woche im vergangenen Jahr und Beginn nicht vor mehr als 5 Jahren	Mehrmaliges Auftreten pro Woche	Keine Abgrenzung

Fortsetzung **Tabelle 1** auf Seite 14 und 15

(2) Mindestens zwei selbst wahrgenommene und berichtete kognitive Basissymptome (**COGDIS**), die dem Patienten nicht aus seiner „gesunden Zeit“ bekannt sind und unabhängig vom klinischen Eindruck gemäß der Patientenangaben gewertet werden, innerhalb der letzten 3 Monate zumindest zeitweilig wöchentlich oder häufiger auftraten und nicht auf die Wirkung einer Substanz zurückführbar sind:

- Gedankeninterferenzen mit Einschließen vollständig irrelevanter Bewusstseinsinhalte
- Gedankenblockaden, die nicht durch Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsdefizite erklärbar sind
- Gedankenjagen, -drängen von thematisch unzusammenhängenden Gedanken
- Störung der rezeptiven Sprache bei Gebrauch der Muttersprache im Alltag
- Störung der expressiven Sprache bei Gebrauch der Muttersprache im Alltag
- Störung der Symbolerfassung im Sinne der gestörten oder verzögerten Erfassung und Verständnisses von abstrakten, metaphorischen oder symbolischen Inhalten
- Eigenbeziehungstendenz, die sofort als irrig erkannt wird
- Unfähigkeit zur Spaltung der Aufmerksamkeit zwischen Aufgaben, die für sich genommen nicht die volle Aufmerksamkeit benötigen und primär unterschiedliche Sinne betreffen, etwa ein Brot schmieren und eine Unterhaltung führen
- Fesselung der Aufmerksamkeit durch irrelevante Stimuli, was die willentliche Auslenkung der Aufmerksamkeit auf relevantere Reize behindert

(3) Mindestens ein transientes, spontan remittierendes psychotisches Symptom (**BLIPS**), das die zusätzlichen Anforderungen der SIPS oder der vor 2006 publizierten CAARMS erfüllt (s.u.):

- Wahn
- Halluzination
- Formale Denkstörungen

Instrument	Beginn	Häufigkeit	Substanzgebrauch / Komorbidität
SIPS	Beginn innerhalb der letzten 3 Monate	Mehrere Minuten am Tag mindestens 1× / Monat und nicht länger als 1 Std. / Tag für durchschnittlich 4 Tage / Woche in 1 Monat	Symptome sind nicht ernsthaft gefährdend oder desorganisierend, nicht Folge von Substanzkonsum und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt
CAARMS	Auftreten im letzten Jahr	Dauer von weniger als 1 Woche	Keine Abgrenzung

EMPFEHLUNG 2: ROLLE GENETISCHEN RISIKOS (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass ein genetisch erhöhtes Psychoserisiko durch eine positive Familienanamnese für Psychosen bei einem erstgradigen biologischen Angehörigen nicht für sich allein genommen als klinisches Risikokriterium benutzt werden sollte, auch wenn es von Funktionseinbußen und psychischen Problemen begleitet ist. Vielmehr sollte es als ein genereller Risikofaktor, der ein bereits vor der Risikoerhebung bestehendes erhöhtes Prätest-Risiko für Psychosen anzeigt, betrachtet und als solches bei Patienten mit klinisch erhöhtem Risiko gemäß eines der 3 Kriterien berücksichtigt werden.

Patienten, die keines der drei Risikokriterien erfüllen, aber ein genetisches Risiko und psychische Beschwerden haben, sollten jedoch zur Wiedervorstellung ermutigt werden, sollten sie das Auftreten von den Risikosymptomen ähnlichen Beschwerden bemerken.

EMPFEHLUNG 3: ROLLE PSYCHOSOZIALER FUNKTIONSEDEFIZITE (basierend auf Metaanalyse)

In Übereinstimmung mit den allgemeinen Empfehlungen der EPA für die Prävention psychischer Störungen, deren Ziele neben der Verhinderung des Erkrankungsausbruch auch die Verhinderung der Einbußen in ökonomischer Produktivität und sozialem Funktionsniveau beinhalten, empfiehlt die EPA, dass ein signifikanter Einbruch im schulisch-beruflichen und/oder sozialem Funktionsniveau keine obligatorische Zusatzanforderung für ein klinisches Psychoserisiko gemäß der drei genannten Kriterien darstellen sollte, da die Evidenz für eine Risikosteigerung durch diesen Zusatz fehlt.

Eine deutliche Funktionseinbuße sollte jedoch als ein Hinweis auf ein unmittelbar drohendes Übergangrisiko in eine Psychose gewertet werden, und Patienten mit einem klinischen Risiko und einem signifikanten Funktionseinbruch sollten als hoch behandlungsbedürftig betrachtet werden.

EMPFEHLUNG 4: ZIELPOPULATION (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass die eingangs genannten klinischen Risikokriterien nur auf Personen angewandt werden, die bereits unter psychischen Beschwerden leiden und hierfür Hilfe suchen, sowie auf solche, die wegen einer bekannten höheren Gefährdung, z.B. aufgrund einer positiven Familienanamnese für Psychosen, eine Abklärung ihres derzeitigen klinischen Risikostatus wünschen.

Jegliches klinisches Screening bei anderen Personen erscheint derzeit durch die wissenschaftliche Evidenzbasis nicht gerechtfertigt.

EMPFEHLUNG 5: KINDER UND JUGENDLICHE (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass die eingangs genannten klinischen Risikokriterien nur mit äußerster Vorsicht bei Kindern und jüngeren Adoleszenten angewandt und kommuniziert werden sollten, wobei sie aber nichtsdestotrotz bei diesen erhoben und im weiteren Verlauf beobachtet werden sollten.

In der späteren Adoleszenz hingegen scheinen die klinischen Risikokriterien bei Jugendlichen ähnlich gut wie bei Erwachsenen anwendbar zu sein.

EMPFEHLUNG 6: BENÖTIGTE EXPERTISE (Expertenkonsens)

Die EPA empfiehlt, dass ein/e trainierte/r Fachmann/frau (Psychiater/in, klinische/r Psychologe/in oder eine andere Fachkraft für psychische Gesundheit) mit ausreichender Erfahrung mit einem klinischen erhöhten Risikostatus für Psychosen die Erhebung durchführt.

Wenn eine Zuweisung zu einer/m entsprechenden Spezialisten/in nicht möglich ist, sollte der/die verantwortliche Behandler/in sollte eine/n Spezialisten/in beratend zu dem Fall konsultieren, etwa telefonisch; und spezialisierte Psychose-Früherkennungseinrichtungen sollten solche konsiliarischen Beratungen ermöglichen, z.B. im Rahmen telefonischer Sprechstunden. Fallbesprechungen mit einem/r Experten/in für die Früherkennung von Psychosen sind auch für Fachkräfte im Bereich psychischer Gesundheit ohne entsprechende Zusatzexpertise angeraten.

3 Frühbehandlung

Eine Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten wurden bisher auf ihre Eignung für die Frühbehandlung von Patienten mit erhöhtem Psychoserisiko hin untersucht – vorwiegend an altersdurchmischten Stichproben meist älterer Adoleszenter und junger Erwachsener oder reinen Erwachsenenstichproben (Schmidt et al., 2015; Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2008). Während sich dabei frühe Studien zumeist noch an der Behandlung von manifesten Psychosen orientierten und die Wirksamkeit niedrig dosierter Antipsychotika testeten, wurden in neueren Studien zumeist psychotherapeutische sowie alternative Interventionsverfahren, wie etwa neuroprotektive Ansätze, aber auch die Effekte fachübergreifender Zusammenarbeit (Granö et al., 2011) untersucht. Zudem gewinnt neben der Prävention des Übergangs in eine manifeste Psychose zunehmend die Verbesserung psychosozialer Defizite und die Behandlung komorbider psychischer Störungen, wie beispielsweise von depressiven und Angstsymptomen, an Bedeutung (Schmidt et al., 2015).

Eine neuere im Zuge des EPA Guidance-Projekts durchgeführte Metaanalyse fand 12 randomisierte klinische Studie und drei nicht-kontrollierte Studien an zumeist durch die UHR-Kriterien identifizierten klinischen Risikogruppen, wobei neun Studien zu Psychotherapie und sechs zu Pharmakotherapie (mit oder ohne psychotherapeutische Zusatzintervention) waren (Schmidt et al., 2015). Die Metaanalyse zeigte gesamthaft für

die spezialisierten Interventionen – sowohl für psychologische wie pharmakologische – einen signifikanten positiven Effekt auf die Übergangsraten in eine Psychose gegenüber der jeweiligen Kontrollintervention, wobei der positive Effekt psychologischer Interventionen länger anzuhalten schien (Schmidt et al., 2015). In einer Sensitivitätsanalyse zu Alterseffekten wurde deutlich, dass sich in Kinder- und Jugendstichproben diese positiven Effekte auf die Übergangsrate – nicht zuletzt wegen geringerer Übergangsraten – nicht fanden. Die spezialisierten Interventionen zeigten zudem gesamthaft keine Überlegenheit hinsichtlich der Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, das sich zumindest in den Erwachsenenstichproben bei den spezialisierten Interventionen wie auch den Kontrollbedingungen gleichermaßen zu verbessern schien. (Schmidt et al., 2015).

3.1 Empfehlungen der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung zur Frühbehandlung

Basierend auf diesen metaanalytischen und anderen Befunden und klinischer Expertise wurden 2015 im Zuge des „Guidance“ Projektes der EPA auch Empfehlungen für die Behandlung eines Risikostadiums für eine Psychose herausgegeben (Tab. 2 Seite 17; Schmidt et al., 2015), die ebenfalls die derzeit in Arbeit befindliche Revision der Behandlungsleitlinien für Schizophrenie beeinflussen.

Table 2: Die klinischen Empfehlungen der EPA Guidance für eine Frühbehandlung von klinischen Risikostadien für eine Psychose (Schmidt et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2017; übersetzt ins Deutsche von: F. Schultze-Lutter)

EMPFEHLUNG 1: BEHANDLUNGSZIELE (Expertenkonsens)

In Übereinstimmung mit den allgemeinen Richtlinien der EPA für die Prävention psychischer Störungen, empfiehlt die EPA, dass eine Frühintervention bei Patienten mit einem klinischen Risikostadium für eine Psychose nicht nur auf die Verhinderung einer ersten Episode einer affektiven oder nicht-affektiven psychotischen Störung, sondern auch auf die einer Entwicklung oder Persistenz funktionaler, d.h. sozialer, ausbildungsbezogener oder beruflicher Einbußen ausgerichtet sein sollte.

EMPFEHLUNG 2: BEHANDLUNGSBASIS (Konsens aufgrund übereinstimmender Studienmerkmale)

Die EPA empfiehlt, dass jegliche Psychose-präventive Intervention voraussetzt, dass der klinische Risikostatus in voller Übereinstimmung mit den EPA Guidance Empfehlungen für eine Früherkennung klinischer Risikostadien für eine Psychose (Schultze-Lutter et al., 2015) erhoben wurde.

EMPFEHLUNG 3: WIRKSAME BEHANDLUNGSARTEN (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA betrachtet psychologische, insbesondere kognitiv-behaviorale Psychotherapie sowie pharmakologische Interventionen als wirksam bei der Prävention oder zumindest dem Hinauszögern einer ersten psychotischen Episode bei erwachsenen Risiko-Patienten.

EMPFEHLUNG 4: BEHANDLUNG ERSTER WAHL (Expertenkonsens)

Die EPA empfiehlt ein stufenweises Behandlungsmodell bei erwachsenen Risiko-Patienten mit dem am wenigsten restriktiven Ansatz, d.h. kognitiver Verhaltenstherapie, als Behandlungsoption erster Wahl. In Fällen, in denen psychologische Interventionen unwirksam bleiben, sollten ergänzend niedrig dosierte Antipsychotika der zweiten Generation zum Einsatz kommen, wenn eine ausgeprägte oder progressive Risikosymptomatik (APS mit nur geringer oder deutlich abnehmender Einsichtsfähigkeit oder BLIPS in hoher oder zunehmender Häufigkeit) vorliegt. Diese sollte das primäre Ziel verfolgen, eine Symptomstabilisierung soweit zu erzielen, wie dies für die effektive Durchführung einer Psychotherapie notwendig ist. Eine langfristige antipsychotische Medikation mit primär präventiver Ausrichtung wird nicht empfohlen.

EMPFEHLUNG 5: KOMORBIDITÄTEN (Expertenkonsens)

Die EPA empfiehlt, dass jegliche Intervention im Risikostadium ebenfalls die aktuellen individuellen Bedürfnisse berücksichtigen und die Behandlung anderer vorliegender psychischer Störungen (Komorbiditäten), insbesondere depressiver und Angststörungen, gemäß den jeweiligen Behandlungsleitlinien umfassen sollte. Komorbide Störungen sollten durch einen/e trainierten/e Fachmann/frau (Psychiater/in, klinische/r Psychologe/in oder eine andere Fachkraft für psychische Gesundheit) umfassend erhoben und regelmäßig beobachtet werden.

EMPFEHLUNG 6: KINDER UND JUGENDLICHE (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA betrachtet die derzeitige Evidenz für die Psychose-prädiktive Güte klinischer Risikokriterien (Schultze-Lutter et al., 2015) und für die Wirksamkeit psychologischer und pharmakologischer Interventionen bei Kindern und jüngeren Adoleszenten als nicht ausreichend für die Rechtfertigung primär präventiver Behandlungen.

EMPFEHLUNG 7: BEHANDLUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (Expertenkonsens)

Die EPA empfiehlt, dass bei Kindern und Jugendlichen spezifische psychologische Interventionen zur Verbesserung des Funktionsniveaus als Teil des generellen Behandlungsplans angeboten werden und durch die Behandlung anderer psychosozialer Probleme und komorbider Störungen gemäß deren Behandlungsleitlinien ergänzt werden sollten. Risikosymptome sollten langfristig engmaschig beobachtet und hinsichtlich einer etwaigen Progression bewertet werden, wobei der Behandlungsplan an ihren Verlauf angepasst werden sollte.

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*

Jahrgang 34 (2018)

4 Fazit und Ausblick

Das relativ neue, seit etwa zwei Jahrzehnten bestehende Forschungsgebiet der Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen im Sinne einer indizierten Prävention bei Hilfe suchenden Personen mit ersten Anzeichen der Erkrankung hat bereits bemerkenswerte und in die Praxis transferierbare Erfolge – zumindest bei Erwachsenen und älteren Jugendlichen – erzielt. Es hat das Potenzial, Licht auf die Entwicklung psychotischer Störungen zu werfen und deren Verlauf zu verbessern (Schultze-Lutter et al., 2017; Yung et al., 2012). Zudem schafft es die Grundlagen für ein Versorgungsangebot für Hilfe suchende und hilfebedürftige Personen, für die es nach den derzeitigen Diagnosekriterien keine Behandlungsgrundlage gibt (Yung et al., 2012). Zu den Herausforderungen zukünftiger Studien auf diesem Gebiet zählen deshalb neben Fragen der breiten Implementierung der Befunde in die klinische Praxis vor allem – und dies immer auch unter stärkerer Aufdeckung und Berücksichtigung alters- bzw. entwicklungspezifischer Besonderheiten:

- die weitere Verbesserung der Prädiktion von Psychosen mit Hilfe weiterer klinischer und neurobiologischer Prädiktoren und Entwicklung differentieller personalisierter Risiko einschätzungen,
- die Entwicklung personalisierter gut verträglicher, nebenwirkungsarmer Interventionsverfahren mit ggf. auch kurativem Charakter, die sich mehr an Erkenntnissen zur Ätiopathogenese von Psychosen und weniger an Behandlungsmethoden bei manifesten Psychosen orientieren und

zudem auf das aktuelle Beschwerdebild inklusive etwaiger Funktionseinbußen und nicht vorrangig auf die Vermeidung einer etwaigen Psychose fokussieren,

- ein tieferes Verständnis des Auftretens und der Krankheitswertigkeit von Risikokriterien in der Allgemeinbevölkerung,
- ein verbessertes Verständnis von Hilfesuche und deren Zusammenhang mit Stigmatisierung und Diskriminierung zur gezielteren Aufklärung und Förderung frühzeitiger Hilfesuche und Zuweisung an Spezialprechstunden von Personen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose.

Acknowledgement

Dieses Manuskript ist eine aktualisierte und modifizierte Fassung der in der Literaturliste unter Schultze-Lutter, F., Schmidt, S.J., Walger, P., Schimmelman, B.G. (2017) genannten Publikation.

Literaturverzeichnis

- Armando, M., Pontillo, M., Decrescenzo, F., et al. (2015). Twelve-month psychosis-predictive value of the ultra-high risk criteria in children and adolescents. *Schizophrenia Research*, 169, 186-192.
- Cornblatt, B.A., Carrión, R.E., Auther, A., et al. (2015). Psychosis Prevention: A Modified Clinical High Risk Perspective From the Recognition and Prevention (RAP) Program. *American Journal of Psychiatry*, 172, 986-994.

- Fux, L., Walger, P., Schimmelmann, B.G., Schultze-Lutter, F. (2013). The Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (SPI-CY): practicability and discriminative validity. *Schizophrenia Research*, 146, 69-78.
- Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., et al. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783), 2093-2102.
- Granö, N., Karjalainen, M., Anto, J., Itkonen, A., Edlund, V., Roine, M. (2011). Associations between number of different type of care meetings with social network and improvement in mental well-being in adolescents at risk of first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 212-218.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718-779.
- McGlashan, T., Walsh, B., Woods, S. (2010). *The Psychosis-Risk Syndrome. Handbook for Diagnosis and Follow-Up*. New York, NY: Oxford University Press.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62 (9), 975-983.
- Klosterkötter, J. (2014). Prädiktion von Psychosen. *Nervenarzt*, 85, 1238-1248.
- Klosterkötter, J., Schultze-Lutter, F. (2001). Gibt es eine Primärprävention schizophrener Psychosen? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 69(S2), 104-112.
- Remberk B, Bażyńska AK, Bronowska Z, et al. (2015). Which aspects of long-term outcome are predicted by positive and negative symptoms in early-onset psychosis? An exploratory eight-year follow-up study. *Psychopathology*, 48(1), 47-55.
- Schaffner, N., Schimmelmann, B.G., Niedersteberg, A., Schultze-Lutter, F. (2012). Versorgungswege von erstmanifesten psychotischen Patienten – eine Übersicht internationaler Studien. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 80 (2), 72-78.
- Schimmelmann, B.G., Michel, C., Martz-Iringartinger, A., Linder, C., Schultze-Lutter, F. (2015). Age matters in the prevalence and clinical significance of ultra-high-risk for psychosis symptoms and criteria in the general population: findings from the BEAR and BEARS-Kid studies. *World Psychiatry*, 14, 189-197.
- Schmidt, S.J., Schultze-Lutter, F., Michel, C., et al. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30, 388-404.
- Schultze-Lutter, F. (2016). Das Basissymptomkonzept und sein Einfluss auf die heutige internationale Forschung zur Psychoseprädiktion. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 84(12), 748-755.
- Schultze-Lutter, F., Hubl, D., Schimmelmann, B.G., Michel, C. (2017). Age effect on prevalence of ultra-high risk for

- psychosis symptoms: replication in a clinical sample of an early detection of psychosis service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 1401-1405.
- Schultze-Lutter, F., Koch, E. (2010). Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (SPI-CY, deutsche Version). Rom: Giovanni Fioriti Editore.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S.J., et al. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30, 405-416.
- Schultze-Lutter, F., Resch, F., Koch, E., Schimmelmann, B.G. (2011). Früherkennung von Psychosen bei Kindern und Adoleszenten. Sind entwicklungsbezogene Besonderheiten ausreichend berücksichtigt? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39 (5), 301-312.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S. (2008). Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen. Bremen: Uni-Med Verlag.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Schimmelmann, B.G., Klosterkötter, J. (2012). Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Current Pharmaceutical Design*, 18(4), 351-357.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Michel C., Schmidt, S.J., Kindler, J., Schimmelmann, B.G. (2016). Basic symptoms in the general population and their association with age. *Early Intervention in Psychiatry*, 10 (Suppl. 1), 62.
- Schultze-Lutter, F., Schmidt, S.J. (2016). Not just small adults - the need for developmental considerations in psychopathology. *Austin Child & Adolescent Psychiatry*, 1(1), 1001.
- Schultze-Lutter, F., Schmidt, S.J., Walger, P., Schimmelmann, B.G. (2017). Entwicklungsspezifische Aspekte in der Früherkennung und Frühbehandlung eines erhöhten Psychoserisikos. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66, 324-344.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Yung, A.R., Phillips, L.J., Simmons, M.B., et al. (2006). CAARMS. Comprehensive assessment at risk mental states. Parkville Victoria: The PACE Clinic, ORYGEN Research Centre, University of Melbourne, Department of Psychiatry.
- Yung, A.R., Woods, S.W., Ruhrmann, S., et al. (2012). Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1130-1134.

Korrespondenzadresse

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf, Deutschland
Tel. 0211/922-2029
Fax 0211/922-2020
Frauke.Schultze-Lutter@lvr.de

Spezifische Aspekte der Behandlung schizophrener Patienten im Maßregelvollzug (MRV) gemäß § 63 StGB

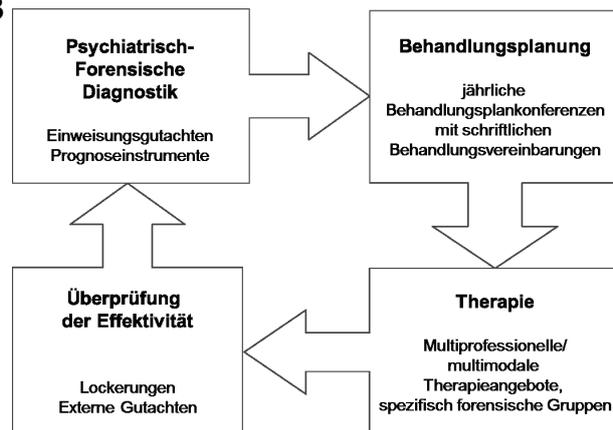
Hanna Zajontz

Vorbemerkung zum MRV gemäß § 63 StGB

Auf Grund des besonders gravierenden Eingriffs in die Freiheitsrechte des Einzelnen und des besonderen Machtverhältnisses zwischen Institution und Patienten wird der rechtlichen Transparenz, den ethischen Grundlagen und den sachgerechten Therapie-methoden im Maßregelvollzug besonderes Gewicht beigemessen (Müller et al. der Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN, 2017).

Für die Patienten im MRV gibt es ein gesetzlich geregeltes Beschwerdeverfahren und ein uneingeschränktes Einsichtsrecht in die gesamte Dokumentation der Behandlung. Darüber hinaus bedürfen weitere freiheitsentziehende Maßnahmen innerhalb der Klinik, wie Absonderungen oder Fixierungen, der Zustimmung des zuständigen Ministeriums.

Die Behandlung psychisch Kranker in einer forensischen Klinik erfolgt über mehrere Jahre unter ständiger kontinuierlicher Anpassung und externer Kontrolle mit zunehmendem Ausbau der Freiheitsgrade. Dieser Behandlungsprozess mit einer kontinuierlichen Rückkopplung kann in Anlehnung an eine Beschreibung von Optimierungsprozessen in Form eines Kreislaufes dargestellt werden (siehe graphische Darstellung rechte Spalte).



Die Aufgabe der forensischen Psychiatrie liegt dabei zunächst in einer adäquaten Risikobeurteilung eines individuellen Falles im Rahmen einer psychiatrisch-forensischen Diagnostik.

Dann erfolgt die daraus resultierende Ableitung und Hierarchisierung der Therapieziele in einem schriftlichen Behandlungsplan mit den Patienten. Wobei das Hauptziel der Therapie in einer Risikoreduktion der Fremdgefährdung und der Resozialisierung besteht. (Dabei ist unbedingt zu beachten, dass die Patienten mit dem schwersten Gewaltrisiko für Dritte entsprechend der Risk-Needs-Response-Strategie besondere therapeutische Beachtung finden. Denn auch diese therapeutisch oft schwer erreichbare Gruppe wird - ggf. aus Gründen der Verhältnismäßigkeit oder wegen ungenügender Anknüpfungspunkte für eine entsprechende Gefährlichkeitsprognose - irgend-

wann die Klinik verlassen).

Die Umsetzung der Therapie im multi-professionellen Team erfordert dann die entsprechenden personellen Ressourcen und eine therapeutische Haltung der desillusionierten Empathie.

Die Stabilität therapeutischer Fortschritte wird in immer höheren Freiheitsgraden (Lockerungen) erprobt und durch externe Gutachter im mehrjährigen Abständen beurteilt, wobei die Voraussetzungen für eine Entlassung aus dem MRV zumindest in jährlichen Anhörungen mit allen Beteiligten durch die zuständige Strafkammer überprüft werden.

Dieser Prozess des Planens, des Handelns, des Überprüfen und des Optimierens wird gemeinsam (und durchaus mühevoll) mit den Patienten mehrmals durchlaufen, bis hin zur erfolgreichen mehrmonatigen Erprobung außerhalb der Klinik und der in der Regel bedingten Entlassung mit einer etablierten Nachsorge.

Schizophrene Rechtsbrecher im MRV

Schizophrenie ist assoziiert mit einem erhöhten Risiko für nicht gewalttätige Kriminalität, Gewaltkriminalität und für aggressives Verhalten. Die Angaben zu den Zahlen variieren in Abhängigkeit von Studiendesign und der Kriminalität des jeweiligen Landes, und sind besonders bei den Tötungsdelikten hoch (Wallace, Mullen & Burges, 2004; Fazel, Långström, Hjern, Lichtenstein, 2009; Hodgins & Müller-Isberner, 2014).

Das Risiko von verbal und physisch aggressivem Verhalten von schizophrenen Männern und Frauen innerhalb psychiatrischer Institutionen, welches selten zu

einer Einweisung in den Maßregelvollzug führt, ist gegenüber anderen Patientengruppen deutlich erhöht, und steht im Zusammenhang mit psychotischen Symptomen und dem situativ bedingten Stress einer zwangsweisen Behandlung (Krakowski & Czobor, 2004; Steinert, 2002).

Das Risiko physischer Gewalt außerhalb von psychiatrischen Institutionen ist vor allem mit psychosozialen Risikofaktoren, wie einer deliktischen Vorgeschichte, Substanzgebrauch und schulischem Versagen assoziiert. Diese geht mit einer Komorbidität einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, stoffgebundenen Störungen, sowie einer jugendpsychiatrischen Vorgeschichte mit einer Störung des Sozialverhaltens einher. Diese Gruppe von schizophrenen Patienten fällt sehr oft durch die Maschen der psychiatrischen Versorgung und erreicht häufig die Schwelle einer forensisch relevanten Gewaltdelinquenz.

Betrachtet man die gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten unserer forensischen Einrichtung (siehe Tabelle Seite 25), so stellen Patienten mit einer F20-Diagnose einem Anteil von rund 45 Prozent, Tendenz steigend. Sie sind im Vergleich zur Gesamtheit der MRV-Patienten bei den Körperverletzungen, Totschlag oder Mord überproportional vertreten. Auch bei den Brandstiftungen findet man schizophrene Patienten etwas häufiger.

Bei den Sexualdelikten, aber auch bei Raub und Erpressung sind sie hingegen im Vergleich zu anderen Untergebrachten unterproportional vertreten.

Deliktgruppe	Gesamtheit der untergebrachten Patienten n = 202	Patienten mit einer F20-Diagnose n = 92
Straftaten gegen das	49 (24,3 %)	28 (57,1 %)
Brandstiftungsdelikte	23 (11,4 %)	12 (52,2 %)
Sexualdelikte	53 (26,2 %)	8 (15,1 %)
Körperverletzung	49 (24,3 %)	31 (63,3 %)
Raub und Erpress-	16 (7,9 %)	5 (31,3 %)
Straftaten gegen die persönliche Freiheit	-	-
Eigentumsdelikte (Diebstahl, Unterschlagung, Betrug,	6 (3 %)	5 (83,3 %)
Verstoß gegen das	2 (1 %)	1 (50 %)
sonstige Delikte	3 (1,5 %)	2 (66,6 %)
§ 74 Abs. 1 Satz 3 JVollzGB	1 (0,5 %)	-

Tabelle: Verurteilte schizophrene Rechtsbrecher gemäß § 63 StGB im MRV-Uchtspringe (Stand 31.08.17)

Die Gruppe um die Wissenschaftlerin Sheilagh Hodgins konnte in Abhängigkeit vom Auftreten der Erkrankung und des Delinquenzbeginns drei unterschiedliche Typen (siehe tabellarische Übersicht rechte Spalte) schizophrener Patientengruppen beschreiben (Hodgins, 2008, siehe auch das Video SPECIALE SOPSI 2016: Sheilagh Hodgins, Aggressivity and Psychotic Disorders).

Typ I Delinquenzbeginn vor Krankheitsausbruch
<ul style="list-style-type: none"> • Jünger („early starters“) • Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. Lebensjahr • Komorbidität mit antisozialer Persönlichkeitsstörung und Missbrauch illegaler Substanzen. • psychopathische Affektivität, wie Gefühlskälte, Gewissenlosigkeit und Empathiemangel.
Typ II Delinquenzbeginn bei Krankheitsausbruch
<ul style="list-style-type: none"> • wenig erforscht • fällt durch schwerste Gewalttaten auf • ggf. Hinweise auf Alkohol- und Substanzkonsum, sowie Hirnorganik
Typ III Delinquenzbeginn nach längerem Krankheitsverlauf
<ul style="list-style-type: none"> • wenig erforscht • fällt durch schwerste Gewalttaten auf • assoziiert mit flacher Affektivität, Gewissenlosigkeit negativen Symptomen

Die zahlenmäßig größte Gruppe im Maßregelvollzug wird durch den Typ I gestellt. Hodgins postuliert hier sogar das Vorliegen eines bestimmten hirnor-ganisch definierten Subtyps von Schizo-phrenie, der vor allem auf Grund seiner Entwicklungsdefizite und der Komorbidität zur Kriminalität neigt und eine große therapeutische Herausforderung dar-stellt.

Legaltherapie schizophrener Patien-ten im Maßregelvollzug

Der klar definierte Auftrag der Forensi-schen Psychiatrie impliziert eine umfas-sende Sicht auf den Patienten und erford-ert eine adäquate, leitlinienbasierte multimodale Therapie.

Vor der Behandlung erfolgt aber eine strukturierte Analyse der Anlasstat und der Vordelinquenz mit Hilfe forensisch evaluierter Instrumente (hier sei für wei-ter Interessierte Leser exemplarisch auf den HCR-20 in seiner dritten Version von Douglas in deutscher Fassung des Institutes für forensische Psychiatrie Hai-na e.V. von 2014 hingewiesen).

Die Reduktion der kriminogenen Fakto-ren erfordert bei den schizophrenen Pa-tienten zunächst eine Symptomremissi-on mit Hilfe einer geeigneten Medikation. Diese orientiert sich an den gängigen Empfehlungen der DGPPN oder der World Federation of Societies of Biologi-cal Psychiatry. Die Psychopharmakothe-rapie im MRV unterscheidet sich dabei nicht wesentlich von der Allgemeinpsy-chiatrie muss aber der Schwere der Er-krankung, der hohen psychiatrischen Komorbidität, der häufigen Therapiere-sistenz sowie den Defiziten in der Com-

pliance gerecht werden, so dass in der Regel eine Polypharmazie mit Atypika in einer Depot-Formulierung durchgeführt wird (Müller-Isberner, Eucker, Euster-schulte & Born, 2017). Bisweilen erlau-ben die langen Unterbringungszeiten auch hartnäckigen Patientenwünschen nach Dosisreduktion nachzukommen, in dem man ggf. unter Lockerungsausset-zung einen ärztlich assistierten Versuch einer Dosisreduktion unternimmt. Ziel sollte dabei immer eine Verbesserung der Compliance sein.

Hier sei angemerkt, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine zwangs-weise durchgeführte Medikation der An-lasserkrankung im MRV aktuell nicht ausreichend geregelt sind, so dass wir an Willensäußerungen des akut psycho-tischen Patienten rechtlich gebunden sind (Müller & Saimeh & Nedopil et al, 2011). Das führt zu einer Chronifizierung der Erkrankung und einer Erhöhung der intramuralen Vorfälle und Absonderun-gen (Jakovljević & Wiesemann, 2016).

Gleichzeitig erfolgt der Ausbau der medi-kamentösen Compliance (dem mit Ab-stand wichtigste Prädiktor für eine erneu-te Erkrankung) im Gruppensetting der Psychoedukation, inklusive Medikamen-tentraining und Rückfallplan.

Die weitere Therapie ist dann ein Spezifi-kum Forensischer Kliniken, da sie dann weit über die Angebote der Allgemein-psychiatrien hinausreicht (siehe tabellari-sche Darstellung Seite 25).

Im forensischen Kontext wird die eigene Delinquenz als Folge der Erkrankung be-rücksichtigt. In der Regel trägt ein Schi-zophrener zwar keine Verantwortung für seine Straftat, ist aber durchaus mitver-

Zielsetzung der Therapie von schizophrenen Patienten	
<p>Allgemeinpsychiatrie (Verweildauer von mehreren Wochen) Hauptziel: Remission der Psychopathologie Compliance/Psychoedukation (Soziales Funktionsniveau)</p>	<p>MRV (Verweildauer von mehreren Jahren) Hauptziel: Senkung der Gefährlichkeit Remission Compliance inklusive Deliktbearbeitung und Psychoedukation Behandlung von komorbiden Störungen Überprüfung, bzw. Steigerung des sozialen Funktionsniveaus Etablierung des Empfangsraumes und der Nachsorge Überprüfung der Stabilität durch monatelange Erprobung</p>

Gruppen zur Verfügung (Müller-Isberner, Eucker, Eusterschulte & Born, 2017; Lau, 2017). Vereinzelt kann aus unserer Erfahrung auch ein angepasstes Anti-Aggressions-Training sinnvoll sein.

Nicht zu unterschätzen ist der Benefit geeigneter Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, sowie Freizeitbeschäftigungen (in unserer Einrichtung z.B. Theater-, Musik- und Reittherapie), die Ressourcen aktivieren und das allgemeine Stressniveau einer zwangsweisen Unterbringung reduzieren können.

Seltener profitieren unsere schwer erkrankten Schizophrenen von der Möglichkeit einer Beschulung und der Vorbereitung für den ersten Arbeitsmarkt über externe Praktika.

Die im Verlauf der Behandlung gewonnene psychische Stabilität und Belastbarkeit wird intramural in einem langwierigen Prozess von Lockerungen und ggf. bei angestrebter Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt mit zunehmenden Arbeitsbelastungen und kognitiver Testung erprobt.

Kommt es in der Resozialisierungsphase zu einem Abgleich von der Wunschvorstellung des Patienten mit unserer Einschätzung und den vorhandenen Möglichkeiten der externen Helfersysteme vor Ort, kann die Etablierung eines geeigneten Empfangsraumes im Rahmen einer zumindest mehrmonatigen Erprobung erfolgen. Von dort wird dann ein Ausbau des Helfernetzes mit Beteiligung eines niedergelassenen Psychiaters, ggf. einer amtlichen Betreuung und geeigneten ambulanten Suchtgruppen, durchgeführt. Eine Nachsorge in der Forensischen Ambulanz ist bei uns über die FORENSA in

verantwortlich an der Realisierung seiner zukünftigen Rückfallprävention um weitere Straftaten zu verhindern. Die Deliktbearbeitung der Anlasstat findet in einzeltherapeutischen Sitzungen statt.

Eine große Bedeutung im MRV kommt der Behandlung der komorbiden Störungen zu. Eine effektive Legaltherapie muss vor allem das antisoziale Verhalten und die Verbesserung der kognitiven Defizite im Fokus haben. Dafür stehen gruppentherapeutische Angebote wie z.B. metakognitives Training, Training der Affektdekodierung, Reasoning and Rehabilitation (R&R), Suchtgruppen (z.B. START) und Soziale-Kompetenz-

Abhängigkeit vom Rückfallrisiko möglich. In Folge kann eine bedingte Entlassung unter Auflagen vom zuständigen Gericht, beraten durch externe Gutachter und die Forensische Klinik, beschlossen werden. Betreffend der Compliance, Abstinenz und der Unterbringung werden dabei individuelle Auflagen vereinbart. Die Dauer der Bewährung beträgt in der Regel drei bis fünf Jahre, Führungsaufsicht kann ggf. verlängert werden. Ein gravierender Verstoß gegen die Auflagen kann zu einer erneuten Unterbringung im MRV führen. Bei unserer Patientengruppe waren vor allem Substanzkonsum und fehlende Medikamentencompliance mit sozialer Auffälligkeit und aggressiven Verhalten Grund für eine erneute Krisenintervention in der Forensik nach § 67 h StGB. Unter diesen Bedingungen kann die Gefährlichkeit der schizophrenen Rechtsbrecher als besondere Hochrisikogruppe unter die Gefährlichkeit von aus der Allgemeinpsychiatrie entlassenen Patienten reduziert werden.

Fazit und abschließende Anmerkung zur gemeinsamen Interessenslage zwischen der Allgemeinpsychiatrie und den Kliniken des Maßregelvollzuges

Jeder psychisch kranke Täter hinterlässt Opfer und kann dadurch auch zu einer öffentlichen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen im Allgemeinen führen. Allgemeinpsychiatrie sollte sich ihrer Aufgabe der Prävention von Gewalttaten wieder stärker bewusst werden und sich eine entsprechende forensische Kompetenz bei der Behandlung der „early star-

ter“ aneignen. Dafür hat die Allgemeinpsychiatrie vor dem Maßregelvollzug den Vorlauf mehrerer Jahre zur Verfügung (Piontek & Kutscher & König & Leygraf, 2013).

Hierfür ist bereits bei der ersten Episode der Schizophrenie die Erhebung einer Gewaltanamnese und der forensischen Risikofaktoren notwendig, die bei den Patienten selbst erstaunlich wenig Widerstand auslöst. Auch Angehörige, die sehr oft Opfer der Gewalt sind, sollten interviewt werden.

Bei schizophrenen Patienten, die dem Typ I angehören, sollte die Therapie in der Allgemeinpsychiatrie ihrer Komorbidität gerecht werden. Dafür könnten entsprechende Therapien aus der forensischen Evaluation übernommen werden, die kognitiv-behavioral basiert sind und die antisoziale Interaktionen und das Suchtverhalten dieser Schizophreniegruppe thematisieren.

Vor der Entlassung aus der allgemeinpsychiatrischen Behandlung sollte eine Anbindung an das ambulante Versorgungsnetzwerk vorbereitet werden.

Bei den Hochrisikopatienten sollte eine besonders intensive ambulante Nachbetreuung, auch unter Ausschöpfung assertiver Maßnahmen erfolgen, wie z. B. gesetzliche Betreuung mit konsequenter Überprüfung der Ambulanztermine und der dort verabreichten Medikation; enge Kooperationen mit sozialpsychiatrischen Diensten; Anregung längerfristiger stationärer Behandlungen; ggf. Unterbringung nach PsychKG (Hodgins & Müller-Isberner, 2004).

Literaturverzeichnis

- Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H. (deutsche Erstauflage 2014). HCR-20-V3, Assessing Risk for Violence, in deutsche Bearbeitung und Herausgabe durch Bolzmacher M., Born P., Eucker S., von Franque F., Holzinger B., Kötter S., Müller-Isberner R., Schmidbauer W. ISBN 978-3-93379-04-02.
- Fazel S., Långström N., Hjern A., Grann M., Lichtenstein P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JA-MA*. 20;301(19):2016-23.
- Hodgins S., Müller-Isberner R. (2004) Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br. J. Psychiatry*. 185, 245–250. *ders. Am. J. Psychiatry*. 161, 716–727
- Hodgins S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Phil. Trans. R. Soc. B* 363, 2505–2518
- Jakovljević A.-K., Wiesemann C. (2016). Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie. Aktuelle Behandlungspraxis im Maßregelvollzug aus medizinethischer Perspektive. *Nervenarzt* 87:780–786
- Krakovski M, Czobor P 2004 Gender differences in violent behaviours: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am. J. Psychiatry*. 161, 459–465.
- Lau S. (2017). Herausforderungen in der Behandlung schizophrener Rechtsbrecher. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 11:39–45
- Müller J., Saimeh N., Nedopil N. et al (2011) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/
- Müller J. L., Saimeh N., Briken P., Eucker S., Hoffmann K., Koller M., Wolf T., Dudeck M. Hartl C., Jakovljevic A.-K., Klein V., Knecht G., Müller-Isberner R., Muysers J., Schiltz K., Seifert D, Simon A., Steinböck H, Stuckmann W., Weissbeck W., Wieseemann C., Zeidler R. (Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Der Nervenarzt* 88, Supplement 12:93–125
- Müller-Isberner R., Eucker S., Eusterschulte B. und Born P. (Hrsg., 2017). *Praxishandbuch Maßregelvollzug*, 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Buch. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft ISBN 978 3 95466 287 6.
- Piontek K., Kutscher S.-U, König A., Leygraf N. (2013). Prädiktische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. Ein Vergleich mit schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt* 84:55–64
- Steinert T (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr. Scand*. 106, 133–141.
- Wallace C, Mullen P.E, Burgess P (2004) Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionali-

zation and increasing prevalence of co-morbid substance use disorders. Am. J. Psychiatry 161, 716–727.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hanna Zajontz
Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe
Schnöggersburger Weg 1
39576 Hansestadt Stendal/ OT
Uchtspringe
Email: h.zajontz@salus-lsa.de
Tel:+49-39325-705356
Fax:+49-39325-705502

Hirnbiologische Grundlagen gewalttätigen Verhaltens mit besonderer Berücksichtigung schizophrener Erkrankungen

Bernhard Bogerts

Einleitung

Gewaltkriminalität, die sich überwiegend in gefährlicher und schwerer Körperverletzung äußert, nahm seit 1990 in Deutschland kontinuierlich zu, mit einem Höhepunkt im Jahre 2007 mit etwa 220.000 kriminalstatistisch erfassten Fällen. Danach ging sie wieder zurück bis auf 180.000 erfasste Fälle im Jahre 2014, um in den Jahren 2015, 2016 und 2017 wieder anzusteigen. Die Zunahme in den letzten drei Jahren ist im Rahmen der Flüchtlingsproblematik zu sehen, nämlich durch zusätzliche Gewalthandlungen von Migranten untereinander, z. B. in Flüchtlingsheimen, durch Gewalt-

handlungen von Deutschen gegen Migranten sowie Migranten gegen Deutsche. Das ist nicht verwunderlich, da es sich bei Flüchtlingen überwiegend um junge Männer einer Altersstufe handelt, die ohnehin die höchste Rate an Gewalttaten aufweist. Flüchtlinge weisen zudem einen hohen Anteil traumatischer Erfahrungen auf, was ein weiterer Risikofaktor für eigenes aggressives Verhalten ist.

Zu den offensichtlichen biologischen Risikofaktoren für Gewalthandlungen gehören Alter und Geschlecht. Gewaltkriminalität liegt bei Männern um ein Vielfaches höher als bei Frauen, im Vergleich

Gewaltkriminalität und Körperverletzung Deutschland 1990-2017

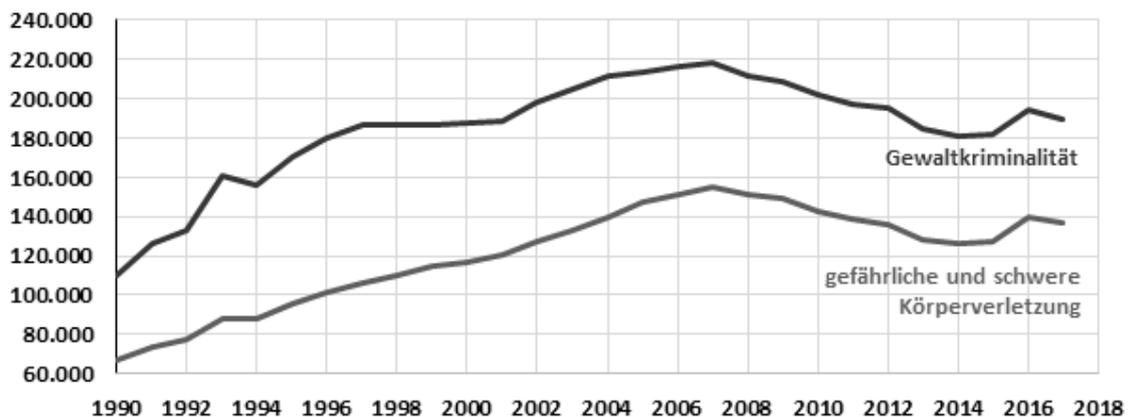


Abbildung 1: Polizeilich erfasste Gewalthandlungen in Deutschland seit 1990. Quelle BKA Stand 08.05.2018

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*
Jahrgang 34 (2018)

dazu wird Ladendiebstahl von männlichen und weiblichen Tätern etwa gleich oft verübt. Die weit überwiegende Zahl von Gewalttaten erfolgt durch männliche Täter der Altersgruppe 18-30 Jahre. Ob diese Geschlechtsdifferenz mit erlerntem psychosozialen Rollenverhalten zusammenhängt oder genetisch, d. h. Y-chromosomal bedingt ist, ist Gegenstand kontroverser Diskussionen. Es wurde ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Testosteronspiegels und Aggressionsneigung vermutet; die Korrelation zwischen Testosteronspiegel und männlicher Aggressivität ist aber nur gering (Archer, 2006; Dreher et al., 2016).

Phylogenetische Wurzeln individueller und kollektiver Gewalt

Die menschliche Neigung zu gewalttätigem Verhalten hat uralte phylogenetische Wurzeln, was damit erklärbar ist, dass im Verlauf der Phylogenese der erfolgreich Gewalttätige seine Gene eher weiter vererben konnte, als das unterlegene Opfer (Glenn und Raine, 2009). In einer Arbeit zu den phylogenetischen Ursachen tödlicher menschlicher Gewalt konnte die Arbeitsgruppe um Gomez et al. (2016) zeigen, dass unter allen Säugetieren tödliche Gewalt gegen eigene Artgenossen in der Linie der Primaten, einschließlich Homo sapiens, am ausgeprägtesten ist, mit einer mittleren Rate tödlicher Gewalt bei Primaten und Menschen von etwa zwei Prozent. Nach Pinker (2011) kam es jedoch seit der Aufklärung in den letzten 200 Jahren zu einer erheblichen Abnahme tödlicher Gewalt, was u. a. mit besseren Lebensbedingungen und der Einführung des

staatlichen Gewaltmonopols erklärt wurde.

Mittels Computersimulationen gruppendynamischer Gegebenheiten über tausende von Generationen hinweg konnten Choi und Bowels (2007) nachweisen, dass in prähistorischen Zeiten diejenigen Gruppen überlebten, die bei höchster prosozialer Einstellung gegenüber der Eigengruppe die höchste kriegerische Einstellung gegenüber Fremdgruppen aufwiesen. Kollektive Aggression gegenüber Fremdgruppen kann deshalb als negative Hypothek der Evolution angesehen werden. Homo sapiens und seine evolutiven Vorstufen setzten sich demnach deshalb gegenüber anderen Arten von Frühmenschen durch, weil sie mittels erfolgreicher kollektiver Gewaltakte bei überlegener Intelligenz andere konkurrierende Menschengruppen und -rassen verdrängten (Möller-Leimkühler und Bogerts, 2013). Zahlreiche archäologische Befunde konnten nachweisen, dass individuelle und kollektive Gewalt nicht nur ein Phänomen der Neuzeit ist, sondern prähistorische Wurzeln hat (siehe Abb. 2 Seite 31)

Wenn sich Gewaltneigung, parallel zu prosozialen Einstellungen, in der Evolution der Menschheit durchsetzen konnte, dann ist zu postulieren, dass diese menschlichen Eigenschaften auch genetisch weiter vermittelt werden. Studien zur Erbllichkeit aggressiv-kriminellen Verhaltens konnten zeigen, dass die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen bei 50% liegt, bei zweieiigen Zwillingen etwa bei 20%, wohingegen das Risiko in der Allgemeinbevölkerung weniger als 1% beträgt (Coccaro et al., 1993; DiLalla et

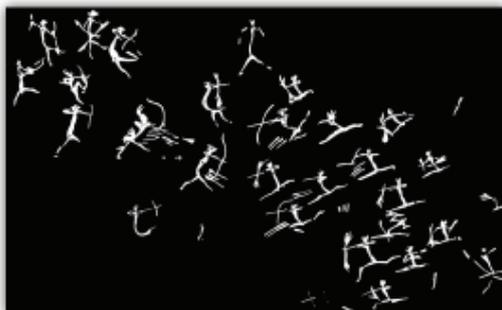
Nachweise prähistorischer Gewalttaten



Scheibenkeule Steinzeit



Ältester belegter Mord der Menschheitsgeschichte, vor 430.000 Jahren, span. Sierra de Atapuerca



Kampfszene, Neolitikum, les Dogues, Spanien



Massengrab Erschlagener, bei Halberstadt, ca. 5000 v. Chr.

Abbildung 2: Beispiele prähistorischer Gewalt. Exponate der Ausstellung „Krieg - eine archäologische Spurensuche“ Halle, 16. 11.2015- 22.05.2016

al., 1996, Tiihonen et al., 2015). Diese Konkordanzraten entsprechen in etwa den Zahlen, die wir von schizophrenen und bipolaren Störungen kennen. Auch mittels Molekulargenetik konnten Genom-Varianten, die zu aggressivem Verhalten disponieren, entschlüsselt werden. Hierbei spielen insbesondere Polymorphismen des MAO-A-Genes (Buckholtz und Meyer-Lindenberg, 2006; Alia-Klein et al., 2008) und des Serotonintransporter (5-HTT)-Genes (Davidge et al., 2004; Retz et al., 2004) eine Rolle. Die genetische Disposition alleine reicht jedoch nicht aus, um künftiges gewalttätiges Verhalten zu erklären; entscheidend ist das Hinzukommen früher traumatisierender Erfahrungen in der Kindheit. Somit ist die Interaktion

von ererbter Anlage mit frühem und spätem sozialen Umfeld für das Zustandekommen gewalttätigen Verhaltens entscheidend (Caspi et al., 2002) (siehe Abb. 3 Seite 32.)

Hirnbioologische Korrelate aggressiven Verhaltens

1932 konnte der Schweizer Physiologe Hess nachweisen, dass durch schwache elektrische Stimulation bestimmter Areale des Hypothalamus beim Versuchstier spontan-aggressives Verhalten hervorgerufen werden kann. Spätere Arbeiten von Ploog (1974) zeigten, dass elektrische Stimulation verschiedener Areale im Hypothalamus unterschiedliche Formen von aggressivem Verhalten auslösen. Reaktives wuterfülltes aggressives Verhalten,

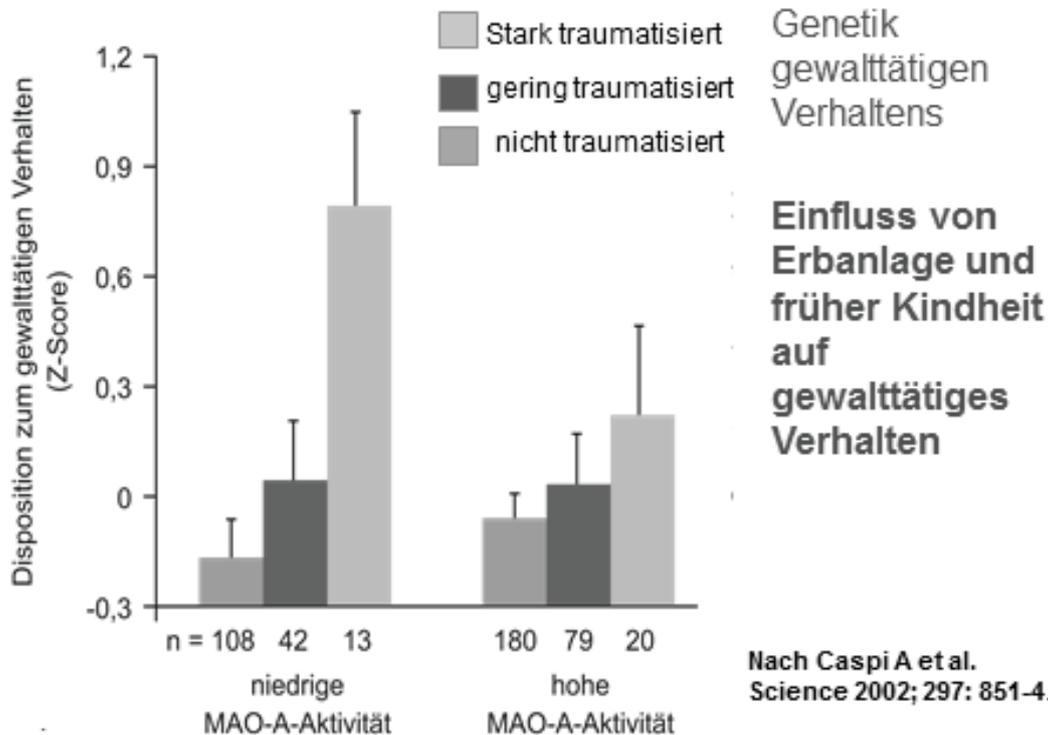


Abbildung 3: Interaktion von Erbanlage und kindlicher Traumatisierung bei Gewalt-disposition. Die Genvariante für niedrige MAO-A-Aktivität geht nur bei stark traumatisierten Kindern mit hoher Gewaltneigung einher.

das mit einer hohen vegetativen Erregung verbunden ist (defensive rage), wurde durch Stimulation medialer Kerne des Hypothalamus ausgelöst, wohingegen geplantes, proaktiv-aggressives Verhalten (predatory attack) durch Areale im lateralen Hypothalamus aktiviert wird. Aus einer strafrechtlichen Perspektive gesehen kommt erste Aggressionsart den Affekttaten nahe, zweite Gewaltform entspricht vorsätzlichen Taten, mit denen sich der Täter einen Vorteil verschaffen will (siehe Abb. 4 Seite 33).

Unter physiologischen Bedingungen werden die impulsive Gewalt generierenden Areale des medialen Hypothalamus von der medialen Amygdala aktiviert die des lateralen Hypothalamus von der lateralen Amygdala (siehe Abb. 5 Seite 33). Die Amygdala erhält ihre Informationen wiederum von übergeordneten kortikalen Arealen, wodurch sie ihre aktivierenden oder hemmenden Impulse auf den Hypothalamus dem jeweils vorliegenden situativen Kontext anpasst, der durch die Sinnesorgane aus der Umwelt vermittelt

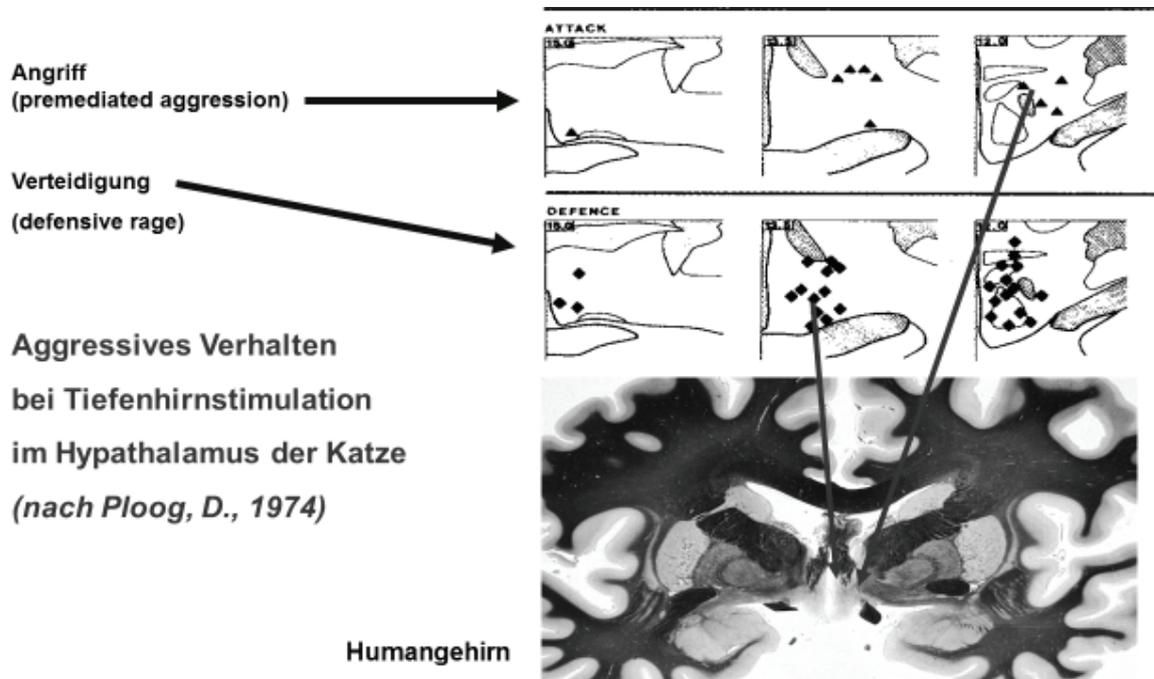


Abbildung 4: Areale des Zwischenhirns, in denen durch elektrische Stimulation reaktiv oder proaktiv aggressives Verhalten ausgelöst werden kann. Obere Bildhälfte: Hypothalamus der Katze; untere Bildhälfte: Lage der entsprechenden Areale im Humangehirn.



Abbildung 5: Bedeutung von Amygdala und Hypothalamus für reaktive und proaktive Aggression

wird (Bogerts und Möller-Leimkühler, 2013; Bogerts et al., 2017a)

Hirnorganische Befunde bei Gewalttätern

Bekanntes Beispiel für einen Gewalttäter mit einem hirnorganischen Psychosyndrom ist Charles Whitman, der 1966 auf dem Gelände der Universität Texas 14 Menschen erschoss und 32 verletzte, bevor er sich suizidierte. Die Autopsie seines Gehirns erbrachte einen Tumor neben dem rechten Mandelkern, somit in einer limbischen Region, die für die neuronale Modulation von Aggression bedeutsam ist. In einer eigenen Untersuchung konnten wir nachweisen, dass bei einem Viertel wegen schwerer Gewalttaten verurteilten Straftäter Hirnstrukturveränderungen überwiegend im Frontalhirn und Temporalhirn anzutreffen sind (Schiltz et al., 2013); das sind Hirnregionen, die für die höhere kortikale Kontrolle der Aktivitäten der neuronalen Gewaltgeneratoren im Hypothalamus und Mandelkern zuständig sind.

In einer Literaturübersicht, in der alle struktur- und funktionskernspintomografischen Studien der letzten 10 Jahre an verurteilten Gewalttätern zusammengefasst wurden (Bogerts et al., 2017a), fanden sich bei impulsiv-reaktiven Gewalttätern studienübergreifende Struktur- und Funktionsalterationen in Form reduzierter Volumina, funktioneller Minderaktivierung oder gestörter funktioneller Konnektivität mit Schwerpunkt in den limbischen Hirnregionen im medialen Temporalhirn (Amygdala, Hippocampus, Parahippocampus) sowie im Orbitalhirn. Dagegen lagen bei den proaktiven Ge-

walttätern mit der Diagnose einer *psychopathy*, gekennzeichnet durch gefühlskalte, berechnende und gewaltbereite Persönlichkeitszüge, Struktur- oder Funktionsdefizite nicht nur in den limbischen Strukturen im medialen Temporalappen, sondern auch in der Inselregion und dem hinteren cingulären Kortex vor (Abb. 6). Letztere Hirnregionen sind weitgehend mit denen identisch, die bei Empathie und Mitgefühl aktiviert werden (Bernhardt und Singer, 2012; Kanske et al., 2015). Hier weisen Gewalttäter mit *psychopathy* Defizite auf (siehe Abb. 6 Seite 35).

Gewaltrisiko bei psychotischen Erkrankungen

Auch in der Pathophysiologie schizophrener Syndrome spielen strukturelle und funktionelle Alterationen in frontalen und temporalen Hirnregionen, die in enger Verbindung zum limbischen System stehen und für die Emotionskontrolle zuständig sind, eine wichtige Rolle. Es liegt also eine ähnliche Hirnpathologie vor wie sie bei einigen Gewalttätern anzutreffen ist. Hierdurch wird das leicht erhöhte Gewaltrisiko bei solchen psychischen Störungen erklärbar (Anderson und Kiehl, 2014; Bogerts und Walter, 2017b). Bei schizophrenen Psychosen wurde ein vier- bis fünffach erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten ermittelt; dieses besteht bei vielen Patienten bereits vor der Erst-Manifestation. Besonders hoch ist das Risiko, wenn zusätzlich zur Psychose ein komorbider Suchtmittelkonsum vorliegt (Fazel et al., 2009).

In einer schwedischen Studie wurde die Häufigkeit zwischenmenschlicher Ge-

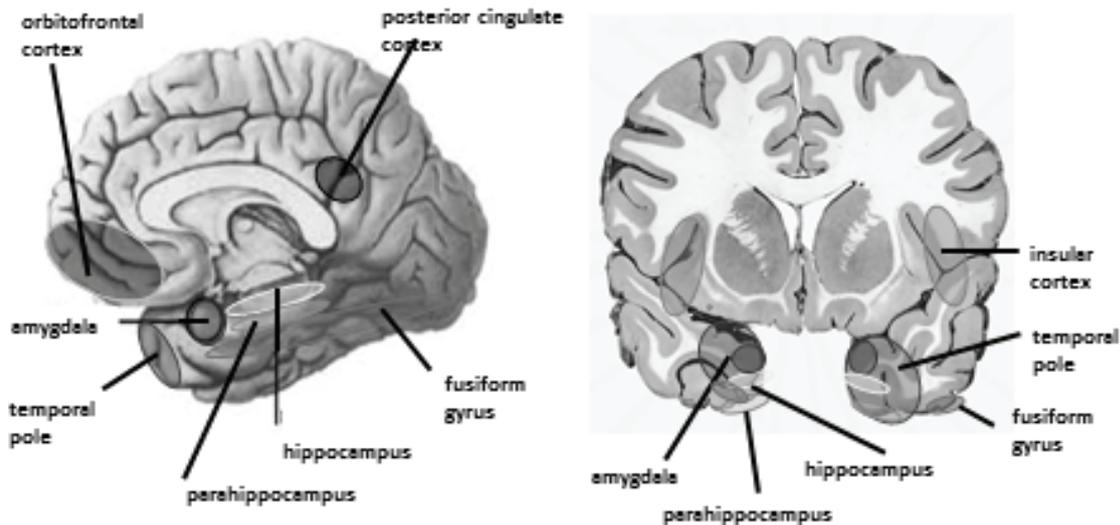


Abbildung 6: Hirnsubstanz-Struktur- und Funktionsdefizite bei proaktiv-appetitiver Gewalt

waltanwendung bei psychotischer Erkrankung mit 10 Prozent für Männer und 3 Prozent für Frauen innerhalb der ersten fünf Krankheitsjahre angegeben (Fazel et al., 2014a). Das Zusammenreffen von Schizophrenie und einer Suchterkrankung steigerte das Risiko um mehr als das 4-fache. Das Suizidrisiko liegt aber bei solchen Patienten um ein Vielfaches höher. Nach einer amerikanischen Studie ist bei Personen im Prodromalstadium einer Psychose das Gewaltisiko, einschließlich des Risikos einer Tötung anderer Personen, um den Faktor 5 erhöht (Moitabai, 2006). Ursache für das erhöhte Gewaltisiko bei psychotischen oder präpsychotischen Patienten sind wahnhaft bedrohungsähnliche Gefühle. Dieses erhöhte Risiko trifft insbesondere für unbehandelte Patienten bei Beginn der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter zu. Bei rechtzeitiger

Behandlung geht dieses Risiko deutlich zurück. Durch eine fachgerechte Behandlung mit Antipsychotika wird es bei solchen Patienten halbiert (Wehring und Carpenter, 2011; Fazel et al., 2014b). Der weitaus überwiegende Teil von Personen, bei denen eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wird, verhält sich trotz der erheblichen psychischen Beeinträchtigungen friedlich, wenn auch oft zurückgezogen und misstrauisch. Tatsächlich neigt nur eine kleine Minderheit von psychisch erkrankten Menschen zu Gewalttaten (Maier et al., 2016). Gewaltfrei leben 95 Prozent von psychisch erkrankten, im Vergleich zu 98 Prozent von Menschen ohne psychische Störungen. In einer Übersichtsarbeit, in der 20 Arbeiten zum Gewaltisiko durch psychotische Patienten mit insgesamt 18.000 Patienten ausgewertet wurden, konnte ein leicht erhöh-

tes, aber signifikantes Risiko bei dieser Patientengruppe festgestellt werden (Elbogen und Johnson, 2009). Wenn diese Patienten zugleich suchtkrank waren, war das Risiko viermal höher.

Neuronale Korrelate appetitiver / hedonistischer Gewalt

Individuelle sowie kollektive Gewalt kann nicht nur reaktiv-impulsive oder proaktiv-geplante Motive zur Erlangung eines Vorteils haben, sondern als Selbstzweck ausgeübt werden, einfach deshalb, weil Gewaltausübung hierfür disponierten Individuen Spaß macht. Beispiele hierfür sind junge Männer, die als Krawalltouristen und Hooligans Randalen wegen der sie stimulierenden bis hin zu euphorisierenden Effekten gezielt aufsuchen (Möller-Leimkühler und Bogerts, 2013). Auch Extremsituationen von Mordlust und Tötungsrauschzuständen, wie sie von Kriegssituationen und Pogromen berichtet wurden, sind hierhin einzuordnen (Elbert et al., 2010, 2017). Es ist naheliegend anzunehmen, dass hiervon betroffene Gewalttäter durch solche Taten auf perverse Weise das Belohnungssystem ihres Hirns aktivieren, dessen wichtigste neuronale Zentren im mesolimbischen dopaminergen System und im ventralen Striatum (Nucleus Accumbens) liegen. In der Regel sind solche Personen unfähig durch andere sozial erwünschte Aktivitäten ihr Belohnungssystem zu aktivieren, weshalb sie als Ersatz hierfür zu hedonistisch geprägter Gewalt neigen. Mittels Funktionskernspintomographie konnte nachgewiesen werden, dass der Nucleus Accumbens als neuronales Zentrum zerebraler Be-

lohnungsmechanismen auch bei Empfinden von Schadenfreude (Takahashi et al., 2009) sowie bei Bestrafung von Opponenten (Buades-Rotger et al., 2016) aktiviert wird.

Abschließende Bemerkungen

Aggression und Gewalt sind das Ergebnis einer Vielzahl interagierender sozialer und neurobiologischer Faktoren, die sowohl gewaltfördernd, als auch gewalthemmend sein können (Abb. 7 Seite 37). Wichtige soziale Faktoren sind frühe emotionale Prägung sowie das aktuelle soziale Umfeld. In Letzterem können Erfahrungen von Repression und Unterdrückung oder auch Gewalt-sanktionierende Ideologien desaströse Folgen haben. Wichtigste biologischen Faktoren sind die genetische Disposition sowie die Kontrolle durch Hemmung oder Aktivierung gewaltgenerierender neuronaler limbischer und hypothalamischer Zellgruppen durch übergeordnete kortikale Regionen. Letztendlich wirken alle sozialen, genetischen, hirnpathologischen und psychopathologischen Faktoren auf limbische und paralimbische kortikale Areale ein, wobei präfrontaler sowie orbitaler, cingulärer und periamygdalärer Cortex eine besonders wichtige Rolle spielen. Diese Cortexregionen wiederum veranlassen über eine Aktivierung des lateralen oder medialen Mandelkerns und des nachgeschalteten lateralen oder medialen Hypothalamus reaktiv-impulsive Gewalthandlungen. Die Aktivierung der Belohnungszentren des Gehirns (Nucleus Accumbens, mesolimbische dopaminerge Bahnen) sind als neuronale Korrelate hedonistischer Gewalt anzusehen.

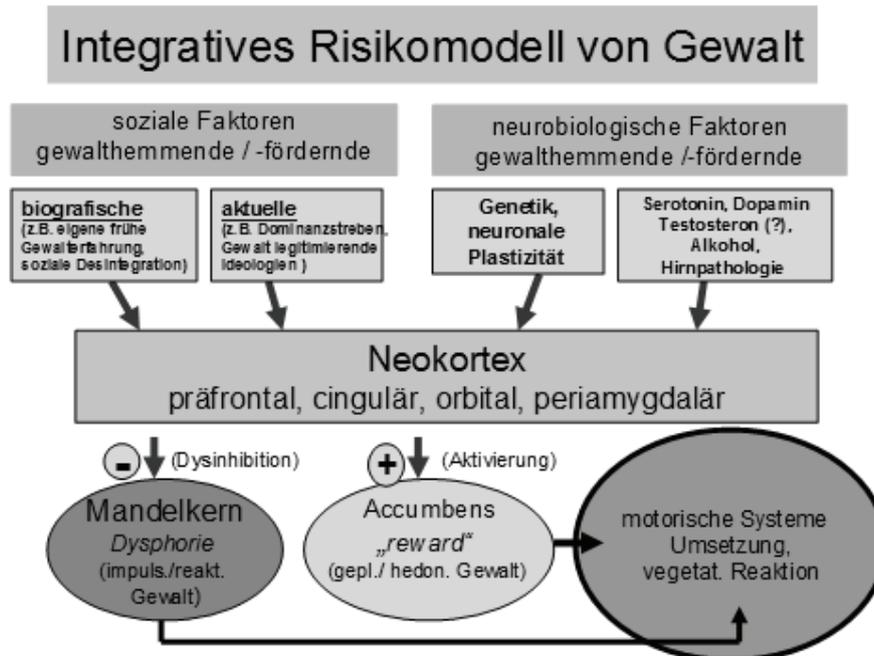


Abbildung 7: Integratives Risikomodell von Gewalt: alle soziale und neurobiologische Risikofaktoren konvergieren letztlich in kortikalen und limbischen Strukturen, die Gewalt hemmen oder aktivieren.

Literaturverzeichnis

- Alia-Klein, N., Goldstein, R. Z., Kriplani, A., Logan, J., Tomasi, D., Williams, B., Telang, F., Shumay, E., Biegon, A., Craig, I. W., Henn, F., Wang, G. J., Volkow, N. D., & Fowler, J. S. (2008). Brain Monoamine Oxidase-A Activity Predicts Trait Aggression. *Journal of Neuroscience*, 28(19), 5099–5104. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0925-08.2008
- Anderson NE, Kiehl KA. (2014) Psychopathy and aggression: when paralimbic dysfunction leads to violence. *Curr Top Behav Neurosci.*; 17:369-93
- Archer J (2006) Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev* 30: 319-345
- Bernhardt BC, Singer T (2012): The Neural Basis of Empathy. *Annu. Rev. Neurosci*, 2012, 35:1-23
- Bogerts B, Möller-Leimkühler AM (2013). Neurobiologische Ursachen und psychosoziale Bedingungen individueller Gewalt. *Der Nervenarzt* 84 (11), 1329-1344
- Bogerts B, Peter E, Schiltz K (2017): Aggression, Gewalt, Amok, Stalking infolge psychischer Störungen. In: Möller HJ, Laux G & Kapfhammer HP (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Band 4:

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*
Jahrgang 34 (2018)

- Spezielle Psychiatrie. 5.Auflage., erw. u. vollst. neu bearb. Aufl. Berlin: Springer-Verlag, S. 2903-2928,
- Bogerts B, Schöne M, Breitschuh S (2017a) Brain alterations potentially associated with aggression and terrorism. *CNS Spectrums*, Cambridge University Press. Published online 14.08.2017.
- Bogerts B, Walter M (2017b) Funktionell-neuroanatomische und neuropathologische Grundlagen psychischer Störungen. In: Möller HJ, Laux G & Kapfhammer HP (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Band 1, 5.Auflage., erw. u. vollst. neu bearb. Aufl. Berlin: Springer-Verlag, S. 193-214
- Buades-Rotger, M., Brunnlieb, C., Münte, T. F., Heldmann, M., & Krämer, U. M. (2016). Winning is not enough: ventral striatum connectivity during physical aggression. *Brain Imaging and Behavior*, 10(1), 105-114. DOI: 10.1007/s11682-015-9370-z
- Buckholtz JW, Meyer-Lindenberg A (2006). MAOA and the neurogenetic architecture of human aggression. *Trends in Neuroscience* 31 (3), 120-129
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R (2002) Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science* 297, 851-854
- Choi JK, Bowels S (2007) The coevolution of parochial altruism and war. *Science* 318: 636-640
- Coccaro EF, Bergeman CS, McClearn GE (1993) Heritability of irritable impulsiveness: a study of twins reared together and apart. *Psychiatry Res* 48: 229-242
- Davidge KM, Atkinson L, Douglas L, Lee V, Shapiro S, Kennedy JL, Beitchman JH (2004) Association of the serotonin transporter and 5HT1Dbeta receptor genes with extreme, persistent and pervasive aggressive behaviour in children. *Psychiatr Genet* 14: 143-146
- DiLalla DL, Carey G, Gottesman, II, Bouchard TJ, Jr. (1996) Heritability of MMPI personality indicators of psychopathology in twins reared apart. *J Abnorm Psychol* 105: 491-499
- Dreher JC, Dunne S, Pazderskae A, Frodl T, Nolan JJ, O'Doherty JP (2016): Testosterone causes both prosocial and antisocial status-enhancing behaviors in human males. DOI:10.1073/pnas.1608085113
- Elbert T, Schauer M1, Moran JK (2017) Two pedals drive the bi-cycle of violence: reactive and appetitive aggression. *Curr Opin Psychol*. 2018 Feb;19:135-138
- Elbert T, Weierstall R, Schauer M (2010) Fascination violence: on mind and brain of man hunters. *Europ Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260, Suppl. 2. 100-105
- Elbogen EB, Johnson SC (2009) The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 66: 152-161
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009 Aug;6(8):e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120

- Fazel S, Wolf A, Palm C, Lichtenstein P (2014a) Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry*. 2014 Jun;1(1):44-54
- Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Långström N, Lichtenstein P (2014b) Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet* 384:1206–1214
- Glenn AL, Raine A (2009) Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, neurobiological, and legal perspectives. *Int J Law Psychiatry*; 32(4):253-8
- Gomez, J. M., Verdu, M., Gonzales-Megias, A., & Mendez, M. (2016). The phylogenetic roots of human lethal violence. *Nature*, 538(7624), 233-237. DOI: 10.1038/nature19758
- Hess WR (1949) *Das Zwischenhirn*. Schwabe, Basel
- Kanske P, Böckler A, Trautwein FM, Singer T (2015) Dissecting the social brain: Introducing the EmpaToM to reveal distinct neural networks and brain-behavior relations for empathy and Theory of Mind. *Neuroimage*. 2015 Nov 15;122:6-19.
- Mojtabai R (2006) Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Mar;41(3):183-190
- Möller-Leimkühler AM, Bogerts B (2013) Kollektive Gewalt - Neurobiologische, psychosoziale und gesellschaftliche Bedingungen. *Nervenarzt*. 84(11):1345-54, 1356-8
- Pinker S (2011) *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, Viking Adult, 2011
- Ploog D (1974) Biologische Grundlagen aggressiven Verhaltens. *Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens* 49-77
- Putkonen A, Ryyanen OP, Eronen M, Tiihonen J (2007) Transmission of violent offending and crime across three generations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 94-99
- Retz W, Retz-Junginger P, Supprian T, Thome J, Rosler M (2004) Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence: relation with personality disorders, impulsivity, and childhood ADHD psychopathology. *Behav Sci Law* 22: 415-425
- Schiltz K, Witzel JG, Bausch-Hölterhoff J, Bogerts B (2013) High prevalence of brain pathology in violent prisoners: a qualitative CT and MRI scan study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 263(7): 607-16
- Takahashi, H., Kato, M., Matsuura, M., Mobbs, D., Suhara, T., & Okubo, Y. (2009). When your gain is my pain and your pain is my gain: neural correlates of envy and schadenfreude. *Science*, 323 (5916), 937-939. DOI: 10.1126/science.1165604
- Tiihonen J, Rautiainen MR, Ollila HM, Repo-Tiihonen E, Virkkunen M, Palotie A, Pietiläinen O, Kristiansson K, Joukamaa M, Lauerma H, Saarela J, Tyni S, Vartiainen H, Paananen J, Goldman D, Paunio T (2015): Genetic background of extreme violent behavior. *Molecular Psychiatry* 20 (6), 786-792

Wehring HJ, Carpenter WT (2011) Violence and schizophrenia. Schizophr Bull. 2011 Sep;37(5):877-878. doi: 10.1093/schbul/sbr094

Korrespondenzadresse des Autors:

Prof. Dr. med. Bernhard Bogerts
Salus-Institut, Salus gGmbH, Seepark 5,
39116 Magdeburg

b.bogerts@salus-lsa.de

10 Jahre Maßregelvollzug sind genug?!

Herausforderungen der Gesetzesnovelle der Unterbringung im Maßregelvollzug an das psychiatrische Versorgungssystem

Ute Franz

1. Ausgangslage – Maßregeln der Besserung und Sicherung

Sabine Rückert spricht in der Zeit vom 11.12.2008 von der „Lebensversicherungsanstalt Maßregelvollzug“: „Seit Jahren wächst die *Zahl eingesperrter psychisch kranker Straftäter*. Aus Angst vor Rückfällen und damit verbundenen Skandalen trauen sich viele Ärzte in der forensischen Psychiatrie nicht mehr, gute *Prognosen* zu stellen- auch wenn die Patienten mittlerweile ungefährlich sind. So dämmern Unzählige zu Unrecht hinter Gittern.“ Als Grund dafür nennt sie das täterfeindliche Klima im Land, rückfällige Kriminelle seien das Lieblingsthema der Boulevardmedien, die Einschaltquoten und Schlagzeilen brächten. Der durchschnittliche Maßregelvollzugspatient bleibe mittlerweile über 7 Jahre in der Klinik, 2002 seien es noch 4 ½ Jahre gewesen und die Tendenz steige und steige. Somit steigt 2008 die Zahl der Unterbringungen, parallel verlängert sich die Dauer der Unterbringungen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bleibt dabei im Hintergrund. Kröber stellt 2014 fest: „Das Rechtsprinzip der Verhältnismäßigkeit ... bekommt eigenständige Bedeutung dort, wo eben keine so definierte Strafe (gemeint ist: schuldangemessene Strafe) zu verbüßen ist,

sondern eine Maßregel der Besserung und Sicherung. Hier soll der Verurteilte ein Sonderopfer für die Gesellschaft bringen, die ihn wegen seiner unterstellten fortdauernden Gefährlichkeit einsperren lässt.“ Er bemerkt weiter, dass „initiiert durch den europäischen Druck und die neue Rechtslage zur Sicherungsverwahrung die Verhältnismäßigkeit prophylaktischer Freiheitsentziehung auch in der Psychiatrie neuerdings auch in der Psychiatrie neuerdings sorgsam geprüft und nun in vielen Fällen bejaht werden... Die Sicherungsverwahrten bereiten psychisch kranken Rechtsbrechern einen Weg in die Freiheit (also in die ambulante Nachsorge).“¹⁾

2. Ausgangslage – Maßregeln der Besserung und Sicherung

Bereits im Allgemeinen preußischen Landrecht (§ 5 Th. Tit. 20) ist von „Dieben und anderen Verbrechern“ die Rede, „welche ihrer verdorbenen Neigungen wegen dem gemeinen Wesen gefährlich werden könnten, die nach ausgestandener Strafe des Verhafts nicht eher entlassen werden, wie sie sich auf ehrliche Art zu ernähren im Stande sind.“ Als Errungenschaft der Weimarer Republik, neben dem Schuldstrafrecht die Maßregeln der Besserung und Sicherung als

Präventionsstrafrecht einzuführen, wurde im Jahr 1933 das Gewohnheitsverbrechergesetz eingeführt. Neben den eigentlichen Strafen wurden die Maßregeln der Besserung und Sicherung eingeführt. Damit sollte zum Schutze der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten auch im Falle von Schuldlosigkeit auf Straftäter eingewirkt werden als Abschluss einer Diskussion über ergänzende Sanktionen und Errichtung des zweispurigen Systems.

3. Das neue Gesetz der Bundesregierung – Hintergründe und Beweggründe

Die Bundesregierung reagierte auf die Zunahme der im psychiatrischen Maßregelvollzug untergebrachten Personen. 1990 lag die Zahl der gemäß § 63 StGB Untergebrachten im früheren Bundesgebiet bei 2489, 2000 bei 4089, 2005 bei 5640, 2010 bei 6569 und 2013 bei 6652 Personen (Quelle Statistisches Bundesamt) bei gleichzeitigem Anstieg der Unterbringungsdauer und ohne konkrete Belege für einen parallelen Anstieg der Gefährlichkeit. Beeinflusst wurde die Gesetzesnovellierung maßgeblich durch die breite öffentliche Diskussion um den Fall Mollath. In der Pressemitteilung des BMJV vom 29.04.2016 äußert sich Heiko Maas als zuständiger Justizminister: „Mit dem nun beschlossenen Gesetz sorgen wir dafür, dass Betroffene besser vor unverhältnismäßigen und unverhältnismäßig langen Unterbringungen geschützt sind, ohne dass wir das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit aus den Augen verlieren. Lebenslange Unterbrin-

gungen sollen zwar nach wie vor möglich sein, aber nur noch in wirklich schweren Fällen. Personen, bei denen lediglich das Risiko von Straftaten mit geringem wirtschaftlichen Schaden besteht, müssen nicht im Maßregelvollzug untergebracht werden. Und: Unterbringungen nach § 63 StGB werden künftig engmaschiger durch fachliche Gutachten auf ihre weitere Notwendigkeit hin überprüft. Mit unserer Neuregelung stärken wir den bereits vom Bundesverfassungsgericht betonten Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und setzen so ein klares Zeichen für den Rechtsstaat.“

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit soll also Anwendung auf die Anordnung der Maßregel wie auch auf die Dauer der Maßregel finden. Die Überprüfung der Gefährlichkeit soll durch engmaschige fachliche Gutachten als Lösung erfolgen.

In der Tabelle 1 Seite 43 ist der alte und neue Wortlaut des § 63 StGB, der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gegenübergestellt. Der hier gefasste Grundsatz der Verhältnismäßigkeit findet Anwendung auf die Anordnung der vorübergehenden Unterbringung gemäß § 126a StPO, die Anordnung des § 63 StGB, die Anordnung der vorübergehenden Invollzugsetzung des § 63 StGB zur Krisenintervention gemäß § 67h StGB, die Erlassung eines Sicherungshaftbefehls nach § 453c StPO zur Vorbereitung eines Bewährungswiderrufs sowie die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung gemäß § 67b StGB.

Die Tabelle 2 Seite 43 stellt alte und neue Fassung des § 67d StGB gegenüber.

Tabelle 1: alter und neuer Wortlaut des § 63 StGB, der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus

Alt	Neu
<p>Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass von ihm infolge seines Zustands erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.</p>	<p>Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.</p>

Tabelle 2: Gegenüberstellung alte und neue Fassung des § 67d StGB

Alt: Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die für die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt.

Neu: *Dauert die Unterbringung sechs Jahre, ist ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Sind 10 Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend.*

Absatz 3 Satz 1 lautet: *Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.*

Gegenüber der alten Fassung des § 67d StGB wird die Verhältnismäßigkeit nach 6 spätestens aber nach 10 Jahren grundsätzlich in Frage gestellt, es sei denn es drohen erhebliche rechtswidrige Taten, durch die zukünftige Opfer schwer seelisch oder körperlich geschädigt oder in die Gefahr einer solchen Schädigung gebracht werden. Dazu werden vom Gesetzgeber nun Sachverständigengutachten eingeholt, die darlegen sollen, ob der Untergebrachte infolge seines Zustandes weitere erhebliche Straftaten begehen wird, die zukünftige Opfer schwer schädigen.

Die untenstehende Tabelle 3 zeigt den neuen Überprüfungsmodus gemäß § 463 StPO.

Hier geht der Gesetzgeber wohl davon aus, dass der Gutachter die Lösung des Problems der Verhältnismäßigkeit sein kann. Nach 10 Jahren Unterbringung im Maßregelvollzug hat ein Patient insgesamt 5 Gutachten bekommen, ein Gutachten im Rahmen der Hauptverhandlung, das erste Prognosegutachten nach 3 Jahren, das zweite nach 6 Jahren, danach alle 2 Jahre ein Prognosegutachten.

In diesem Zusammenhang stellt das Gericht die folgenden Fragen an die Sachverständigen:

Mit welchen strafbaren Handlungen ist konkret zu rechnen? Ist insbesondere mit Sexualstraftaten zu rechnen? Mit welcher Art von Gewaltdelikten ist zu

Tabelle 3: Der neue Überprüfungsmodus gemäß § 463 StPO

Vollstreckung der Maßregeln der Besserung und Sicherung-Änderung des Abs. 4

Satz 1 neu: *Im Rahmen der Überprüfung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) nach 67e StGB ist eine **gutachterliche Stellungnahme der Maßregelvollzugseinrichtung** einzuholen, in der der Verurteilte untergebracht ist.*

Satz 2 geändert: *Das Gericht soll **nach jeweils drei Jahren, ab einer Dauer von sechs Jahren nach jeweils zwei Jahren** vollzogener Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus das **Gutachten eines Sachverständigen** einholen.*

Satz 3 geändert: *Der **Sachverständige** darf weder im Rahmen des Vollzugs der Unterbringung mit der Behandlung der untergebrachten Person befasst gewesen sein noch in dem psychiatrischen Krankenhaus arbeiten, in dem sich die untergebrachte Person befindet, noch soll er das letzte Gutachten bei einer vorangegangenen Überprüfung erstellt haben.*

Satz 4 und 5 neu: *Der **Sachverständige**, der für das erste Gutachten im Rahmen einer Überprüfung der Unterbringung herangezogen wird, soll auch nicht das Gutachten in dem Verfahren erstellt haben, in dem die Unterbringung oder deren späterer Vollzug angeordnet worden ist. Mit der Begutachtung sollen nur **ärztliche oder psychologische Sachverständige** beauftragt werden, die über **forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung** verfügen.*

rechnen? Mit welcher Häufigkeit bzw. Rückfallfrequenz ist zu rechnen? Mit welchem Grad an Wahrscheinlichkeit ist mit der Begehung der zuvor beschriebenen Straftat zu rechnen? Gibt es Situationen, in denen die Wahrscheinlichkeit der zuvor beschriebenen Straftaten erhöht ist? Ist mit körperlichen und/oder seelischen Schäden bei den potenziellen Opfern zu rechnen? Besteht zumindest die Gefahr von körperlichen und/oder seelischen Schäden bei den potenziellen Opfern?

Auf welcher empirischen Datenbasis Sachverständige diese Fragen, die die Gerichte teilweise immer konkretistischer stellen, seriös beantworten sollen, bleibt offen. Welche Bedeutung hat die Gesetzesänderung für die Praxis? Stehen plötzlich gefährliche psychisch kranke Straftäter auf sich gestellt vor der Tür des Maßregelvollzugs? In Bremen gab es bisher nur wenige Erledigungen der Maßregel wegen Verhältnismäßigkeit, andere Bundesländer melden deutlich höhere Zahlen. Vor welchen Herausforderungen stehen die ambulanten Systeme von Forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie?

4. Auswirkungen der neuen Gesetzeslage

Die Strafvollstreckungskammern verzeichnen eine erhebliche Zunahme an Begutachtungen, insbesondere zu speziellen Fragestellungen bei der prognostischen Einschätzung von Sexualstraftätern winken erfahrene Gutachter ab, weil sie überlastet und ausgebucht sind. Das Stichwort der Stunde ist die not-

wendige „Begründungstiefe“, die den Sachverständigen in ihren Prognosegutachten wie auch den Richtern der Strafvollstreckungskammern in ihren Beschlüssen abgefordert wird. Die Zahl der Rechtsmittel gegen Beschlüsse nimmt zu, aus einzelnen Bundesländern ist eine deutliche Erhöhung der Erledigungen der Maßregel nach § 63 StGB zu vermelden. Auch für die Unterbringung zur Krisenintervention nach § 67h StGB ist die Eingangsschwelle erhöht.

Für die Maßregelvollzugskliniken wirft die Gesetzesnovellierung mehr Fragen als Antworten auf:

Wie soll die Klinik künftig Stellungnahmen verfassen?

Sollen die Klinik vom bewährten Prinzip der schrittweisen Erprobung in Lockerungen und Freiheitsgraden abweichen und die Außenorientierung forcieren?

Soll die Klinik Patienten viel früher als bisher in externe Einrichtungen verlegen?

Welche Einrichtung wird schlechter vorbereitete Patienten aus dem Maßregelvollzug übernehmen?

Wie soll die Klinik Patienten, die sie für zu krank und damit auch noch für gefährlich hält in welche Einrichtung entlassen?

Was kann die Nachsorge in dieser Gemengelage leisten?

Wie können externe Einrichtungen motiviert werden, forensische Patienten aufzunehmen, die die Klinik eigentlich nicht für entlassungsfähig hält?

Welche Möglichkeiten schneller, gezielter Krisenintervention gibt es noch ?

Die Listen der Fragen könnte nahezu beliebig verlängert werden, die Zusammenarbeit und enge Verzahnung der Allgemeinpsychiatrie und der Forensischen Psychiatrie ist wichtiger, aber auch schwieriger denn je und mit einer Fülle ungelöster Probleme zu rechnen. Viele psychisch kranke Menschen werden gar nicht erst im Maßregelvollzug untergebracht, selbst wenn sie Straftaten begehen (Stichwort § 126 a StPO). Es werden „andere“ Patienten auf das psychiatrische Versorgungssystem zukommen. Es werden wesentlich „kränkere“ Patienten aus der Forensik entlassen werden müssen und damit zwangsläufig in die Zuständigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems übergehen. Die Notwendigkeit für die Schaffung „besonders geschützter“ (geschlossener) (Heim-) Plätze wird zunehmen. Kriseninterventionen werden wesentlich schwieriger auf dem Hintergrund der Erledigung der Maßregel. Es ist mit einer höheren Rückfallwahrscheinlichkeit zu rechnen. Vernetzung und Kooperation werden noch wichtiger als bisher. Zur Illustration der Brisanz dieses Problems ein paar Zahlen für das kleine Bundesland Bremen:

14 Patienten der Bremer Forensik sind derzeit länger als 6 Jahre untergebracht (davon 7 im 9. Jahr!). 22 Patienten der Bremer Forensik sind derzeit länger als 10 Jahre untergebracht (davon 7 länger als 20 Jahre!). Wir haben also tatsächlich eine gemeinsame Herausforderung, auch wenn einige dieser Menschen sicher auch unter der veränderten Gesetzeslage das Kriterium weiterbestehender erheblicher Gefährlichkeit aufweisen und

somit trotz des schon sehr langen Unterbringungszeitraums auch nach neuer Gesetzeslage im Maßregelvollzug verbleiben werden. Dennoch gibt es schon jetzt viel zu tun, die Aufgabe für alle Beteiligten wird nicht leichter.

Korrespondenzadresse der Autorin:

Ute Franz, Chefärztin der Forensik
im Klinikum Bremen-Ost,
Züricher Str. 40
28325 Bremen

Email:

Ute.franz@klinikum-bremen-ost.de

Evidenz von stationsäquivalenter Behandlung: HomeCare oder HomeTreatment?

Thomas Frodl

Zusammenfassung

Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) erweitert das Angebotsspektrum der psychiatrischen Kliniken um die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“. Welche Erfahrungen gibt es damit? Welche Evidenz liegt hierzu vor? Wie sind die Kosten zu schätzen? Die nachfolgende Übersicht soll einen Einblick in HomeTreatment / HomeCare geben. Hierzu werden eigene Erfahrungen berichtet und auch die wissenschaftliche Literatur herangezogen. Erfahrungen mit HomeTreatment / HomeCare sowie die Studienlage legen nahe, dass dieser Behandlungsansatz von Professionellen, Betroffenen und Angehörigen sehr gerne angenommen wird. Studien haben gezeigt, dass die Anzahl und die Dauer der stationären Aufnahmen durch HomeTreatment / HomeCare verringert werden können. Durch die Integration des HomeCare Ansatzes in weitere Behandlungsangebote wie teil(stationäre) oder ambulante Angebote scheint durch die dadurch gewonnene Flexibilität und Kontinuität z.B. auch die Positiv- und die Negativsymptomatik bei Personen mit Psychosen günstig beeinflusst zu werden.

Schlüsselwörter:

HomeTreatment, HomeCare, Assertive

Outreach, Schizophrenie, Behandlungsansätze

Einleitung

HomeCare / HomeTreatment wird im Gegensatz zu der aufsuchenden Pflege, die von psychiatrischen Institutsambulanzen seit Jahren eingesetzt wird, als umfassenderer Behandlungsansatz verstanden. In einigen Ländern wird der Begriff HomeCare, in anderen HomeTreatment verwendet. Gemeint ist dabei die medizinische Behandlung zu Hause, die als „Care“ (medizinische Betreuung und Zuwendung, siehe auch „Health Care“) und auch als „Treatment“ (Behandlung (nicht Bearbeitung)) verstanden werden sollte. Aufgrund des in der englischen Literatur auch negativ verstandenen Begriffs „treatment“ wird im Folgenden von HomeCare geredet.

HomeCare wird dabei als zeitlich begrenzte Akutbehandlungen zu Hause eingesetzt, die darauf abzielt Aufnahmen in die Kliniken zu vermeiden oder zu verkürzen. HomeCare hat damit sozusagen den Anspruch stationsersetzend zu sein. Die Einbeziehung der Angehörigen ist dabei natürlicherweise – aufgrund der Kontakte, die im häuslichen Umfeld entstehen – in die Behandlung integriert. Der Definition gehört

auch an, dass HomeCare ein personalintensives Angebot darstellt, da in der Regel eine 1:1 oder gar 2:1 Behandlung im häuslichen Setting durchgeführt wird.

Es stellt sich natürlich die Frage, wer von HomeCare profitiert. Dies sind insbesondere Betroffene, die rasche Wechsel im Erkrankungsverlauf aufweisen können und damit z.B. Personen mit affektiven oder schizophrenen Psychosen (1). Auch Personen, bei denen schwerwiegende Konsequenzen sozialer oder gesundheitlicher Art, z.B. im Falle eines Rückfalls, auftreten können, können in besonderem Maße von HomeCare profitieren. Diejenigen, die schlecht Behandlungsratschläge verfolgen oder die mit dem Krankenhaus schlecht interagieren, sind erfolgsversprechende Zielgruppen. Bei Personen, die jegliche Kooperation mit den Leistungsanbietern ablehnen, wird dagegen auch HomeCare, nicht helfen können, wenn nicht davor ein Umdenken initiiert werden kann.

Bisher wurden einige Studien durchgeführt, die den HomeCare Ansatz mit einer anderen Therapieform verglichen haben. Im Folgenden soll eine Zusammenfassung vorhandener Studien gegeben werden und diese auch hinsichtlich Aussagekraft bewertet werden.

Übersicht über die Studienlage zu HomeCare:

Die Evidenz aus der Studienlage für HomeCare ist aufgrund der Schwierigkeit in einer randomisierten Studie eine geeig-

nete Vergleichsgruppe zu finden nicht wirklich gut, obwohl eine ganze Fülle an Studien durchgeführt worden ist (1). Eine systematische Übersicht von Kriseninterventionen auf Basis der „Cochrane Collaboration“ zeigte Ende des letzten Jahrtausends nur 5 methodisch sehr gute Studien, von denen 4 bereits vor 1978 durchgeführt worden waren (2). Zwischen 1998 und 2006 waren keine weiteren Studien hinzugekommen, die die Qualitätskriterien erfüllten und damit in die Cochrane Analyse eingeschlossen werden konnten (3). Im Ergebnis hilft HomeCare wiederholte Aufnahmen zu verhindern (N=465, 3 RCTs, Effektstärke (Risk Ratio-Methode)=0.72, Number Needed to Treat (NNT)=11). HomeCare und Krisenintervention zu Hause war mit einer niedrigeren Abbruchrate der Studie bzw. Behandlung verbunden (N=594, 4 RCTs, RR lost at 12 months=0.74, NNT=13), reduziert die Belastung der Familien (N=120, 1 RCT, RR=0.34 NNT=3), und stößt auf eine höhere Zufriedenheit bei Patienten und deren Familien. Versorgung durch bevölkerungsnaher Versorgungsteams für seelische Gesundheit konnte in Studien als nicht schlechter wie die Standardversorgung mit Krankenhausbehandlung dargestellt werden (4). In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2002 konnten 56 randomisierte klinische Untersuchungen und 35 nicht randomisierte klinische Untersuchungen beschrieben werden. Die Autoren schlussfolgernden, dass durch HomeCare eine geringe Rate an Hospitalisation aufgetreten ist (1).

Eine Alternative zur stationären Behand-

lung bildet die teilstationäre Behandlung in Tageskliniken. Die klinische Verbesserung ist in Tageskliniken nach einigen Studien stärker, bei zugleich geringeren Kosten, im Vergleich zur stationären Behandlung (5). Diese tagesklinische Behandlung ist in Deutschland bereits weit verbreitet, wogegen HomeCare als Akutbehandlungsform erst am Entstehen sind.

In Manchester wurde eine Vergleichsstudie zwischen der Behandlung in einer Tagesklinik und HomeCare durchgeführt. Hierbei wurden insbesondere der klinische Verlauf und auch die Kosten der Behandlung verglichen zwischen Betroffenen, die mit HomeCare behandelt wurden und denen, die in einer Tagesklinik behandelt wurden. Patienten mit einer primären Substanzabhängigkeit oder einer organischen affektiven Störung

wurden von der Studie ausgeschlossen. Während der Studienperiode wurden 105 Patienten mit HomeCare behandelt. Patienten, die im HomeCare behandelt wurden, waren schwerer krank wie diejenigen in der tagesklinischen Behandlung. Unterschiede zwischen HomeCare und tagesklinischer Behandlung bestanden darin, dass bei Homecare das Personal 24 Stunden verfügbar war, dass ein stärkeres Personalverhältnis zur Anzahl der behandelten Patienten bestand und dass die Behandlung zu Hause gewählt werden konnte. Welcher dieser Faktoren eher begünstigt hat, dass schwerer kranke Patienten in Home Care behandelt werden konnten, ist in der Studie nicht geklärt worden. Interessanterweise waren die Kosten der HomeCare Behandlung höher wie diejenigen der Tagesklinik aber niedriger wie die der stationären Behandlung (6).

Anmerkungen des Home Care Teams
Grundsätzlich wird uns immer wieder gespiegelt, dass die Patienten sich durch die gute Vernetzung des multiprofessionellen Teams und den daraus resultierenden Hilfestellungen gut aufgehoben fühlen, da sie in den akuten Phasen häufig hilflos seien und nicht selbstständig in Aktion kämen.
Weiterhin wird geschätzt, dass das Personal Zeit für die jeweiligen Bedürfnisse hat und die Betroffenen sich wahrgenommen fühlen.
Herr W. ist 38 Jahre alt mit Diagnose F20.0. Er war nach Aussagen des Klinikpersonals innerhalb der Klinik wenig motiviert. Dies konnten wir im Home Care zu keinem Zeitpunkt feststellen. Die von uns übertragenen Hausaufgaben und Denkanstöße hat er im Rahmen seiner Möglichkeiten stetig umgesetzt. Auf Nachfrage berichtete er, dass er sich im häuslichen Wohnumfeld wohler fühle und daher sich seine Motivation geändert habe.
Fr. K. ist 34 Jahre alt mit Diagnosen F60.3 sowie F43.1. Trotz immer wieder stationären Aufenthalten hält sie den Kontakt zum Team. Bei Unruhe oder strukturellen Schwierigkeiten ist es ihr möglich um Hilfe zu bitten. Home Care bietet eine gute Vertrauensbasis.
Viele Patienten bedanken sich nach einer Therapieeinheit, da sie nach eigenen Angaben, gefühlt nicht der Norm entsprechen. Manche haben diesbezüglich Erfahrungen, bei anderen resultiert es aus der Eigenwahrnehmung. Das Wahrnehmen und Spiegeln aller Personen spielt in der Therapie eine zentrale Rolle und begünstigt die Akzeptanz der Krankheit und sich selbst.

Tabelle 1: Statements von Krankenschwester, Ergotherapeutin im HomeCare und von zwei Patienten

Allerdings war dies keine randomisierte Studie, so dass eine Verzerrung der Ergebnisse durch unterschiedliche Zuweisung der Patienten in die Studienarme mit eine Rolle gespielt haben könnte. Unterschiede in der Zuweisung bestanden z.B. in der soziodemographischen Klasse. Während bei der tagesklinischen Behandlung nur Patienten in einer akuten Krise eingeschlossen wurde, wurde die HomeCare Option allen Patienten angeboten. Aus diesem Grund wird die Vergleichbarkeit der beiden Studienarme in Frage gestellt, wobei trotzdem zumindest schlussgefolgert werden kann, dass HomeCare nicht schlechter abschneidet wie die tagesklinische Behandlung, obwohl schwerer kranke Personen in HomeCare eingeschlossen wurden.

In Irland wurde in einem Versorgungsgebiet Dublins (Clondalkin) 1989 ein HomeCare Ansatz verwirklicht. Dazu wurde eine 22-Betten Station geschlossen, die Mitarbeiter wurden über 6 Monate zum HomeCare-Team ausgebildet, so dass dann 9 Krankenpfleger, eine Pflegelei-

tung, ein Arzt, ein Sozialarbeiter und ein Beschäftigungstherapeut zur Verfügung standen. Im Rahmen der Begleitforschung wurde die Effektivität des neuen Versorgungsmodells im Vergleich zum traditionellen Versorgungsmodell untersucht. Eingeschlossen wurden 150 Langzeitklienten und 150 Neuzuweisungen. Je 50 % wurden in Clondalkin, d.h. in den HomeCare Ansatz, und 50 % in der Vergleichsregion in Tallaght in die „Standartbehandlung“ eingeschlossen. Darüber hinaus wurden 200 Familienangehörige untersucht. Die klinische Untersuchung wurde vor Start der Therapie und dann 18 Monate später durchgeführt. Es wurde insbesondere untersucht, ob Psychopathologie, Aufnahme rate, Dauer der Aufnahmen, Angebotsnutzung von Patienten, Erfahrungen der Familien, und die Zufriedenheit zwischen den Behandlungsarmen unterschiedlich waren (7). In den Ergebnissen der Studie zeigten sich keine Unterschiede im klinischen Outcome, und dies bei reduzierten Aufnahme raten und verringerter Dauer der stationären Behandlung in dem Home-

Care Ansatz (Tabelle 2). Zugleich sind von den Patienten, die mit HomeCare behandelt wurden, nicht andere Ressourcen wie z.B. Privatkliniken vermehrt in Anspruch genommen worden. Die Belastung wurde von den Fami-

Jahr	Clondalkin	Tallaght
1990	166 Aufnahmen 9.5 Tage (1-77)	220 Aufnahmen 14.3 Tage (1-134)
1991	166 Aufnahmen 9.9 Tage (1-143)	221 Aufnahmen 14.7 Tage (1-159)
1992	143 Aufnahmen 8.2 Tage (1-148)	241 Aufnahmen 17.3 Tage (1-159)
1993	179 Aufnahmen 7.9 Tage (1-58)	227 Aufnahmen 14.7 Tage (1-150)

Tabelle 2: Anzahl der Aufnahmen in dem HomeCare Ansatz im Vergleich zum traditionellen Ansatz.

lienangehörigen in dem HomeCare Ansatz als geringer angegeben. Patienten und Mitarbeiter waren darüber hinaus zufriedener mit dem neuen Modell (7).

Gesamtkontext, „Assertive Outreach“

HomeCare wird in der Regel in einem Gesamtkontext eines psychiatrischen Versorgers oder in einem Netzwerk angeboten, so dass die Übergänge von ambulanter Behandlung hin zum HomeCare und zur (teil)stationären Behandlung möglichst flexibel gehandhabt werden können. Idealerweise würde der Patientenweg von ambulanter Behandlung ins HomeCare gehen und im Bedarfsfall dann bei nicht erfolgter Besserung oder weiterer Verschlechterung in die stationäre Behandlung und nicht wie derzeit oft praktiziert im Notfall auf die Akutstation, dann in die teil(stationäre) Therapie und schließlich in die Ambulanz. Derartige Ansätze finden sich auch bei „Assertive Outreach“, deren Schlüsselkomponenten in flexiblen, teambasierten Therapien mit kleinen Fallzahlen pro Mitarbeiter bestehen. Außerdem finden reguläre Visiten zu Hause, Krisenintervention, Fallmanagement, Psychoedukation und Verantwortungsübernahme in Bezug auf soziale und medizinische Bedürfnisse statt. In einer Studie, die in Deutschland durchgeführt wurde, wurde der „Assertive Outreach“ Ansatz (N=176) mit dem Standardservice (N=142) verglichen. Im Ergebnis waren nach 1 Jahr das globale Funktionsniveau (GAF) und die Symptomatik in der „Assertive Outreach“ Gruppe signifikant besser als in der Vergleichsgruppe. Die Autoren

schlussfolgern, dass die Patienten in der „Assertive Outreach“ Gruppe klar von der besseren Integration der Behandlungsangebote und von der Unterstützung durch Visiten zu Hause, Krisenintervention, Fallmanagement, und Psychoedukation profitierten (8).

Therapieformen zu Hause

Neben der Frage, ob durch HomeCare eine mindestens gleichwertige oder sogar bessere Behandlung angeboten werden kann, stellt sich auch die Frage, welche individuellen Therapieformen eingesetzt werden können. Grundsätzlich lassen sich alle Therapieverfahren anwenden. Es ist sogar möglich Gruppenangebote mit dem HomeCare Ansatz zu kombinieren, wenn der Patient dazu die Therapiestätte aufsucht. Da zu Hause meist ein Patient behandelt wird, ggf. unter Einbezug der Familie, wird der Therapieplan immer individuell an den Bedürfnissen des Patienten und Möglichkeiten des therapeutischen Teams ausgerichtet sein können, was einen entscheidenden Vorteil in der Behandlung darstellen kann.

Je nach Störungsbild hat sich der Einsatz unterschiedlicher Therapieformen bewährt. Während bei Personen mit schizophrenen Psychosen sich neben Psychoedukation, Einbeziehung der Familienangehörigen und der medikamentösen Therapie der Einsatz von verhaltenstherapeutischen Methoden, die speziell für Psychosen entwickelt wurden (z.B. Turkington and Kingdon, (9)), sehr bewährt hat, gibt es bei anderen Störungsbildern andere etablierte Vorgehensweisen.

Im Fall von Depressionen wurde eine

kognitive Verhaltenstherapie zusammen mit Programmen zur körperlichen Aktivität, die zu Hause begleitet werden können, als wirksam belegt. In einer Meta-Analyse von verfügbaren Studien wurden 1. heimbasierte psychotherapeutische Intervention, 2. heimbasierte Interventionen durch körperliche Aktivität und 3. die Kombination aus heimbasierter Psychotherapie und Interventionen durch körperliche Aktivität verglichen. Im Ergebnis zeigte sich der kombinierte Ansatz und die psychotherapeutische Intervention als vorteilhaft im Vergleich zu reiner Intervention mit körperlicher Aktivität (10).

Auch Personen mit Angststörungen werden immer wieder mit HomeCare erfolgreich behandelt, gerade, wenn diese durch die Störung so eingeschränkt sind, dass sie das Haus gar nicht mehr verlassen können. Dann ist die zu Hause durchgeführte bzw. begonnene Psychotherapie oder Co-Therapie hilfreich, bis die Betroffenen wieder selbst zur Therapiestunde gehen können.

Betroffene mit suizidalen Krisen oder sogar Betroffene nach Suizidversuch können weiter ambulant behandelt werden, wenn das HomeCare Team auch eine Frühintervention übernimmt oder mit einem Frühinterventionsteam zusammenarbeitet und in der Notaufnahme Kriseninterventionen durchgeführt werden. In Dublin hatten wir sehr selten Patienten, die sich notfallmäßig vorgestellt haben oder die vom Rettungsdienst vorgestellt wurden, stationär aufgenommen, auch wenn diese einen Suizidversuch unternommen hatten. Aufgenommen wurden in der Regel Personen, die auch neben

der Suizidalität an einer Psychose litten oder eine psychotische Depression hatten. Zu beachten sind hier die unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen in verschiedenen Ländern, die den Umgang mit Suizidalität und Unterbringungsvorgaben beeinflussen. Ein gesetzlicher Rahmen, der das Behandlungsteam im Falle eines Suizids nach ambulanter Krisenintervention nicht im Regen stehen lässt, wäre dazu auch in Deutschland unerlässlich. In der Notfallsituation spielte in Dublin die familienbasierte (oder bezugspersonenbasierte) Krisenintervention eine große Rolle:

In der gängigen Praxis werden oft suizidale Patienten nach sehr geringen oder sogar keinen Interventionen aus den zentralen Notaufnahmen eines Krankenhauses stationär aufgenommen. Die familienbasierte Krisenintervention (FBCI) ist eine Notfallintervention, die darauf abzielt, den Betroffenen soweit in der Notaufnahmesituation zu stabilisieren, so dass er oder sie sicher zu ihren Familien zurückkehren können. Diese Krisenintervention kann auch bei älteren Personen auf andere Bezugspersonen wie die Lebensgefährten oder Freunde übertragen werden. In einer Studie wurden 142 suizidale Jugendliche (im Alter 13-18 Jahren), die sich mit ihren Familien zusammen in der Notaufnahme vorstellten eingeschlossen und dann entweder der gängigen Praxis (Treatment As Usual, TAU) oder der FBCI Behandlung zugewiesen (11). Die Betroffenen und ihre Familien füllten Fragebögen zur Suizidalität, Familienunterstützung und Zufriedenheit mit der Behandlung aus und es wurden 3 Verlaufsuntersuchungen über

die Zeitdauer von 1 Monat durchgeführt. Im Ergebnis konnten die Betroffenen, die FBCI erhalten hatten, signifikant häufiger nach Hause entlassen werden im Vergleich zu denen, die unter TAU-Bedingungen behandelt wurden ($p < 0.001$). Familien, die der FBCI zugeordnet wurden, berichteten über signifikant bessere Familienunterstützungen und höhere Zufriedenheit mit der Behandlung. Dieser Zustand war stabil auch über die Verlaufsbeobachtung von einem Monat zu sehen. Während der Studie traten keine Suizide auf. FBCI ist daher ein Behandlungsmodell, das eine Alternative zu der traditionellen Notaufnahmebehandlung darstellt (11).

HomeCare bietet auch die Möglichkeit computerbasierte Therapieansätze und telemedizinische Ansätze zusätzlich einzusetzen. So haben wir in Magdeburg begonnen in unserem HomeCare Ansatz die digitale kognitive Remediation einzuführen. Die Betroffenen mit Psychose erhalten hier zu Hause, sofern es ihr Zustand erlaubt, Anleitungen zum Einsatz der kognitiven Remediation. Dabei versprechen wir uns eine Verbesserung der kognitiven Funktionen wie der Aufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses. In den regelmäßigen Terminen des HomeCare Teams kann dann auch die Umsetzung der Therapie besprochen werden oder die Therapie an die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst werden.

Auch eine Kombination aus HomeCare und Telehealth ist im Prinzip möglich. Telehealth ist eines der innovativen Gebiete auf dem Gesundheitsmarkt, das rasch wachsen wird. Interessanterweise

gibt es mittlerweile erste wissenschaftliche Untersuchungen, die nachgewiesen haben, dass Telehealth zumindest unter idealen Bedingungen nicht signifikant schlechter abschneidet wie Intervention, die in Persona durchgeführt werden.

132 Veteranen wurden in eine Studie zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen eingeschlossen. Die Betroffenen wurden mittels prolongierter Exposition behandelt, je zur Hälfte mittels heimbasierter Telehealth und zur anderen Hälfte in Persona. Endpunktvariablen waren die PTSD Checkliste, die vom Kliniker angewandte PTSD Skala und der Beck Depressionsinventar. Im Ergebnis war der heimbasierte Therapieansatz mit Telehealth dem Therapieansatz in Persona weder in Bezug auf die PTSD Symptome noch auf die Depressionsschwere signifikant unterlegen, sowohl nach Beendigung der Therapie als auch 3 Monate und 6 Monate später (12). Insbesondere 6 Monate nach Beendigung der Therapie waren die Werte für Depression und PTSD zwischen den beiden Therapiegruppen identisch. Davor zeigte die Therapie in Persona zumindest numerisch, ohne Signifikanz, ein etwas besseres Abschneiden.

Auf welche Patientengruppen soll man sich konzentrieren

Es stellt sich weiter die Frage, ob neben den oben genannten Patientengruppen für einen personalintensiven Ansatz wie ihn HomeCare darstellt eine Fokussierung auf bestimmte Patientengruppen notwendig ist. Zum Beispiel könnte eine Konzentration auf Ersterkrankte im Rah-

men einer möglichst frühen intensiven Intervention sinnvoll sein oder auch ein Fokus auf die Betroffenen, die besonders oft und lang stationär behandelt werden müssen.

In dem „Lambeth Early Onset“ Projekt, das in Großbritannien initiiert wurde, erfolgte ein Fokus auf ersterkrankte Patienten mit Schizophrenien. Das Team setzte sich zusammen aus leitendem Arzt, Psychiater (Facharzt), Weiterbildungsassistent, 50% Psychologe, Beschäftigungstherapeut, 4 Krankenschwestern, und 2 Krankenpflegehelfern. Der Behandlungsansatz bestand aus der Gabe von atypischem Antipsychotikum, kognitiver Verhaltenstherapie und Familienberatung und –intervention. Nachuntersuchungen der Erkrankungsverläufe haben ergeben, dass die Patienten in dem Ersterkrankungsansatz durch das Frühinterventionsteam schneller eine Therapie erhielten und dass die Therapieergebnisse nach 18 Monaten besser waren im Vergleich zu der herkömmlichen Behandlung ohne aufsuchendes Frühtherapieteam (13).

Eine weitere Möglichkeit wäre sich auf Personen zu konzentrieren, die z.B. sehr häufige und lange stationäre Aufenthalte in den zurückliegenden Jahren in der Klinik in Anspruch genommen hatten und diese durch den HomeCare Ansatz so zu unterstützen, dass die Anzahl der Aufnahmen und die Dauer der stationären Behandlung zurückgeht. Betroffene, die davon profitieren können, wären neben Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auch Patienten mit einer schweren Borderline Störung in Kombination mit einer stö-

runnungsspezifischen Therapie.

Kostenüberlegungen

Zu den Kosten von HomeCare gibt es sehr unterschiedliche Daten und Vorstellungen. Wohingegen die HomeCare-Behandlung sich in einer Vergleichsstudie zwischen HomeCare und der stationären Behandlung als kostengünstiger erwiesen hat (6), kommen Andere zu den Überlegungen, dass gerade durch die Personalintensivität die Behandlung durch HomeCare nicht günstiger wird im Vergleich zu der stationären Behandlung, insbesondere, wenn man die Behandlungskosten über einen längeren Zeitraum betrachtet. Für eine Klinik ist es sogar wahrscheinlich, dass dadurch, dass die stationären Behandlungsmöglichkeiten weiter mit noch bis zu 50 % vorgehalten werden müssen, die Kosten um 50 % im Gesamten steigen würden. Die Begründung dafür ist, dass das gleiche Personal benötigt wird um z.B. 20 Patienten im HomeCare Setting zu behandeln wie zuvor unter der Behandlung mit stationärem Fokus und dann reiner ambulanter Weiterbehandlung. Da weiterhin ca. 50 % der stationären Belegungstage notwendig sein werden, ergibt sich daraus eine Kostensteigerung für den stationären Anbieter um ggf. bis zu 50 %, die nicht durch Einsparnisse im ambulanten Bereich, erbracht werden können. Bei Vorgabe der Kosteneutralität wird damit HomeCare nur schwer zu realisieren sein.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend muss man damit sagen, dass es zwar gute Studien gibt, die den HomeCare Ansatz im Vergleich zu anderen Therapieansätzen untersuchen, aber durchwegs noch weitere Studien an größeren Stichproben dazu benötigt werden, gerade auch, um die Frage zu beantworten, ob die psychiatrische Gesamtversorgung damit besser wird, oder ob durch Hinzunahme von HomeCare als personalintensives Angebot und der Vorgabe, dass dies kostenneutral erfolgen soll, andere Patientengruppen, die nicht mit HomeCare behandelt werden, das Nachsehen haben werden. Erfahrungen mit HomeCare sowie die vorhandene Studienlage legen nahe, dass der Behandlungsansatz von Professionellen, Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen gerne angenommen wird. Die Anzahl der stationären Aufnahmen und auch die Dauer der stationären Aufnahmen kann durch HomeCare verringert werden. Bei Integration des HomeCare Ansatzes in die weiteren Behandlungsangebote scheint durch die dadurch gewonnene Flexibilität und Kontinuität auch der Erkrankungsverlauf bei Personen mit chronischen psychiatrischen Störungen positiv beeinflusst zu werden.

Literaturverzeichnis:

- (1) Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med.* 2002;32(3):383-401.
- (2) Joy CB, Adams, C. E. & Rice, K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. The Cochrane Library Oxford; Update Software. 1998.
- (3) Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(4):CD001087.
- (4) Tyrer P, Coid, J., Simmonds, S., Joseph, P. & Marriott, S. . Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane Library Oxford; Update Software. 1998.
- (5) Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess.* 2001;5(21):1-75.
- (6) Harrison J, Marshall S, Marshall P, Marshall J, Creed F. Day hospital vs. home treatment--a comparison of illness severity and costs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(10):541-6.
- (7) Frodl T. HomeCare Study in Dublin. 2010.
- (8) Kastner D, Buchtemann D, Warnke I, Radisch J, Baumgardt J, Giersberg S, et al. Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients with schizophrenic disorder: Results of a quasi-experimental controlled trial. *Eur Psychiatry.* 2015;30(6):736-42.

- (9) Kingdon D, Turkington D. Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation. *Schizophr Res.* 2017.
- (10) Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkinstian A, Anothaisintawee T. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open.* 2017;7(7):e014499.
- (11) Wharff EA, Ginnis KB, Ross AM, White EM, White MT, Forbes PW. Family-Based Crisis Intervention With Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Pediatr Emerg Care.* 2017.
- (12) Acierno R, Knapp R, Tuerk P, Gilmore AK, Lejuez C, Ruggiero K, et al. A non-inferiority trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behav Res Ther.* 2017;89:57-65.
- (13) Pow Outreach & Support in South London (OASIS) service. *Early Interv Psychiatry.* 2007;1(1):97-103.

Korrespondenzadresse des Autors:

Univ.-Prof. Dr.med. Thomas Frodl
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum A.ö.R., Medizinische Fakultät,
Otto von Guericke Universität Magdeburg
Leipzigerstr. 44
39120 Magdeburg

Email:
Thomas.Frodl@med.ovgu.de

SCHIZOPHRENIE
