

1 Das Forensisch Ergotherapeutische Aufnahmeverfahren Regensburg – FETA-R

Jürgen Aukofer

Die meisten ergo- bzw. arbeitstherapeutischen Aufnahmeverfahren oder Erstgespräche bestehen aus einem Anamnesebogen und einer mündlichen Einführung in die Arbeitstherapie. Es werden die Räumlichkeiten gezeigt, die angebotenen Tätigkeiten erläutert und auf die Regeln der Abteilung hingewiesen. Dieser Vorgang ist sicherlich wichtig um den Patienten die jeweilige Abteilung nahezubringen und somit Transparenz in Bezug auf das weitere Vorgehen zu schaffen. Davon profitieren Patienten und Mitarbeiter zu gleichen Maßen.

Insgesamt bietet die Aufnahme aber aus meiner Sicht noch wesentlich mehr Chancen und möglicherweise auch ein höheres Maß an Transparenz und Handlungssicherheit für beide Parteien. Vor allem aber ist die Aufnahmesituation der Patienten der erste Schritt zu einer tragfähigen Beziehungsgestaltung eines professionellen Behandlers.

Diverse Assessments, wie beispielsweise Gary Kielhofeners „Occupational Self Assessment“ oder das „Hildesheimer Projekt – HiPro“ von Markus Düchting liefern sehr gute Ansätze für Aufnahmeverfahren in psychiatrischen Bereichen. Beide Assessments erfordern jedoch einen hohen Einarbeitungsaufwand und sind für Mitarbeiter aus nicht-sozialen und nicht-medizinischen Bereichen eher schwer verständlich. Das Verständnis für komplexe Konzepte kann somit häufig nur über einen hohen Zeitaufwand und nicht selten über teure Schulungen erfolgen.

Die Anwendung der Theorie komplexer Behandlungsmodelle, wie beispielsweise des MOHO-Konzepts, beläuft sich bei bereits vorgeschultem therapeutischem Personal auf mindestens zwei Monate. Die Umsetzung in die Praxis ist hierbei noch viel schwieriger und langwieriger.

Insbesondere in forensischen Arbeitstherapiestätten ist der Anteil der Handwerker und Handwerksmeister sehr hoch. Die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter beziehen sich hier oftmals auf die handwerklichen Fähigkeiten und nicht auf die immer wichtiger werdenden sozialen und medizinischen Fähigkeiten. Dies kann die Umsetzung von neuen Konzepten noch erschweren.

Es ist jedoch kaum zu bestreiten, dass sich die Anforderungen an das Personal in der arbeitstherapeutischen Versorgung im Laufe der letzten Jahre vervielfacht haben. Die Arbeitstherapie befindet sich immer mehr im Wandel von einer bloßen tagesstrukturierenden Maßnahme hin zu einer komplementären therapeutischen Versorgung der Patienten. Das Verständnis für Krankheitsbilder und deren Behandlung rückt immer mehr in den Vordergrund. Klientenzentrierung und Ressourcenorientierung ergänzen den Auftrag, eine zeitgemäße Resozialisierung in die Arbeitswelt zu unterstützen und erhöhen somit die Anforderungen an Patienten und Personal. Die zu fördernde Selbstständigkeit im Arbeitsleben ist nicht mehr als überprüfbare Fähigkeit, sondern viel mehr als ein Idealziel, das es über verschiedenste therapeutische Maßnahmen zu erreichen gilt, zu verstehen. So ist es immer notwendiger, arbeits- und ergotherapeutische Zielsetzungen transparent zu machen und individueller auf die Patienten einzugehen.

Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient steht häufig im Mittelpunkt der Arbeitstherapie und die angebotene Arbeit wird eher zum Medium.

Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen des Aufnahmeverfahrens FETA-R und dessen praktischer Auswertung im Bereich von § 64 StGB untergebrachten Patienten in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg. Es wurde in Regensburg entwickelt, um den Anforderungen an ein schlüssiges Ergo- und Arbeitstherapeutisches Gesamtkonzept standzuhalten.

1.1 Theoretische Grundlagen

Eine gelungene teilstrukturierte Aufnahme soll die intrinsische Motivation der Patienten ansprechen, um den, oftmals anfänglich beobachteten, Widerstand möglichst klein zu halten. Ziel des vorgestellten FETA-R ist es somit, den Patienten im Erstgespräch wohlwollend und wertschätzend zu begegnen. Hierbei soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, ergotherapeutische Maßnahmen zu verstehen und den Fokus auf ihre eigenen Ziele und Ressourcen setzen zu können.

„Therapie setzt eine positive Beziehungserwartung voraus. Festzustellen ist hingegen ein immense Misstrauen bzw. eine hohe Ambivalenz gegenüber sehr nahen menschlichen Beziehungen (Sehnsucht/Angst Dilemma).“ (Schmidt-Quernheim 2008)

Kröber (2006) nennt „die Unterbringung eine besondere Belastung des Selbstwertgefühls“ aus dieser heraus eine Art narzisstischer (inadäquater) Verhaltensweisen entspringen kann. Er legt bei dieser Aussage einen besonderen Wert darauf, dass es zu keiner Fehldiagnose kommt, dennoch spiegelt es die Alltagsbeobachtung wider, dass es durchaus Sinn machen kann, den Erstkontakt und eventuell auch die weitere Behandlung so auszulegen, dass sie den Selbstwert des Patienten in den Fokus der Therapie legt.

Aus diesen beiden Überlegungen heraus scheint das Modell des Beziehungskontos von Rainer Sachse (2013) auf alle Patienten anwendbar. Nach Sachse ist es sinnvoll, sich die Beziehung zum (persönlichkeitsgestörten) Patienten als eine Art Konto vorzustellen. Jeder vom Patienten positiv gewerteter Kontakt und die Kontaktstabilität ergeben eine positive Einzahlung auf das Konto. Das Guthaben auf diesem Konto ist für therapeutische Interventionen hilfreich, die das Verhalten des Patienten kritisieren oder auf eine andere Art „Beziehungskosten“ verursachen. Es ist darauf zu achten, dass das Beziehungskonto stets im Plus bleibt. Die Intention des FETA-R Aufnahmeverfahrens ist es zu Beginn der ergotherapeutischen Versorgung ein möglichst großes Startkapital auf dem Beziehungskonto zu erzielen.

1.2 Abgleich verschiedener Assessments

Als Bezugsquelle für ein teilstandardisiertes Verfahren wurden bestehende Assessments herangezogen und auf ihre Tauglichkeit in der forensischen Praxis getestet. Das „HiPro-Assessment“ von Markus Düchting und das „Occupational Self Assessment“ aus dem „Model of human occupation“ von Gary Kielhofener standen hierbei besonders im Fokus und sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

1.2 Abgleich verschiedener Assessments

Das Hildesheimer-Projekt-Assessment oder kurz HiPro-Assessment, ist ein ergotherapeutisches, insbesondere für die Arbeitstherapie geeignetes Werkzeug zur Prozessunterstützung und -begleitung. Es bedient sich in seinem theoretischen Unterbau einiger bereits bestehender Systeme, wie z.B. dem „Occupational self Assessment“, kurz OSA oder dem COPM „Canadian Occupational Performance Measurement“.

Das HiPro-Assessment setzt sich aus 6 Fragebögen für den Kernbereich, also dem Bereich rund um die Intervention, und 5 Fragebögen als zusätzlichen Optionen zusammen. Jeder Arbeitsbogen steht für einen im therapeutischen Prozess verankerten Vorgang.

Markus Düchting (2008), der Autor des Manuals, teilt den Kernbereich in fünf Prozesse auf:

1. Begleitung
2. Beobachtung
3. Befund
4. Therapeutische Beziehung
5. Dokumentation

Der Optionalbereich bezieht sich auf situationsabhängige, zusätzlich einsetzbare Instrumente, die prozessunterstützend und frei gewählt verwendet werden können. Er wird in vier weitere Bereiche unterteilt:

1. Selbsteinschätzung mit oder ohne Fremdeinschätzung
2. die Auseinandersetzung mit Außenperspektiven
3. Situationsbetrachtung
4. Anforderungs- und Tätigkeitsabgleich

Insgesamt umfasst HiPro den gesamten therapeutischen Prozess vom Erstgespräch bis hin zur Ergebnis-Überprüfung nach der durchgeführten Behandlung. Für die Erstellung des FETA-R dient jedoch als Vorlage nur der Teil, der sich speziell mit der Aufnahme der Patienten befasst (HiPro Assessment – Aufnahmebogen A1).

Im Wesentlichen liegen die Stärken des Assessments bei der Klientenzentrierung in der Verwendung des Modells des „Shared-Decision-Makings“. Durch die Verwendung des Modells soll sichergestellt werden, dass der Patient oder in diesem Fall der Klient, in die therapeutisch zu treffenden Entscheidungen mit einbezogen wird und ein Mitspracherecht besitzt. Der Informationsfluss soll hier auf einer gleichberechtigten Ebene stattfinden, um es dem Klienten zu ermöglichen, an Entscheidungsprozessen teilzunehmen (vgl. Düchting 2008).

Eine direkte Verwendung des Assessments scheidet zunächst jedoch an nicht abgefragten relevanten Anamnesedaten für den forensischen Bereich in den Aufnahmebögen. Darüber hinaus ist die starre Ausrichtung auf den arbeitstherapeutischen Prozess für den Einsatz in Ergo- und Arbeitstherapie hinderlich. Die Zielsetzungen des angestrebten neuen Assessments sollen eine globalere Erfassung, insbesondere der forensisch spezifischen Daten, erreichen und direkt auf die speziellen Bedürfnisse der zu behandelnden Klientel zugeschnitten sein.

Das Occupational Self Assessment, kurz OSA, setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Ein Teil mit 21 Aussagen zu Betätigungen und ein weiterer Teil mit acht Aussagen zur Umwelt des Klienten. In drei Schritten sollen nun die jeweiligen Aussagen zuerst auf ihre Qualität der Ausführung und dann auf ihre Wichtigkeit für den Klienten auf einer dreistufigen Skala bewertet werden. Der letzte Schritt ist es, sich vier Aussagen herauszusuchen und hierzu zusammen mit dem Klienten Ziele zu formulieren, die in der Therapie bearbeitet werden sollen (vgl. Kielhofener et al. 2005).

Über die Bewertung der Wichtigkeit der Aussagen durch den Patienten hat dieser die Möglichkeit, seine eigenen Wertvorstellungen mit einfließen zu lassen und kann sich somit eine eigene Zielsetzung erarbeiten. Anzumerken ist hierzu die offizielle Erweiterung des Zielsetzungsbogens im Jahr 2006 auf vier statt drei Ausprägungen wie in früheren Versionen. Somit haben die Entwickler des Occupational Self Assessment möglicherweise erkannt, dass drei Ausprägungsformen für eine sinnvolle Bewertung nicht ausreichen (vgl. MOHO Clearinghouse). Aufgrund der schwierigen Beschaffung von den lizenzierten Produkten von MOHO (Model of Human Occupation) wurde in dieser Arbeit auf eine ältere Version mit drei Ausprägungen zurückgegriffen.

1.3 Das Aufnahmeverfahren

Das entstandene „Forensisch Ergotherapeutische Assessment – Regensburg“ besteht bislang aus zwei Teilen. Ein doppelseitiger DIN A4 Bogen „Aufnahmebogen“ und ein doppelseitiger DIN A4 Bogen „Zielsetzungsbogen“.

Der „Aufnahmebogen“ ist Teil eines teilstrukturierten Interviews. Vordergründig ist das Ziel des Interviews Daten mit und über den Patienten zu sammeln.

Die Abweichung von gewöhnlichen Aufnahmebögen und Erstgesprächen wird erst in der Handhabung des „Aufnahmebogens“ sichtbar. Der Therapeut ist bei der Durchführung explizit angewiesen, die Gesprächsinhalte weitestgehend dem Patienten zu überlassen. Der Patient soll hier bestimmen, mit welchen Themen er die Zeit füllen möchte. Hier soll bereits der Grundstock für die eigenständige Zielsetzung des Patienten gepflanzt werden. Der Therapeut soll dem Patienten das Recht der Selbstbestimmung zusprechen und im Gespräch darauf achten, in wertschätzender und akzeptierender Form mit dem Patienten zu kommunizieren.

Im Großen und Ganzen ist die Gesprächsführung im Aufnahmeverfahren den drei Basisvariablen von Carl R. Rogers entlehnt:

1. Empathie
2. Akzeptanz
3. Kongruenz

1.3 Das Aufnahmeverfahren

Insbesondere die Hinnahme von kritischen Gesprächsinhalten, wie bspw. die Delinquenzgeschichte des Patienten oder die wertfrei Akzeptanz, dass der Patient von ihm aufgelistete Ausbildungen „nur“ im Gefängnis absolviert hat, sollen dem Patienten zeigen, dass er in der Erstgesprächssituation nicht ist um erneut vom Gegenüber beurteilt oder gar verurteilt zu werden, sondern dass es um einen Aufbau eines ehrlichen Kontaktes geht. Ganz nach Sachs (2013) professionellem Beziehungsmodell, stellt die Akzeptanz des gegebenen die erste Einzahlung auf das Beziehungskonto dar. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass der Patient falsche Angaben machen könnte. Hartl (2012) weist jedoch in seiner Arbeit „Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB?“ darauf hin, dass Patienten in ihren schriftlichen Angaben, in seinem Fall anonymisiert, überwiegend wahrheitsgemäße Antworten geben. Diese Erfahrungen konnten in unserem Fall über eine kurze Überprüfung der gestellten Angaben mit der hausinternen elektronischen Dokumentation bestätigt werden.

Ist das Aufnahmegespräch geglückt, erfolgt die Überleitung zum Kernteil des Aufnahmeverfahrens, dem „Zielsetzungsbogen“. Die Zielsetzung, angelehnt an das Occupational Self Assessment, ermöglicht es dem Patienten, eigene Ziele zu setzen. Der Einleitungssatz zu diesem Teil des Aufnahmeverfahrens betont meist den Expertenstatus des Patienten für sich und sein eigenes Leben und die damit verbundene Tatsache, dass ein Therapeut fachlich noch so gut und interessiert sein könne und doch sei es der Patient selbst der sich am besten kenne und am genauesten wisse was ihm in seinem künftigen (suchtmittel- und delinquenzfreien Leben) am wichtigsten sei. Erfahrungsgemäß überrascht diese Aussage die Patienten aus der Vermutung heraus, dass sie es nicht gewohnt sind, so viel Selbstbestimmung in direkter Form vom Therapeuten zugesprochen zu bekommen.

Die Bearbeitung des „Zielsetzungsbogen“ selbst erfolgt in drei aufeinanderfolgenden Schritten.

1. Der Patient beurteilt 21 Items, wie z.B. „Ich kann mich an Regeln halten“ auf einer Skala von 1 bis 6 in Bezug auf seine Ausführungsperformance. Je besser ein Patient, von sich denkt, dieses Item zu beherrschen, umso höher ist die zu vergebende Punktzahl. (Die Aufteilung in sechs Stufen „zwingt“ den Patienten dazu zumindest tendenziell sich für eine über- bzw. unterdurchschnittliche Fähigkeit zu entscheiden. Eine durchschnittliche Einschätzung ist somit nicht möglich.)
2. Der Patient beurteilt die gleichen 21 Items wie im ersten Schritt. Diesmal ist die Beurteilung hinsichtlich ihrer Wichtigkeit für den Patienten gefragt. Hier spielt das Wertesystem des Patienten eine tragende Rolle. Die Fähigkeit der Ausführung und die Wertigkeit eines Items können im Einklang sein, es ist jedoch auch nicht selten zu beobachten, dass die Werte voneinander abweichen und Gekonntes als unwichtig oder Nichtgekonntes als sehr wichtig erachtet wird.
3. Der dritte Schritt ist nun die Zielfindung des Patienten und beinhaltet auch bereits das Angebot des Therapeuten zur Unterstützung der Zielerreichung. Gesetzte Ziele des Patienten (in der Regel 3-4) sind vom Therapeuten ernst zu nehmen und dürfen nicht abgewertet werden. Hier ist es wichtig die Selbstreflexion und die Eigenverantwortung des Patienten zu würdigen und zu unterstützen.

Erfahrungsgemäß setzen sich die Patienten oftmals Ziele, die sehr gut, aus therapeutischer Außensichtweise, zu ihrer Lebenssituation passen. Häufig sind Parallelen zu in der Literatur beschriebenen Symptomen zu sehen. Insgesamt erscheinen die Zielsetzungen der Patienten zumindest größtenteils nachvollziehbar und aus fachlicher Sicht auch zielführend zu sein.

1.4 Stärken und Schwächen der Patienten aus eigener Sicht

Die Auswertung der gesammelten Zielsetzungsbögen (n = 43) in Hinblick auf die Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten hat gezeigt, dass sich die Patienten im Mittel in den Bereichen „Pünktlichkeit“, „körperliche Belastbarkeit“ und „Aufgaben ordentlich erledigen“ auf einer Range von 1–6 größer 5 und somit überdurchschnittlich befähigt einschätzen.

Ebenfalls überdurchschnittlich (> 4,4) schätzen sich die Patienten in den Bereichen „Verantwortungsbewusstsein“, „Entscheidungsfähigkeit“, „Ordnungsbereitschaft“ und „Arbeitstempo“ ein.

Eine eher negative Einschätzung erfolgt gegenüber den Items „Umgang mit Enttäuschungen“ und „Umgang mit Geld“ (< 3,5).

Insgesamt ist anzumerken, dass sich der Durchschnittswert der eigenen Bewertung bei 4,4 also über der rechnerischen Mitte zwischen 3 und 4 (also 3,5) liegt.

In der eigenen Wertvorstellung schneiden insbesondere die folgenden Items überdurchschnittlich (> 5,0) ab:

- Verantwortungsbewusstsein
- Aufgaben ordentlich erledigen
- Auf Ziele hin arbeiten
- Vorgenommenes erreichen
- Pünktlichkeit
- Ordnungsbereitschaft

Wohingegen die Items

- Umgang mit Kritik und
- Umgang mit anderen

in der Wertehierarchie eher unterdurchschnittlich (< 4,5) sind. Der angegebene Durchschnittswert liegt hier bei 4,8. Somit schneiden die Werteinschätzungen der Patienten leicht mit 0,4 höher als die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten ab.

1.5 Zielsetzungen

Die Zielsetzungen wurden bezüglich ihrer Nennungen ausgewertet. Jeder Patient konnte insgesamt vier Ziele für sich finden. Die am häufigsten genannten Ziele und somit für die Mehrheit der Patienten (n = 43) auch die wichtigsten Ziele sind

- auf Ziele hin arbeiten (16 Nennungen),
- Finanzen regeln (18),
- Frustrationstoleranz (13) und
- Regeleinhaltung (12).

1.7 Fallbeispiel

Erfahrungsgemäß ist es gut möglich über diese selbst gewählten Zielsetzungen mit den Patienten zu arbeiten. Wahrscheinlich eröffnen die zugestandene Autonomie und die Möglichkeit, den Patienten im Therapielauf immer wieder damit zu konfrontieren, dass es sich um seine Ziele und nicht irgendwelche aufoktroierten Ziele handelt. Somit können Patient auch in schwierigen Situationen besser erreicht werden. Selbst in Situationen, in denen Patienten frustriert sind und die Kontaktfähigkeit gemindert scheint, erreichen Therapeuten die Patienten mit ihren eigenen Zielsetzungen und dem Hinweis darauf, dass jetzt der Punkt ist, an dem sie an ihrem eigenen Ziel arbeiten können.

1.6 Erleben der Patienten während des Aufnahmeverfahrens

Über einen anonymen Fragebogen wurde das Erleben des Aufnahmebogens aus Patientensicht abgefragt.

Die Patienten gaben eine durchschnittliche (gefühlte) Dauer des Aufnahmegesprächs von 39 Minuten an, die tatsächliche durchschnittliche Dauer lag bei etwa 65 Minuten. Die Frage nach der gefühlten Länge des Aufnahmeverfahrens wurde durchweg mit „angenehm“ bewertet.

Lediglich vier Patienten beantworteten die Frage „Waren Ihnen Fragen im Bogen oder Gespräch unangenehm?“ mit ja. Die Begründungen bezogen sich dabei in drei Fällen auf Fragen über das Anlassdelikt. Ansonsten wurde die Frage verneint.

Auf einer Skala von 1 bis 10 wurden die folgenden Fragen durchwegs positiv bewertet:

- „Wie wirkt sich Ihrer Meinung nach Ihre eigene Zielsetzung auf Ihre Motivation aus?“ (Durchschnitt 7,2)
- „Ich habe mich im Aufnahmegespräch wohl gefühlt.“ (7,4)
- „Meine selbst gesetzten Ziele motivieren mich.“ (7,8)
- „Ich fühle mich in meinen Aussagen und meiner Geschichte ernst genommen.“ (8,6)
- „Ich habe die Aufnahme insgesamt als positiv empfunden.“ (8,5)

Aus Sicht der Patienten gibt es somit einige Anhaltspunkte dafür, dass der Erstkontakt und somit der Beginn der Beziehungsgestaltung positiv verlaufen ist.

Die eigenen Zielsetzungen wurden von den Patienten als positiv gewertet, was im Folgenden anhand eines Fallbeispiels noch einmal verdeutlicht werden soll.

1.7 Fallbeispiel

Das folgende Fallbeispiel basiert auf den Daten der schriftlichen Dokumentation des Aufnahmeverfahrens.

Biografie

Herr X. besucht eine Grund- und Hauptschule in ländlicher Region. Im Jahr 2005 absolviert er seinen Qualifizierten Hauptschulabschluss auf einer „Schule zur Erziehungshilfe“. Nach eigenen Angaben beginnt Herr X. bereits im Alter von

11 Jahren mit dem Konsum von Alkohol, mit 14 Jahren mit Cannabis und bereits mit 16 Jahren mit dem Konsum von Heroin.

Im Anschluss an seinen Schulabschluss beginnt er eine Lehre zum Koch, die sein Betrieb aufgrund seiner Unzuverlässigkeit 1 Jahr vor der Abschlussprüfung abbricht. Während seiner Ausbildung beginnt Herr X. mit dem Konsum von Benzodiazepinen. Um seine Sucht zu finanzieren begeht Herr X. Diebstähle, die das Gericht im späteren Verlauf veranlassen Herrn X. wegen gewerbsmäßiger Diebstähle zu verurteilen. Er geht hierfür mit einer Sporttasche in Geschäfte und stiehlt hauptsächlich kleine Elektrogeräte (Kameras und MP3-Player) und Parfüm. Herr X. behauptet sich an nichts mehr oder zumindest an wenig zu erinnern, da er zum Zeitpunkt der Straftaten unter dem Einfluss von Benzodiazepinen stand.

Nach einem Jahr „Arbeitsbeschaffungsmaßnahme“ in einer Jugendwerkstatt und einem kurzen Arbeitsverhältnis bei einer Zeitarbeitsfirma folgt mit 20 Jahren die erste Therapie in einer Entziehungsanstalt für Jugendliche. Nach seiner Entlassung im Jahr 2010 folgen diverse Gefängnisaufenthalte und eine weitere richterlich angeordnete Therapie, nach § 64 StGB, in Regensburg. Diese Therapie wurde nach 10 Monaten aufgrund von Rückfällen und diversen Regelverstößen von Seite der Einrichtung abgebrochen.

Insgesamt verbringt Herr X. ca. 2,5 Jahre im Gefängnis und ca. 3 Jahre im Maßregelvollzug.

Heute ist Herr X. 25 Jahre alt. Sein Anlassdelikt sind Diebstähle in mehreren Fällen. Er erhält hierfür eine Haftstrafe von ca. 2,5 Jahren obwohl eine verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB vorliegt. Die Strafe wird im Zuge eines § 64 StGB in eine Einweisung in eine Therapieeinrichtung gewandelt.

Herr X. füllt den Aufnahmebogen innerhalb 10 Minuten weitestgehend selbstständig aus. Lediglich bei den Diagnosen fragt er nach, ob er dort auch sein ADHS vermerken solle. Die gemeinsame Besprechung dauert 15 Minuten. Somit ergibt sich ein effektiver Zeitaufwand von 25 Minuten für das erste Modul, den Anamnesebogen.

Zusätzliche Informationen aus dem Aufnahmebogen

Herr X. leidet an Hepatitis C.

Er kocht gern, putzen mag er nicht.

Herr X. könnte sich nach der Therapie eine Ausbildung zum Verkäufer gut vorstellen.

Seine Stärken liegen, laut eigener Aussage, in seiner (körperlichen) Belastbarkeit, seiner Pünktlichkeit und seiner Auffassungsgabe.

Die selbst genannten Schwächen liegen in seiner mangelnden Konzentration und Ausdauer.

1.7 Fallbeispiel

Die zusätzlichen Informationen dienen, im Falle der Infektionsgefahr durch Hepatitis, hauptsächlich der Sicherheit der Mitpatienten und des behandelnden Therapeuten. Stärken und Schwächen, sowie die Vorlieben bestimmter Tätigkeiten helfen bei der Zuweisung in geeignete Arbeitsbereiche der Arbeitstherapie, bzw. beim Finden geeigneter Medien in der Ergotherapie um gegebenenfalls die intrinsische Motivation des Patienten zu fördern.

Zielsetzung

In der Selbsteinschätzung benutzt Herr X. die Werte von 2 bis 6. Somit hat er eine, im Vergleich mit den anderen Stichproben, hohe Range in der eigenen Bewertung, was eventuell für seine gute Reflexionsfähigkeit und Differenzierung seiner eigenen Fähigkeiten steht.

Herr X. benennt seine eigenen Ziele für die Therapie folgendermaßen:

- Ich möchte meine Finanzen in den Griff bekommen, bzw. ich möchte lernen diszipliniert mit Geld umzugehen.
- Ich möchte meine Frustrationstoleranz steigern.
- Ich möchte mich besser konzentrieren können.
- Ich möchte mich an Regeln halten können.

Herr X. verweist im Gespräch immer wieder auf seine geringe Frustrationstoleranz und den inadäquaten Umgang mit Frustrationen. Dies scheint ihm selbst sehr wichtig zu sein.

Herr X. benötigt 10 Minuten für die Selbsteinschätzung seiner Fähigkeiten und die Wichtigkeit bestimmter Fähigkeiten für sein Leben. Die Zielsetzung gemeinsam mit dem Therapeuten benötigt weitere 10 Minuten. Insgesamt dauert der Zielsetzungsbogen demzufolge 20 Minuten.

Aus Sicht des Therapeuten stimmen die Zielsetzungen des Patienten sehr gut, mit den allgemeinen Therapiezielen überein. Die Ziele bilden eine solide Grundlage für die weitere Therapie. Im weiteren Therapieverlauf, konnte Herr X. des Öfteren auf seine selbst gesetzten Ziele hingewiesen werden. Beispielsweise konnte seine geringe Frustrationstoleranz, in Form von „Flucht aus der Situation“ mehrmals beobachtet und bearbeitet werden. Herr X. neigt bei Konflikten mit dem Therapeuten dazu, sich wegzudrehen und zu gehen, was im Wesentlichen schon eine Ressource zur Frust- und Aggressionsbewältigung darstellt, für einen Umgang innerhalb eines echten Arbeitsverhältnisses jedoch schädlich ist.

Angesichts des deutlich erkennbaren Effekts der guten Eigenreflexion des Patienten und des damit verbundenen, nicht messbaren, Profits für die weitere Therapie erscheint der Arbeitsaufwand des Aufnahmeverfahrens, in diesem Fall, bei 45 Minuten für den Patienten und 32 Minuten für den Therapeuten, als durchaus gerechtfertigt. Des Weiteren wird der Zeitaufwand durch den spürbaren Beziehungsaufbau und die, aus dem Aufnahmeverfahren, resultierende Behandlungsplanung relativiert.

1.8 Fazit und Ausblick

Die Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug, insbesondere die lange Dauer der stationären Unterbringung im Vergleich zur Alltagspsychiatrie, bringen für das therapeutische Team neben dem Nachteil der zwangsweisen Unterbringung hauptsächlich Vorteile. Eine besondere Erschwernis jedoch stellen die vielfältigen zu behandelnden Krankheitsbilder dar. Neben den erheblichen Unterschieden der verschiedenen Suchterkrankungen kommt zusätzlich noch die Häufigkeit von suchtspezifischen Komorbiditäten hinzu.

Um ein geeignetes Konzept für alle Patienten zu erstellen, müssen die Bögen des Aufnahmeverfahrens ein breites Spektrum an anamnestischen Daten und insbesondere in der Zielformulierung eine Vielzahl an Zielen abdecken. Durch die Nutzung vorhandener, bereits evaluierter Assessments konnte jedoch eine hohe Kompatibilität des FETA-Regensburg mit den Ansprüchen des Klientel erreicht werden. Eine gezielte Aussage über die Kompatibilität im § 63 StGB kann aufgrund einer geringen Anzahl von Stichproben nicht getätigt werden. Die Durchführung mit Patienten, die an einer Intelligenzminderung leiden, erscheint jedoch nicht sinnvoll. Daten mit schizophrenen oder persönlichkeitsgestörten Patienten liegen derzeit nur wenige vor. Die vorliegenden Ergebnisse sind jedoch insbesondere bei Menschen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung überwiegend positiv.

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass sich alle Patienten freiwillig an der Erarbeitung des Aufnahmeverfahrens beteiligt haben. Sowohl die Rücklaufquote der Fragebögen, als auch die Unterschrift zur Entbindung von der Schweigepflicht entspricht nahezu 100%. Das Interesse von Seite der Patienten, kam für den Autor überraschend. In diesem Zusammenhang fällt aber die Auswertung der Patientenfragebögen kritisch aus. Möglicherweise gibt es unbekannte Faktoren, die zu der durchweg positiven Bewertung des Aufnahmeverfahrens führen. Hier wäre beispielsweise die vermehrte Aufmerksamkeit gegenüber dem Patienten oder eine versteckte Angst, dass der Patient trotz Anonymisierung, an seinem Geschriebenen identifiziert und somit vom Therapeuten bewertet werden könnte.

Aussagen über den Nutzen und die Qualität des Aufnahmeverfahrens können lediglich über den Bereich § 64 StGB getroffen werden, schließen damit aber noch nicht die Wirksamkeit im § 63er-Bereich aus.

Abschließend kann somit, aus der Perspektive der Patienten, ein gelungener Start in die therapeutische Intervention bestätigt werden. Aus Sicht des Therapeuten sind die erwünschten Kriterien, insbesondere in Bezug auf die Vollständigkeit der erhobenen Daten und den benötigten Zeitaufwand, ebenfalls erfüllt. Da es sich beim Aufnahmeverfahren insgesamt hauptsächlich um die Haltung des Therapeuten und die Kombination aus Anamnesegespräch und individueller Zielsetzung dreht und nicht um das Design oder die Form der Fragestellungen im Anamnesegespräch, ist es für zukünftige Versionen des FETA-Regensburg auch denkbar, die Bögen auf die Bedürfnisse anderer Einrichtungen oder Therapeuten auszurichten, ohne das System und die damit verbundene positive Annahme der Wirksamkeit zu unterbinden.

Das Aufnahmeverfahren des FETA-R stellt nur den ersten Schritt in einem zu entwickelnden Gesamtkonzept dar. Die weiteren Elemente beziehen sich auf die nächsten Schritte im Behandlungszyklus.

Literatur

- Düchting M (2008) HiPro-Assessment – Ein integratives Teilsystem psychosozialer Ergotherapie – Schwerpunkt Arbeitstherapie. Schulz-Kirchner Verlag GmbH Idstein
- Eckert J (2010) Aufgaben und Ziele klinisch-psychologischer Erstgespräche. In: Eckert J, Barnow S, Richter R (Hrsg.) Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie. Huber Bern
- Hartl C (2012) Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? – Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße. Dissertation Universität Regensburg. URL: <http://epub.uni-regensburg.de/27198/1/dissertationwinCH.pdf> (abgerufen am 14.07.16)
- Kielhofener G, Marotzki U, Mentrup C (2005) Model of human occupation (MOHO). Springer Medizin-Verlag Heidelberg
- Kröber H-L (2006) Kriminalprognostische Begutachtung. In: Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N, Saß H (Hrsg.) Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Steinkopff Verlag Darmstadt
- Model of Human Occupation (2006) University of Illinois at Chicago (www.uic.edu) Chicago University of Illinois. (Stand: 19.04.2014). Im Text vgl. MOHO Clearinghouse
- Sachse R (2013) Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten. 9. Aufl. Psychiatrie-Verlag Köln
- Schmidt-Quernheim F (2008) Behandlung im Maßregelvollzug. In: Hax-Schoppenhorst T, Schmidt-Quernheim F (Hrsg.) Professionelle forensische Psychiatrie – Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. 2. Aufl. 95ff. Verlag Hans Huber Bern