

Die Einschätzung der Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs durch ihre Behandler als Basis der Entwicklung eines Beurteilungsinstrumentes

DFG-geförderte Studie

1. Ziele

Das Projekt hat eine doppelte Zielsetzung:

- A) Es wird untersucht, woran die Therapeutinnen und Therapeuten des Maßregelvollzugs sich bei der Einschätzung ihrer Patienten hinsichtlich therapeutischen Entwicklungsstands und Entlassungsaussichten orientieren. Zu diesem Zweck werden mit 100 Behandlern Interviews geführt. Aus den Interviewinhalten wird eine Liste potentiell relevanter Aspekte und Merkmale abgeleitet.
- B) In weiteren Schritten wird ein Beurteilungsinstrument entwickelt, welches eine strukturierte Einschätzung der Patienten hinsichtlich der Merkmale erlaubt, die aus Sicht der Behandler wesentlich sind. Das Instrument soll die folgenden Kriterien erfüllen:
- Es werden Verhaltensmerkmale eingeschätzt, für die eine akzeptable Beurteiler-Übereinstimmung erreicht werden kann.
 - Es wird eine überschaubare Zahl von Verhaltensmerkmalen erfasst – Größenordnung vier bis sechs (weil eine größere Zahl von Merkmalen nur begrenzt differenziert und unabhängig voneinander eingeschätzt werden kann).
 - Jedes Merkmal wird mit mehreren Fragebogenfeststellungen erfasst (mindestens fünf). Dies erlaubt eine Evaluation des Fragebogens mit gängigen teststatistischen Verfahren.
 - Es wird nicht nach Veränderung gefragt, sondern wie der Patient in der aktuellen Situation erlebt wird (um die Erfassung von „Scheinfeldschritt“ zu vermeiden; Behandlungsfortschritt soll durch den Vergleich der Einschätzung zu mehreren Zeitpunkten abgebildet werden).

2. Arbeitsprogramm

Erhebung zur Praxis der therapeutischen Einschätzung von Maßregelpatienten

Um zu erfassen, woran sich Therapeuten bei ihren Einschätzungen im Alltag des Maßregelvollzugs ihrem Erleben nach orientieren, werden mit Klinikvertretern „**Experteninterviews**“ geführt. In den beteiligten Kliniken werden **100 Beschäftigte** (Vertreterinnen und Vertreter thera-

peutischer Berufsgruppen) in offener Form dazu befragt, welche Aspekte ihnen im Hinblick auf die Ziele der Behandlung und die Entlassungsaussichten wesentlich erscheinen.

Ableitung einer Liste von Items für die erste Version eines Beurteilungsbogens

Die Ergebnisse der Interviews werden dahingehend ausgewertet, welche Aspekte die Interviewpartner wiederholt nennen. Aus den entsprechenden Aussagen wird eine erste Liste von Feststellungen abgeleitet. Diese mit einer Zustimmungsskala versehenen Feststellungen stellen die erste Version des Beurteilungsbogens dar. Die **Zustimmungsskala** könnte lauten: stimmt genau / eher / eher nicht / gar nicht.

Prüfung der Rohversion des Fragebogens durch Experten

Die Ansprechpartner in den Kliniken werden gebeten, die erste Version des Beurteilungsbogens kritisch zu prüfen und Items zu markieren, die ihnen missverständlich oder irrelevant erscheinen. Items, die nicht wenigen Experten ungeeignet erscheinen, werden entfernt.

Einschätzung von Patienten mit der ersten Version des Beurteilungsbogens

Therapeutische Mitarbeiter in den teilnehmenden Kliniken schätzen **je zwei** ihnen gut bekannte **Patienten** auf dem Beurteilungsbogen ein. Die gleichen Patienten werden jeweils auch durch eine erfahrene Pflegekraft eingeschätzt.

Berücksichtigt werden Patienten, deren Problematik als Persönlichkeitsstörung bzw. im weiteren Sinne Entwicklungsstörung beschrieben werden kann, einschließlich Patienten mit Substanzabhängigkeit (unabhängig von der Rechtsgrundlage § 63 oder 64 StGB). Nicht berücksichtigt werden Patienten, bei denen eine schwere psychische Erkrankung (etwa Schizophrenie) oder eine Minderbegabung eindeutig im Vordergrund steht. Insgesamt sollen **200 Patienten** eingeschätzt werden.

Für jeden Patienten werden anonymisiert einige allgemeine Hintergrunddaten erhoben (Alter, Zeit des Aufenthaltes in der Einrichtung, Deliktgruppe, Diagnose). Projekt- bzw. Institutsmitarbeiter treten nicht persönlich in Kontakt mit Patienten und erhalten keine Akteneinsicht.

Im Hinblick auf eine spätere Validitätsprüfung werden Patienten auch auf dem kurzen „Anger Rating Index“ (Novaco 1994, siehe Schalast et al. 2004) und mit der Kurzform des „Personality Assessment Schedule“ (Tyrer et al. 2007) eingeschätzt. Der ARI beschreibt die Reizbarkeit von Patienten im täglichen Umgang. Die Kurzform des PAS fragt sieben Merkmale ab, um die Gestörtheit von Patienten im Sinne des Cluster B der Persönlichkeitsstörungskategorien (dissozial / Borderline) dimensional einzuschätzen (Schalast et al. 2010). Zusätzlich wird das Risikoprognoseinstrument LSI-R (Andrews & Bonta 1998) einbezogen.

Die Urteiler werden um eine kurze Einschätzung der Entlassungsperspektive des Patienten und seiner Rückfallgefährdung gebeten.

Auswertung der ersten Einschätzung von Patienten

Entsprechend dem gerade skizzierten Vorgehen werden bei diesem Erhebungsschritt 400 Beurteilungen bei 200 Patienten durchgeführt. Die dabei gewonnenen Daten werden in folgender Weise statistisch analysiert:

1. Es wird geprüft, ob die Einschätzungen für jedes Item eine bestimmte Streubreite aufweisen. Items, für die sich keine Varianz findet, müssen umformuliert oder herausgenommen werden.
2. Die Urteilerübereinstimmung je Item wird geprüft. Items, für die sich nicht mindestens eine mäßige Übereinstimmung der Urteiler (Therapeuten / Pflegekräfte) findet, werden entfernt.
3. Die latente Merkmalsstruktur des Beurteilungsbogens wird geprüft. Für die Therapeuteinschätzungen und für die pflegerischen Einschätzungen wird mittels Faktorenanalyse untersucht, welche Faktoren oder Merkmalsdimensionen sich identifizieren lassen und ob diese sich für die beiden Urteilergruppen ähneln.
4. Auf Basis des Ergebnisses der Faktorenanalyse wird eine weitere Item-Selektion durchgeführt. Ausgeschlossen werden Items, die keinem inhaltlich plausiblen Faktor zugeordnet werden können. Ausgewählt werden dagegen Items, die sich klinisch relevant erscheinenden Faktoren zuordnen lassen.
5. Die Items, welche sich einem relevant erscheinenden Faktor zuordnen lassen, bilden eine hypothetische Merkmalsskala (Subskala) des Beurteilungsbogens. Für die Merkmalsskalen kann die innere Konsistenz (Koeffizient Cronbachs Alpha) als ein Indikator der Skalenzuverlässigkeit berechnet werden.

Zweitbeurteilung der ursprünglich untersuchten Patienten nach 6 – 9 Monaten

Die im ersten patientenbezogenen Untersuchungsschritt berücksichtigten Patienten werden erneut von einer therapeutischen und einer pflegerischen Bezugsperson eingeschätzt. Es muss sich dabei nicht zwingend um die gleichen Urteiler wie bei der ersten Beurteilung handeln. Wieder werden auf diese Weise zweimal 200 Einschätzungen erhoben. Erneut werden die Urteiler gebeten, die Entlassungs- und Delinquenzprognose des Patienten einzuschätzen.

Die Analyse der erhobenen Daten erfolgt im Hinblick auf folgende Fragen:

- Wird die angenommene Dimensionalität des Beurteilungsinstrumentes bestätigt? Zu diesem Zweck werden für die pflegerischen und die therapeutischen Einschätzungen erneut Faktorenanalysen berechnet. Items, deren erwartete Zugehörigkeit zu einem Faktor nicht bestätigt wird, werden herausgenommen.
- Werden Änderungen von Erhebungszeitpunkt I nach II abgebildet? Es wird statistisch geprüft, ob sich hinsichtlich der Einschätzung der Patienten (auf Itemebene und auf Merkmalsebene) von Erhebung I zu Erhebung II Änderungen ergeben.
- Für den reduzierten Erhebungsbogen werden erneut eine Prüfung der Dimensionalität und eine Skalenanalyse (Cronbachs Alpha) durchgeführt.
- Korrelationsstatistisch werden die Zusammenhänge zwischen den Subskalen des Beurteilungsbogens einerseits und PAS, ARI und prognostischer Beurteilung andererseits betrachtet. Von besonderem Interesse ist, was Änderungen zwischen Erhebungszeitpunkt I und II für die prognostische Einschätzung bedeuten. Korrespondieren Änderungen in PAS und ARI mit therapeutisch erwünschten Veränderungen bzw. besagt die ursprüngliche Ausprägung ersterer etwas für das Ausmaß therapeutisch induzierter Veränderungen in der Wahrnehmung der Urteiler?

Ergebnis dieses mehrstufigen Verfahrens könnte zum Beispiel eine Reduzierung der ursprünglich etwa 100 Items umfassenden Merkmalsliste auf 30 oder 40 Items sein, mit denen fünf oder sechs gut separierbare Merkmale eingeschätzt werden.

Nachuntersuchung

Zur Prüfung der prognostischen Validität des Verfahrens könnte nach weiteren zwei Jahren – im Falle der früheren Entlassung schon zum Zeitpunkt der Entlassung – eine erneute Einschätzung der Patienten erfolgen.