



Fachhochschule der **Diakonie**

Fachhochschule der Diakonie (FHdD)

Studiengang Psychische Gesundheit/ Psychiatrische Pflege

Bachelorarbeit

zum Thema Adhärenz Therapie im Maßregelvollzug

1. Prüfer: Prof. Dr. Michael Schulz

2. Prüfer: Stefan Rogge, M.A.

Datum der Abgabe: 28.03.2023

Elisabeth Janigk

Matrikel-Nr. 19PG133

Abstract

Die Einhaltung von Behandlungsplänen und gemeinsame Entscheidungsprozesse sind in einer Behandlung wichtig für ihren Erfolg. Im Maßregelvollzug steht sie neben der Sicherung der Untergebrachten im Fokus. Diese findet jedoch unter Zwang statt und damit ist eine intrinsische Therapiemotivation eher die Ausnahme als die Regel.

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Adherence-Therapie im Maßregelvollzug als möglicher Ansatz, um die Therapietreue zu verbessern. Dazu wird folgende Forschungsfrage gestellt: Welche Elemente der Adherence-Therapie können in die Behandlung im Maßregelvollzug integriert werden? Um die Forschungsfrage zu beantworten, führt die Autorin eine systematische Literaturrecherche durch. Dabei nutzt sie die Datenbanken PubMed, Pubpsych und Cinahl, die Suchmaschine Google-Scholar und bei der Handsuche die wissenschaftliche Bibliothek im LWL-Zentrum für forensische Psychiatrie Eickelborn sowie die eigene Datensammlung. Zudem wird ausgewählte Literatur des Dachverbands Adherence e.V. verwendet.

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Adherence-Therapie Intervention im Maßregelvollzug bedingt umgesetzt werden kann. Bedingt bedeutet in diesem Fall, dass eine Umsetzung möglich ist, wenn forensische Rahmenbedingungen an das Konzept angepasst werden. Zu diesen Rahmenbedingungen gehören z. B. die Macht-hierarchie zwischen PatientInnen und Behandelnden, aber auch die mangelnde Zeit für Gespräche im Alltag. Ferner zeigen die Ergebnisse auf, dass die Adherence Therapie Intervention im Maßregelvollzug durch ausgebildete Adherence TherapeutInnen in ihrer Gänze durch das Manual umgesetzt werden kann. Dazu gehört der Beziehungsaufbau sowie das gemeinsame Ausarbeiten von Arbeitsaufträgen.

Die aktuelle Gesetzeslage in NRW macht einen recoveryorientierten Ansatz wie die Adherence Therapie möglich. Das Ziel des Maßregelvollzugs, die Minderung der Gefährlichkeit, steht zwar widersprüchlich dem Genesungsziel gegenüber, das Erreichen eines zufriedenen und selbstbestimmten Lebens, jedoch fördert die Neuausrichtung der Gesetzeslage in NRW die Implementierung eines solchen Konzepts.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Der Maßregelvollzug	3
2.1.1 Behandlung nach § 63 StGB	5
2.1.2 Therapie als Zwangsmaßnahme	6
2.1.3 Die Klientel.....	7
2.2 Der Begriff Adhärenz.....	8
2.3 Adherence-Therapie.....	9
2.3.1 Recovery.....	13
2.3.2 Kognitive Verhaltenstherapie.....	14
2.3.3 Motivierende Gesprächsführung.....	14
2.3.4 Empowerment.....	15
3. Wissenschaftliche Zielsetzung und Fragestellung	15
4. Methode	16
5. Ergebnis.....	18
5.1 Umsetzbarkeit im forensischen Setting	22
5.2 Adaptive Elemente der Adherence-Therapie	23
6. Diskussion.....	24
6.1 Diskussion der Ergebnisse	24
6.2 Diskussion der Methode.....	27
7. Fazit	28
Literaturverzeichnis	29
Eidesstattliche Erklärung	

Abkürzungsverzeichnis

KVT	kognitive Verhaltenstherapie
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MA	Mitarbeitende
MI	Motivierende Gesprächsführung
MRV	Maßregelvollzug
PCC	Personenzentrierte Pflege
RCT/ RKS	Randomized controlled trial/ Randomisiert kontrollierte Studie
StrUG	Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bausteine der Adherence-Therapie (vgl. Gray & Robson, 2004).....	10
Abbildung 2: PRISMA Flow-Chart (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).....	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick – Krankheitsbilder MRV.....	7
Tabelle 2: Übersicht – Adherence-Therapie Intervention (vgl. Gray & Robson, 2004).....	12
Tabelle 3: Suchkomponenten.....	16
Tabelle 4: Übersicht – Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
Tabelle 5: Darstellung der genutzten Suchstrings.....	18
Tabelle 6: Überblick – Ergebnisstudien.....	21

1. Einleitung

Verletzt ein Mensch die Rechte von Dritten, derweilen er nicht im Vollbesitz seiner geistigen Gegenwart ist und weitere Taten zu erwarten sind, folgt darauf eine Gerichtsverhandlung. In dieser gilt es zu klären, ob eine psychische Erkrankung und damit eine Minderung der Schuldfähigkeit vorliegt. Daran knüpft eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, die zeitlich an die Gefährlichkeitsminderung der betroffenen Person gebunden ist (Kammmeier, 2018, S. 35 ff.). Die Behandlung ist nach dem in Nordrhein-Westfalen geltendem Strafrechtsbezogenem Unterbringungsgesetz (StrUG NRW) ein Angebot an die betroffene Person (§ 9 Abs. 2 S. 1 StrUG NRW), welches angenommen wie abgelehnt werden kann (§ 9 Abs. 3 S. 1 StrUG NRW). Liegt indes keine Krankheitseinsicht vor und hindert dies die betroffene Person an der Besserung ihres Zustandes, darf nach einer richterlichen Entscheidung und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben eine Zwangsbehandlung erfolgen (§ 11 StrUG NRW). Diese können von der Isolation einer Person (§ 32 StrUG NRW) bis hin zur Fixierung reichen (§ 33 StrUG NRW). Bei einer kontinuierlichen antipsychotischen Behandlung belegen Studien eine Rückfallminderung der Krankheitssymptome (Gray, Wykes & Gournay, 2002, S. 277), parallel dazu bedeutet das eine herabgesetzte Gefährlichkeit (Lau, 2017, S. 40). Daraufhin kann eine Rehabilitation in das selbstbestimmte Leben und in die Gesellschaft erfolgen (Kammmeier, 2018, S. 37). Dazu gibt es verschiedene konzeptionelle Ansätze, die in Studien signifikant positive Ergebnisse bei der Verbesserung der Adhärenz aufzeigen (Gray & Robson, 2004, S. 8). Eine Implementierung dieser ist, im Hinblick auf die gesetzlichen Vorgaben der kontinuierlichen und verantwortbaren Abnahme freiheitsentziehender Strukturen bei der Unterbringung in Nordrhein-Westfalen, anzustreben (§ 4 Abs. 1 StrUG NRW).

Die Nichteinhaltung von Therapieempfehlungen beträgt bei Schizophrenieerkrankten ca. 50% (WHO, 2003, S. XIII) und stellt in Bezug auf das Behandlungsziel der Gefährlichkeitsreduktion ein Problem dar. Wird der Anteil an PatientInnen im Maßregelvollzug bedacht, der an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leidet, der rund 50% beträgt (Saimeh, Schmidt-Quernheim & Wallenstein, 2018, S. 233), ergibt sich daraus ein gesteigertes Interesse der Öffentlichkeit (Nedopil, 2009, S. 232). Hinzukommend steigen die Zahlen der angeordneten Unterbringungen laut Strafvollzugsstatistik seit 1987 kontinuierlich an und haben sich seither verdreifacht (Statistisches Bundesamt, 2015).

Eine standardisierte Behandlung im Maßregelvollzug gibt es in Deutschland nicht. Die gesetzlichen Vorgaben dazu werden von den einzelnen Bundesländern verabschiedet und decken sich in ihrer Zielsetzung (Müller, Saimeh, Briken, Eucker, Hoffmann & Koller et al., 2017, S. S3), doch die strukturellen Hindernisse stellen Herausforderungen im Alltag bei der Behandlung dar (Mann, Matias & Allen, 2014, S. 130). Motivation und Veränderungsbereitschaft stehen konträr zu einem Therapieerfolg (Schwarze & Schmidt, 2008, S. 1481) unter totalem Charakter (Goffman, 1973, S. 16). Für die motivationsfördernde Behandlung dieser relevanten Randgruppe im psychiatrischen Kontext bedarf es evidenter Methoden, die einerseits das Ziel der Behandlung verfolgen und andererseits den betroffenen Menschen helfen eine für sie richtige Entscheidung zu treffen.

Impulsgeber dieses Themas ist die baldige Implementierung dieses Konzepts auf der forensischen Behandlungsstation der Autorin. Um mögliche Schwierigkeiten hinsichtlich der Strukturen, der Mitwirkenden und des gesetzlich festgelegten Behandlungsziels im Vorfeld zu eruieren, bietet sich diese Prüfungsleistung als Möglichkeit an.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten der Adherence-Therapie im forensisch-psychiatrischen Kontext. Im ersten Teil umfasst die Arbeit die terminologische Klärung in Bezug auf den Maßregelvollzug als totale Institution, die Behandlung nach § 63 StGB, den Zwangskontext und die Klientel. Ferner wird der Begriff Adhärenz beschrieben und das recoveryorientierte Konzept der Adherence-Therapie dargestellt und ein kurzer Überblick über die zugrunde liegenden Konzepte Recovery und Empowerment, die kognitive Verhaltenstherapie und den Ansatz der motivierenden Gesprächsführung gewährt. Darauf aufbauend wird im dritten Kapitel die Fragestellung im Hinblick auf umsetzbare Interventionen oder Elemente der Adherence-Therapie im hierarchiegeprägten Maßregelvollzug erörtert. Im Mittelpunkt des Forschungsteils steht die nachvollziehbare Darstellung der systematischen Literaturrecherche als Methode zur Ergebnisfindung, welche nach den zehn Schritten des RefHunters strukturiert ist. Die Ergebnisse zeigen auf, ob eine Implementierung möglich ist und welche Möglichkeiten der konzeptionellen Integration des Konzeptes bestehen, die anschließend diskutiert werden. Ein Fazit und ein kurzer Ausblick auf die Möglichkeiten, die die aktuelle Gesetzeslage in NRW im Hinblick auf mehr Selbstbestimmung für untergebrachte Personen bietet, schließt die Arbeit ab.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Der Maßregelvollzug

Der Maßregelvollzug ist ein psychiatrisches Krankenhaus, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt werden, die eine Straftat begangen haben. Durch den Fokus auf die Klientel gilt er als ein Spezialgebiet der Psychiatrie (Müller & Nedopil, 2017, S. 18). Die Ghent-Group, eine lose organisierte Gruppe aus europäischen Psychiatern, trug gemeinsam eine Definition für die forensische Psychiatrie zusammen:

Forensische Psychiatrie ist ein Spezialgebiet der Medizin, welches auf einem detaillierten Wissen der relevanten rechtlichen Aspekte des Strafrechts, des Zivilrechts und des Gesundheitswesens und auf der Beziehung zwischen psychischen Störungen, antisozialem Verhalten und Kriminalität gründet. Seine Aufgabe ist die Erfassung und Beurteilung, die Betreuung und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher und anderer, die vergleichbarer Dienste bedürfen. Risikoeinschätzung, Risikomanagement und das Verhindern künftiger Viktimisierung sind die Kernelemente der Aufgabe.

(Nedopil, 2009, S. 228)

Diese Definition beinhaltet, was auch El-Alti, Sandman & Munthe (2022, S. 3) in ihrer Studie beschreiben: Der Maßregelvollzug ist eine Institution mit komplexen interdisziplinären Strukturen und das Gleichgewicht der Behandlungsziele der unterschiedlichen Berufsgruppen spielt eine entscheidende Rolle in der Behandlung. Die Behandlung besteht aus medikamentösen und therapeutischen Anteilen und soll ein Setting schaffen, in dem die Ressourcen der PatientInnen erkannt und genutzt werden können (Müller & Nedopil, 2017, S. 133). Dabei weisen die Versorgungsstrukturen in den unterschiedlichen europäischen Ländern Differenzen auf (Nedopil, 2009, S. 227) und in den unterschiedlichen Bundesländern innerhalb der Bundesrepublik Deutschland weichen die Behandlung und rechtlichen Strukturen voneinander ab (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 173). Die Ziele *Sicherstellung von Behandlung* und *Verhinderung von Rückfällen* überschneiden sich nach Nedopil (2009, S. 224) jedoch. Zudem weisen diese Einrichtungen nach Goffmans (1973, S. 15 f.) Untersuchung allesamt „durch Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt“ und durch Merkmale wie „verschlossene Tore und hohe Mauern“ einen totalen Charakter auf. Die Forensik lässt sich nach Nedopil (2007, zitiert nach Winterberg, 2013, S. 270) von ihren Rahmenbedingungen zwischen dem Strafvollzug und der allgemeinen psychiatrischen Versorgung verordnen.

Zur Unterbringung in einer solchen Einrichtung kommt es nach dem Strafgesetzbuch in Deutschland im Zuge eines richterlichen Urteils in Form von Maßregeln der Besserung und Sicherung (vgl. §§ 63, 64, 66 & 68, StGB). Die Unterbringung gilt nicht als Strafe in Abhängigkeit zur Schuld der Person, sondern soll die Sicherheit der allgemeinen Bevölkerung gewährleisten (Müller & Nedopil, 2017, S. 42 f.). In diesem Zusammenhang gilt die Unterbringung als „Sonderopfer“ für den Patienten oder die Patientin und die angebotene Behandlung kann von diesem oder dieser angenommen oder ausgeschlagen werden (Kammmeier, 2018, S. 46).

Durch die Fragestellung dieser Arbeit wird der Fokus auf den § 63 StGB gelegt. Nach diesem kommt es zu einer Unterbringung in einem Maßregelvollzug, wenn eine Person „eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen“ hat und das „infolge seines Zustandes [weitere,] erhebliche rechtswidrige Taten“ zu erwarten sind (Kammmeier, 2018, S. 36). Die potenzielle Schuldunfähigkeit wird durch einen Sachverständigen erhoben und ist durch vier Tatbestandsmerkmale festzustellen: „eine krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn und eine schwere andere seelische Abartigkeit“ (ebd.). Das erkennende Gericht hat demnach festzustellen, ob eine sichere und zeitlich unbefristete Unterbringung notwendig ist, um der Gefährlichkeit mit einem Angebot der Behandlung entgegenzuwirken (ebd., S. 38 ff.).

Zielsetzung der Unterbringung ist nach dem strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetz die baldige (Wieder-) Eingliederung der Person in die Gesellschaft (§ 2 Abs. 2 StrUG NRW). Ferner ist die unbefristete Dauer der Unterbringung durch den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit geregelt, die eine Unterbringung ausschließlich mit fortbestehender Gefährlichkeit begründet (Kammmeier, 2018, S. 37). Eine jährliche gutachterliche Überprüfung soll sicherstellen, dass die freiheitsentziehende Maßnahme nicht unverhältnismäßig zur Gefährlichkeit der Person steht (ebd., S. 42). Zudem sind Lockerungen in Bezug auf Sicherheitsmaßnahmen zur gegebenen Zeit erforderlich, um u. a. den bisherigen Fortschritt der Therapie zu erproben (Müller & Nedopil, 2017, S. 54) und später ein passendes Umfeld für die Entlassung zu erarbeiten (ebd., S. 133).

2.1.1 Behandlung nach § 63 StGB

Das Ziel der Behandlung ist in Nordrhein-Westfalen gesetzlich normiert und deckt sich mit dem oben genannten Ziel der Unterbringung: die Eingliederung in die Gesellschaft (§ 2 Abs. 2 StrUG NRW) und damit eine Reduktion der Gefährlichkeit. Dies soll laut § 2 Abs. 3 S. 1 StrUG NRW durch Behandlung und Betreuung der untergebrachten Person erreicht werden. Dabei ist ein Zustand anzustreben, bei dem keine weiteren erheblichen Taten mehr zu erwarten sind. Ein Behandlungsrecht besteht dabei lediglich für die Anlasserkrankung (Kammmeier, 2018, S. 47).

Im Normalfall besteht eine Therapie im Maßregelvollzug aus den Phasen Diagnostik mit einhergehendem Beziehungsaufbau, Behandlung anhand der individuellen Faktoren, Erprobung des Therapiefortschrittes und ambulante Nachbetreuung im Entlassumfeld (Müller & Nedopil, 2017, S. 380 f.). Bei der medikamentösen Behandlung wird im Idealfall ein Depotmedikament verwendet, da dies die Langzeitprognose bei psychotischen Störungen erheblich verbessert (ebd., 178). Hinzukommend verbessert sich die Motivation der PatientInnen, wenn frühere Behandlungserfahrungen einbezogen werden (Lau, 2017, S. 39). Boevink (2007, zitiert nach Winterberg & Needham, 2013, S. 185) sieht in der Auseinandersetzung mit den „eigenen Erfahrungen eine wichtige Voraussetzung, um Hindernisse zu überwinden und [...] die Kontrolle über das eigene Leben zurückzugewinnen“.

Der therapeutische Teil der Behandlung besteht meist aus psychosozialen Anteilen, Milieuthherapie (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 174) oder wie Müller und Nedopil (2017, S. 179) es beschreiben: Psycho- und Sozialtherapie. Dies stärke die Rückfallvermeidung, wobei Cavezza, Aurora & Ogloff (2013, S. 458) in ihrer Arbeit zitieren, dass Rückfälle auch durch antipsychotische Medikation verhindert werden können. Weitere Orientierungsfaktoren für die Behandlung sind das Delikt (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 174) und die Errichtung und dauerhafte Aufrechterhaltung der Beziehung (Müller & Nedopil, 2017, S. 380).

Die Gesamtheit dieser Aspekte bedarf der Kompetenz eines multiprofessionellen Teams, welches effektiv zusammenarbeitet und damit den PatientInnen eine Umgebung schafft, in der diese „optimale Bedingungen für Wachstum, konstruktive Veränderung und Heilung“ erhalten (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 185).

2.1.2 Therapie als Zwangsmaßnahme

Bei nicht vorhandener Einsichtsfähigkeit der PatientIn und mit einer richterlichen Verfügung, darf eine Zwangsbehandlung durchgeführt werden (Müller & Nedopil, 2017, S. 178). Daneben findet die gesamte Unterbringung im Maßregelvollzug unter Zwang statt, der in unterschiedlichen Ausprägungen im Alltag sichtbar wird. Angefangen bei der Tatsache, dass die PatientInnen nicht aus eigener Änderungsbereitschaft herrührend, in die Unterbringung eingestimmt haben. Sie haben nur in Ausnahmefällen einen inneren Leidensdruck, der eine intrinsische Behandlungsbereitschaft hervorbringt (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 175). Ferner werden sie die meiste Zeit in der Einrichtung von Mitarbeitenden begleitet, was zu einer konstanten Verhaltenserfassung führt und ihnen kaum Privatsphäre zugesteht.

Diese übermäßige Kontrolle erschwert nicht nur den Beziehungsaufbau und -erhalt (Schwarze & Schmidt, 2008, S. 1482), sie behindert auch die Entwicklung von Therapiemotivation, die allerdings ein wichtiger Faktor für Veränderungsbereitschaft ist. Demgegenüber bietet die Unterbringung jedoch die Möglichkeit, korrigierende Erfahrungen mit psychiatrischer Versorgung und Unterstützung zu machen (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 175 ff.). Nach den Stufen der Veränderung von Cracken und Corrigan, kann eine Person eine Veränderung grundsätzlich nur allein beabsichtigen, wobei dieser Prozess durch professionelle Unterstützung angestoßen werden kann (2008, zitiert nach Schulz, Behrens & Löhr, 2018a, S. 18).

Die Autoren Schwarze & Schmidt (2008, S. 1477) vertreten die These, dass eine gleichberechtigte Beziehungsgestaltung in einem Kontext aus Zwang und Kontrolle nicht existieren kann und die PatientInnen immer in Abhängigkeit zum Behandler stehen werden. Er oder sie hat im Maßregelvollzug nicht die Chance, eigenständig behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen, anders als in der allgemeinen psychiatrischen Versorgung, wo auch PatientInnen die Behandlung jederzeit abbrechen können (ebd., S.1483). Im Maßregelvollzug stehen sie den Behandlern, inkonsistenten Reaktionen und möglicherweise gestörten Teamstrukturen machtlos gegenüber, was zu Unsicherheit und Misstrauen entgegen den Mitarbeitenden führen kann (ebd., S. 1481). Die Beziehungsgestaltung ist mitunter aus diesem Grund sehr entscheidend und sollte auch Raum schaffen, um die Rollenerwartungen der PatientInnen zu behandeln. Die Qualität der Beziehung entscheidet darüber, wie offen die PatientInnen die eigenen Probleme darstellen oder normalisieren, um schneller entlassen zu werden (ebd.).

2.1.3 Die Klientel

Die zu behandelnde Klientel besteht zur Stichtagserhebung 2015 aus rund 50% Schizophrenieerkrankter PatientInnen, etwa 11 % sind an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt. Ca. 10 % leiden an hirnorganischen Störungen und ca. 12 % an Störungen der sexuellen Orientierung. Ungefähr 8 % sind Suchterkrankungen und schließlich etwa 8 % andere Störungen (König, 2018, S. 108). In der Tabelle 1 wird knapp auf die aufgezählten Krankheitsbilder eingegangen.

Der Fokus in dieser Arbeit wird stärker auf die Gruppe der Schizophrenie erkrankten PatientInnen gelegt, da sie den größten Anteil der Population ausmachen. In der Behandlung verhalten sie sich oftmals „passiv, ausharrend und antriebsarm“, wobei Winterberg und Needham (2010, S. 185) dies durch das mangelnde Selbstwirksamkeitsgefühl begründen. Unter Selbstwirksamkeit wird die Überzeugung eines Menschen verstanden, Einfluss auf seine Umwelt nehmen zu können (Kriegler-Kastelic, 2018, S. 2).

Krankheitsbild	Erläuterung
Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen	Diese Art von Krankheitsbildern zeichnet sich durch Beeinträchtigung der Wahrnehmung aus, die sich über Positiv- (z. B. Wahnvorstellungen und Halluzinationen) und Negativsymptomaten (Affekt- und Antriebsarmut) äußern (ICD-11, Schizophrenie und andere primär psychotische Störungen).
Persönlichkeitsstörung	Unter Persönlichkeitsstörungen versteht man problembehaf-tete Persönlichkeitsausprägungen, die sich einschränkend im Alltag äußern und von Dauer sind (ICD-11, Code 6D10).
Hirnorganische Störungen	Darunter werden psychische Erkrankungen verstanden, welche ihren Ursprung in einer dem Großhirn betreffenden Krankheit haben (Fric, 2011).
Störungen der sexuellen Orientierung	Werden im neuen ICD-11 unter Paraphilen Störungen geführt und sind durch atypisches Sexualverhalten gekennzeichnet, wobei diese mit Leid verbunden sein müssen (ICD-11, Paraphile Störungen).
Suchterkrankungen	Werden im neuen ICD-11 unter Störungen durch Substanzgebrauch geführt. Darunter ist eine Störung zu verstehen, die durch einmaligen oder mehrmaligen Konsum von Substanzen auftritt. Zu den Substanzen gehören psychoaktive Stoffe, aber auch Medikamente (ICD-11, Störungen durch Substanzgebrauch).

Tbl. 1 Überblick - Krankheitsbilder im MRV

Schulz, Stickling-Borgmann und Spiekermann (2009, S. 226) sehen zudem die Ambivalenz, die psychisch kranke PatientInnen besonders bei Fragen zu Medikamenten noch mal in einen Zwiespalt versetzen kann, als typisch menschlich an. Die Klientel im Maßregelvollzug weisen Merkmale auf, die nach Behrends (2002, zitiert nach Schulz, 2003, S. 142) prägend für chronische Erkrankungen sind, darunter fallen „Dauer, Krisenhaftigkeit und sehr reduzierte Heilungschance[n]“. Nun können trotz der sicheren und therapieförderlichen Umgebung Merkmale auftreten, die die Therapie erschweren.

Lau (2016, S. 39) nennt in seiner Übersichtsarbeit u. a. die „hohe Rate von Nebenwirkungen psychopharmakologischer Behandlung, Substanzmissbrauch und Stresserfahrungen im Erwachsenenalter“. Letzteres Merkmal wird möglicherweise noch durch die Unterbringung selbst verstärkt.

2.2 Der Begriff Adhärenz

Der Begriff Adhärenz ist auf unterschiedliche Arten zu verstehen. Da wäre einmal die reine Übersetzung des lateinischen Begriffs ‚*adhaerere*‘, die im PONS online mit ‚*an etw. (fest)hängen*‘ angegeben wird. Sowie die Übersetzung aus dem Englischen über LEO Dictionary online die mit ‚*Befolgung*‘, ‚*Anhängen*‘ und ‚*Aufrechterhaltung*‘ angegeben wird. Auf der anderen Seite gibt es eine Vielzahl an Definitionen, die den inhaltlichen Kontext beschreiben. Nach der Definition der World Health Organization (WHO) (2003, S. 3) erläutert der Begriff Adhärenz „den Grad, in dem das Verhalten einer Person – z. B. bei Medikamenteneinnahme [...] mit abgesprochenen Empfehlungen der Gesundheitsexperten korrespondiert“. In der Definition von Haynes, Yao, Degani, Kripalani, Garg & McDonald heißt es wiederum ‚*Ausmaß der Befolgung der Anweisungen*‘ (2005, zitiert nach Bissonnette, 2008, S. 635) und die American Psychiatric Association definiert bei einer Befolgung der medikamentösen Einhaltung bis min. 80% die Adhärenz als Therapietreue, während bis 20 % nur von partieller Adhärenz und darunter von Nonadhärenz die Rede ist (Shelton, Ehret, Wakai, Kapetanovic & Moran, 2018, S. 604). Zudem verweisen Schulz, Behrens & Löhr (2018, S. 14) noch auf die Unterscheidung zwischen intentionaler und nicht intentionaler Nonadhärenz, da es bei der Gestaltung der Intervention eine große Rolle spielt, ob der Patient oder die Patientin nicht in der Lage ist, sich an gemeinsame Therapieziele zu halten oder ob er oder sie es schlichtweg nicht möchte.

Auffallend bei der Recherche ist, dass auch die Begriffe Compliance und Konkordanz im selben Kontext genannt werden, wobei Konkordanz neuerlich in diesem Kontext auftaucht und die Rechte der PatientInnen betont in den Vordergrund stellt (Gray et al., 2002, S. 278).

In einigen Quellen wird der Begriff Adhärenz synonym für den Begriff und/ oder das Konzept Compliance genutzt (Vermeire, Hearnshaw, Royen & Denekens, 2001, S. 333; Bissonnette, 2008, S. 634). Dies lässt sich damit erklären, dass die Begriffe nacheinander eingeführt wurden, um die Patientenbeteiligung konstant zu stärken. Der Compliance Begriff verkörpert einen paternalistischen Ansatz, der durch Schuldzuweisungen gegenüber den PatientInnen, bei fehlendem Therapieerfolg geprägt ist. Der Begriff Adhärenz saniert die gemeinsame Entscheidungsfindung und stellt sie in den Vordergrund (Bissonnette, 2008, S. 637).

Dies schließt mit ein, dass bei ausbleibendem Behandlungserfolg die Ursache im gesamten Behandlungsverlauf gesucht wird und nicht nur bei patientenbezogenen Anteilen (Schulz et al., 2018, S. 13 f.). Es wird deutlich, dass die Therapietreue eine komplexe Verhaltensweise darstellt (Bissonnette, 2008, S. 635), die aus unterschiedlichen Perspektiven zu sehen ist.

Eine weitere Dimension stellt die Methode zur Messung der Adhärenz dar. Bisher konnte noch keine objektive Verfahrensweise identifiziert werden (Bissonnette, 2008, S. 635). In dem überwiegenden Teil der Literatur wird sie durch das Zählen von Tabletten, elektrische Kontrollen durch eingelöste Rezepte, Selbstauskunft, Einschätzung der Behandelnden oder Ähnlichem erfasst.

2.3 Adherence-Therapie

Die Adherence-Therapie ist ein recoveryorientierter Ansatz (Trost & Rogge, 2016), der „Personenzentrierung und Selbstbestimmung in den Mittelpunkt“ der Behandlung rücken möchte (Schulz et al., 2018, S. 13). Der Ansatz basiert auf Anteilen der kognitiven Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung (Schulz, Löhr, Steffen, Durrer & Nienaber, 2017a, S. 24; Gray, 2003, zitiert nach Cavezza et al., 2013, S. 459) auf die in den Kapiteln 2.3.2 *Kognitive Verhaltenstherapie* und 2.3.3 *Motivierende Gesprächsführung* eingegangen wird. Zudem ist er ein niederschwelliger verhaltenstherapeutischer Ansatz, der von Pflegenden durchgeführt werden kann (Wabnitz, Löhr, Nienaber, Hemkendreis, Kronmüller & Schulz, 2017, S. 3). Wabnitz et al. (2017, S. 1) verstehen darunter die Durchführung „einer Intervention mit variabler Intensität“ durch speziell geschultes Pflegepersonal.

Das Ziel ist es, die Betroffenen in einem informierten Entscheidungsfindungsprozess zu begleiten, welchen sie mit professioneller Unterstützung entwickelt haben (Trost & Rogge, 2016, S. 85 f.). Zugleich soll bei ausbleibendem Therapieerfolg der Fokus auf das gesamte Behandlungsteam gerichtet werden und damit die einseitige Schuldzuweisung in Richtung der PatientInnen vermieden werden (Schulz et al., 2018, S. 13 f.).

Bissonnette (2008, S. 635) beschreibt Adhärenz als dynamisches Konzept, welches maßgeblich durch das Setting gestaltet wird. Dabei wird eine ergebnisoffene Entscheidungsfindung angestrebt (Trost & Rogge, 2016, S. 86; Schulz et al., 2018, S. 14). Die internationale Literatur und Ausführungen von Gray stellen die interdisziplinäre Durchführbarkeit in den Fokus, wobei die Intervention in Deutschland häufig nur durch das Pflegepersonal durchgeführt wird (Trost & Rogge, 2016, S. 86).

Um die Adherence-Therapie in einem Setting zu implementieren, müssen einige Voraussetzungen hinsichtlich institutioneller und personeller Aspekte beachtet werden. Die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit steht dabei gleichwertig neben der Kommunikation und der Kooperation im Team und ist von grundlegender Bedeutung (Winterberg, 2013, S. 273). Zudem stellt auch die Qualität der Beziehung zwischen dem Patienten oder der Patientin und dem Behandelnden eine Relevanz dar (WHO, 2003, S. 3). Das Ausmaß der Beziehungsqualität kann an der Offenheit des Gesprächs und des gegenseitigen Vertrauens bemessen werden. Neben der aktiven Rolle als PatientIn (WHO, 2003, S. XIV) stellt die WHO (2003, S.145) in ihrer Arbeit besonders die systematische und konsequente Ausrichtung der Behandlung auf Therapietreue in den Vordergrund. Damit sind die institutionellen und teils personellen Voraussetzungen grob beschrieben.

Um die Adherence-Therapie durchzuführen, bedarf es der Weiterbildung zur Adherence TherapeutIn (Schulz et al., 2017a, S. 24). In dieser werden grundlegende und Schlüsselfertigkeiten beschrieben und sukzessiv durch ein Manual vermittelt. Zudem werden die Schlüsselinterventionen ausführlich gemeinsam bearbeitet und abschließend durch eine reale Fallbearbeitung in einer Prüfung bewertet und evaluiert.

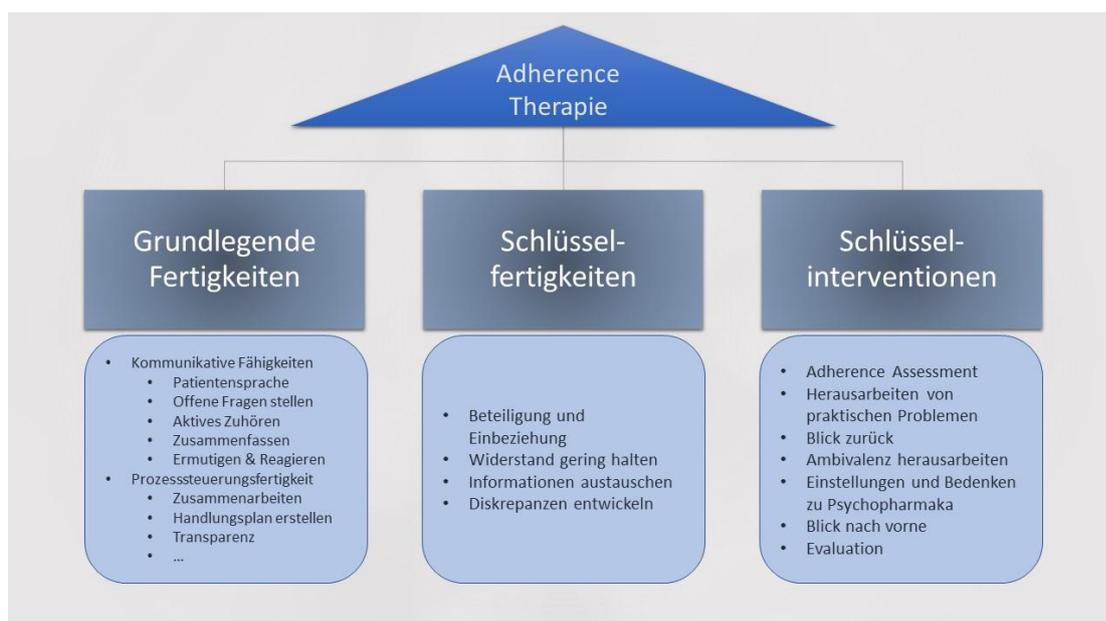


Abb. 1 Bausteine der Adherence-Therapie (vgl. Gray & Robson, 2004)

Die Inhalte des Manuals werden im Folgenden kurz erläutert und durch die Abbildung 1 verdeutlicht. Die grundlegenden Fertigkeiten für die Begleitung und Unterstützung der PatientInnen liegen in der Kommunikation und der Prozesssteuerung (Gray & Robson, 2004, S. 10 ff.). Dazu gehören u. a. das aktive Zuhören, das Nutzen der Sprache der Betroffenen, die transparente Gestaltung des Vorgehens, Flexibilität und die Förderung von Eigenverantwortung. Der zweite Baustein (s. Abb. 1) der Adherence-Therapie umfasst die Schlüsselfertigkeiten, die im Gespräch über Medikamente zum Tragen kommen sollten.

Dazu gehören, dass die PatientInnen an der Behandlung beteiligt werden, bei Anliegen einbezogen werden und das gemeinsame Herausarbeiten von Diskrepanzen. Damit ist das Gespräch gemeint, in dem Unstimmigkeiten in Bezug auf Medikamente aufgearbeitet werden und parallel ein Wissenszuwachs im Bereich Medikation erreicht wird. Darüber hinaus gilt es, den Widerstand gegen Medikamente gering zu halten, indem u. a. auf die Selbstwirksamkeit der PatientIn eingegangen wird und sie oder ihn gleichzeitig nicht mit Entscheidungsdruck hinsichtlich einer bestimmten Haltung zu bedrängen. Und schließlich das Austauschen von Informationen, was den Wissenstand über Einstellung, Wahrnehmung und Motivation einerseits und über Rückhalt, Medikamenteninformationen und Transparenz über Behandlungsstatus andererseits positiv beeinflussen soll (ebd., S. 16 ff.).

Die Intervention findet je nach Literatur und Setting in acht bis zehn Einzelsitzungen statt, die jeweils 45 bis 60 Minuten andauern. Thematisch ist die Intervention in vier Phasen aufgeteilt, die jeweils mit Arbeitsaufträgen versehen sind und eine individuelle Anzahl an Sitzungen benötigt (Schulz et al., 2018, S. 18 f.).

Die Kennenlernphase ist ein erstes offenes Gespräch, um sich gegenseitig bekanntzumachen und den Ablauf der Intervention zu erläutern (ebd.). In der zweiten Phase wird das Assessment bearbeitet, indem Themen wie „praktische Aspekte der Medikamenteneinnahme“, „Wirkung und Nebenwirkung“ oder „Überzeugungen und Bedenken“ kurz besprochen werden. Hinzu kommen Themen wie die „Interaktion zwischen Medikamenten und anderen Substanzen“, „Informationsbedarf“ der PatientInnen und „Motivation und Ambivalenz“ hinsichtlich der Behandlungskomponenten (ebd.). Diese Informationen werden notiert und zum Ende noch einmal genutzt. Diese Phase umfasst etwa ein bis zwei Einheiten (ebd.). Die dritte Phase nimmt etwa vier bis sechs Sitzungen in Anspruch und befasst sich ausführlich mit der Bearbeitung verschiedener medikamentenbezogener Themen. Der Patient oder die Patientin bekommt die Möglichkeit vergangene psychiatrische Erfahrungen zu teilen und positive wie negative Aspekte differenziert zu beleuchten und seine oder ihre persönlichen Gründe für oder gegen Medikamente herauszuarbeiten und über Überzeugungen und Sorgen zu sprechen. Mögliche Erkenntnisse

der PatientIn können Einfluss auf das Einnahmeverhalten haben. Abschließend wird über realisierbare Ziele und mögliche Hindernisse gesprochen und es werden neben Problemlösungsprozessen auch Rückfallvermeidungsstrategien bearbeitet. Bei diesen Gesprächen können bei Bedarf motivierende und die Selbstwirksamkeit fördernde Gesprächstechniken angewendet werden (ebd., S.19). Den Abschluss der Intervention bildet die Evaluationsphase, in welcher der gesamte Prozess mit dem Patienten oder der Patientin reflektiert werden soll. Auch das Assessment kann dabei als Unterstützung genutzt werden, um zu sehen, welche Veränderungen bisher zu verzeichnen sind (ebd., S. 20).

Phasen	Inhalt
Kennenlernphase	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiges Kennenlernen • Klima für offene Gespräche schaffen • Über den Ablauf der Intervention informieren
Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Praktische Aspekte der Medikamenteneinnahme • Interaktion zwischen Medikamenten und anderen Substanzen • Wirkung und Nebenwirkung • Überzeugungen und Bedenken • Informationsbedarf • Motivation und Ambivalenz
Therapeutische Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Praktische Aspekte der Medikamenteneinnahme bearbeiten • Rückblick • Ambivalenzen herausarbeiten • Gespräch über Überzeugungen und Sorgen • Nach vorne schauen
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Reflektion des Prozesses, evtl. mit Zuhilfenahme des Assessments

Tbl. 2 Übersicht – Adherence-Therapie Intervention (vgl. Gray & Robson, 2004)

2.3.1 Recovery

Recovery ist ein prozesshaftes Konzept, welches in den 1990er Jahren allmählich entstand (Anthony, 1993, S. 11) und durch Selbstbestimmung, Wahlfreiheit, Hoffnung (Amering & Schmolke, 2012, S. 21) und Teilhabe gekennzeichnet ist (Trost & Rogge, 2016, S. 80). Die populärste Definition geht zurück auf den Psychologen William A. Anthony und lautet auf Deutsch übersetzt:

Recovery wird als ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Prozess der Veränderung der eigenen Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen beschrieben. Es ist ein Weg, ein befriedigendes, hoffnungsvolles und beitragendes Leben zu führen, auch wenn man durch die Krankheit eingeschränkt ist. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und Zwecks im eigenen Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Krankheit hinauswächst. (Anthony, 1993, S. 15, übersetzt mit DeepL)

Der Begriff kann aus zwei verschiedenen Perspektiven beschrieben werden (Burr, Schulz, Winter & Zuaboni, 2013, S. 10). Zum einen der symptomfokussierte Ansatz, der die Remission der Krankheitssymptome hervorhebt und auf die Wiedererlangung von Fähigkeiten abzielt, die während der Phase der Erkrankung verloren gegangen sind. Demgegenüber steht der personenzentrierte Ansatz, der die persönliche Überwindung von Widrigkeiten anstrebt und das Ziel verfolgt, dass der Betroffene ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben an einem selbst gewählten Ort führen kann (Burr et al., 2013, S. 10). Die Definition nach Anthony lässt sich dahingehend der personenzentrierten Perspektive zuordnen. Dem Auftrag im Maßregelvollzug entgegenkommend, vermittelt dieses Konzept neben Hoffnung auch die Möglichkeit der individuellen Bewältigung, vor allem bei schwer erkrankten Menschen (Trost & Rogge, 2016, S. 81).

Mann et al. (2014, S. 127 f.) haben in ihrer Arbeit zusammengefasst, welche systemischen Hindernisse zwischen dem Ansatz und einer Implementierung im Maßregelvollzug stehen. Dabei nehmen sie Bezug auf die bestehende Machthierarchie in forensischen Einrichtungen: Diese würde durch Partizipation der PatientInnen infrage gestellt werden. Darüber hinaus sehen sie die Priorisierung von Hoffnung und sozialer Eingliederung als schwer realisierbar an. Abschließend führen sie an, dass die Arbeit an der Genesung nicht automatisch mit der Entlassung abgeschlossen sei, sondern einer kontinuierlichen Unterstützung in der Nachsorge bedarf (ebd.). Farkas, Gagne, Anthony & Chamberlin (2005, S. 145) sehen die Hindernisse des Maßregelvollzugs eher als Herausforderungen in den Bereichen Personenzentrierung, Partizipation, Wahlfreiheit und Wachstumspotenziale an.

Knuf (2020, S. 12) stellt fest, dass das Konzept in Deutschland überwiegend auf die Haltung bezogen und in einzelnen Handlungselementen umgesetzt wird. Trost und

Rogge (2016, S. 81) hingegen, weisen auf die bereits stattfindenden Ausbildungen von Genesungsbegleitern hin, die in der Peer-Beratung zum Teil auch schon im Maßregelvollzug eine tragende Rolle übernehmen. ‚Peer‘ kann zu Deutsch mit ‚Gleichgesinnte‘ oder ‚Ansprechpartner‘ übersetzt werden (mit DeepL übersetzt) und ist demnach eine betroffene Person, die eine andere betroffene Person unterstützen kann. In der Literatur finden sich dafür mehrere Begriffe, wie z. B. ‚Genesungsbegleiter‘ oder ‚EX-INler‘ (Troost & Rogge, 2016, S. 93).

Letztlich sei es bei einer Recoveryorientierung entscheidend, den Betroffenen kontinuierlich Handlungsalternativen zu offerieren und sie dabei nicht zu bedrängen, denn die Betroffenen müssen von sich aus den ersten und für sich richtigen Schritt gehen (Burr et al., 2013, S. 17).

2.3.2 Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist ein Therapieansatz, bei dem durch Gespräche und Auseinandersetzung mit bislang dysfunktionalen Wahrnehmungen eine neue Verhaltensperspektive für den Betroffenen eruiert werden soll. Dies geschieht durch Infragestellen der bisherigen Denkmuster, die den Betroffenen einen Leidensdruck verschafft (Wykes, 2014, S. 67). Das Ziel stellen neue Verhaltens- und Gedankenmuster sowie eine modifizierte Kognition und Bewertung dar (Sauter, 2018, S. 514). Die KVT wird nur durch langjährig geschultes psychologisches Fachpersonal durchgeführt (Wykes, 2014, S. 67), indes kann pflegerisches Handeln ebenso verhaltenstherapeutisch wirksam sein (Sauter, 2018, S. 514). „Low-Intensity Cognitive Behavioural Therapy“ (übersetzt: niedrigintensive kognitive Verhaltenstherapie) ist ein Ansatz, um durch weitergebildete Pflegefachpersonen die Inanspruchnahme von Behandlung bei PatientInnen zu verbessern (Wabnitz et al., 2017, S. 2).

2.3.3 Motivierende Gesprächsführung

Es handelt sich bei der motivierenden Gesprächsführung um eine komplexe klinische Methode, die keinem modularen Aufbau folgt (Kremer & Schulz, 2020, S. 8). Der Ansatz des partnerschaftlichen Dialogs gilt als grundlegende Methode der Adherence-Therapie und erfordert vom Durchführenden eine motivationsfördernde Grundhaltung (ebd., S. 7). Der Gesprächsansatz gilt als klientenzentriert und hat die „Klärung und Stärkung der Veränderungsbereitschaft“ zum Ziel (ebd., S. 8). Um dies zu erreichen, ist es grundlegend, dass auftretende Ambivalenzen der Menschen akzeptiert und die Entscheidungsfindung des Betroffenen unterstützt, jedoch nicht abgenommen werden (ebd., S.9). „Den Patienten ernst zu nehmen heißt, ihn selbst entscheiden zu lassen, ohne ihn mit der Entscheidung alleinzulassen“ (Kremer & Schulz, 2020, S. 30).

Zu den Kernkompetenzen der MI-PraktikerIn gehören das Stellen offener Fragen (ebd., S. 59), das Anerkennen und Bestätigen lobenswerter Verhaltensweisen (ebd., S. 62), das reflektierte Zuhören (ebd.), das Zusammenfassen des Gesagten um ein gemeinsames Verständnis zu fördern (ebd., S. 68) sowie das Informieren (ebd., S. 70).

2.3.4 Empowerment

Nach dem Konzept von Empowerment unterstützt die Behandelnden die Betroffenen darin, wieder Einfluss auf ihr eigenes Leben zu nehmen, für Entscheidungen sukzessiv Verantwortung zu übernehmen und wieder Anteil an der Gesellschaft zu haben (Knuf, 2020, S. 11). Aus dem Englischen heißt ‚*Empowerment*‘ übersetzt ‚*Ermächtigung*‘ und ‚*Befähigung*‘ (DeepL) und stellt an den Behandelnden einen Auftrag. Die eigentliche Leistung kann indes nur von den Betroffenen selbst erbracht werden, derweilen die Behandelnden den Empowermentprozess durch eine wachstumsanregende Atmosphäre fördern (Knuf, 2020, S. 11 f.).

Rössler und Lauber (2004, S. 149 f.) fordern in ihren Ausführungen egalitäre Verhältnisse zwischen Betroffenen und Behandelnden und geben vierzehn therapeutische Voraussetzungen für die Beziehungsgestaltung an. Zu denen u. a. ausreichend Zeit, Zuversichtlichkeit, Akzeptanz und respektierte Teilhabe gehören (ebd.). Ferner postulieren sie Verhaltensweisen für den Umgang, wie z. B. die intensive Kontaktpflege, das Informieren über Unterstützungsmöglichkeiten, Erarbeitung von Krisenplänen und der wertschätzende Umgang (ebd., S. 151). Eine Implementierung im Maßregelvollzug wird in der Literatur nur in wenigen Elementen des Konzepts als möglich angesehen, was u. a. an den hierarchischen Strukturen in dieser Einrichtung liegt (Winterberg & Needham, 2010, S. 188).

3. Wissenschaftliche Zielsetzung und Fragestellung

Die Behandlung im Maßregelvollzug hat primär die Verbesserung der Legalprognose zum Ziel (Winterberg, 2013, S. 273), jedoch bringt eine forensische Einrichtung Rahmenbedingungen mit sich, die die Erreichung des Ziels erschweren. Dazu gehören u. a. die Hierarchien, die kontrollierende Umsetzung des Auftrags und die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung (Winterberg & Needham, 2010, S. 186 f.).

Rund die Hälfte der PatientInnen im Maßregelvollzug leiden an einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (Saimen et al., 2018, S. 233). Damit stellen sie die größte Behandlungsgruppe dar. Ihre Problematik liegt u. a. in der Therapietreue, speziell die Medikamententreue. Diese liegt nach Angaben der WHO (2003, S. XIII) bei etwa 50 % und stellt in Bezug auf den Behandlungsauftrag ein Problem dar. Nonadhärenz erhöht

das Rückfallrisiko und mindert die Symptomkontrolle (Gray, Bressington, Ivanecka, Hardy, Jones & Schulz, 2016, S. 1).

Auf der Station in der Maßregelvollzugseinrichtung, auf der die Autorin arbeitet, soll in Zukunft die Adherence-Therapie wieder implementiert werden. In der Vergangenheit hat sich dieses Konzept schon einmal bewährt, wurde aufgrund struktureller Gründe jedoch nicht weiter fortgeführt. Nun soll sie erneut eingeführt werden.

Vorab soll im Zuge dieser Bachelorarbeit durch eine systematische Literaturrecherche geklärt werden, welche Rahmenbedingungen der Maßregelvollzug und eine Unterbringung nach § 63 StGB mit sich bringt. Demgegenüber wird der Begriff Adhärenz und das Konzept der Adherence-Therapie mit seinen Grundlagen erläutert. Das konkrete Ziel ist es, herauszufinden, ob die forensischen Behandlungsstrukturen einen Spielraum für die Adherence-Interventionen bieten. Die Ergebnisse sollen Informationen zur Umsetzbarkeit mit sich bringen, um Schwierigkeiten im Vorfeld zu erörtern und Fehler bei der Implementierung zu vermeiden.

Dieses Ziel führt zu der Fragestellung: Welche Elemente der Adherence-Therapie können in die Behandlung von untergebrachten Personen nach § 63 StGB integriert werden?

4. Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche nach einem spezifischen Rechercheprinzip durchgeführt. Dabei sollten in kurzer Zeit relevante Arbeiten zusammengetragen werden. Ziel der Recherche war zunächst die Orientierung im Thema, daraufhin die thematische Eingrenzung und schließlich die Beantwortung der Forschungsfrage. Für die Arbeit standen zeitlich bedingte Ressourcen zur Verfügung, da es sich um die Abschlussprüfung eines Bachelorstudienganges handelt.

Die Literaturrecherche wurde nach den zehn Schritten des RefHunters (Nordhausen & Hirt, 2020) durchgeführt und auf den ersten beschriebenen Schritt ‚die Festlegung des Rechercheprinzips‘ folgte die ‚Feststellung der Suchkomponenten‘. Dafür wurde die Fragestellung nach dem Mnemonic PICO aufgelöst:

Welche Elemente der Adherence-Therapie können in die Behandlung von untergebrachten Personen nach §63 StGB integriert werden?

Suchkomponente	Bezeichnung	PICO- Schema
1.	Schizophrenie Erkrankte	P = Population
2.	Adherence-Therapie	I = Phenomen of the Interest
3.	Maßregelvollzug	Co = Context

Tbl. 3 Suchkomponenten

Im folgenden Schritt wurden die zu ‚durchsuchenden Fachdatenbanken‘ eruiert. Für die Recherche wurden Pubmed, Pubpsych und Cinahl ausgewählt, da diese inhaltlich mit den Themen der Fragestellung übereinstimmten und sie der Autorin im Laufe des Studiums bekannt geworden sind. Pubmed und Pubpsych nutzten zwar beide die Medline Datenbank, jedoch greift Pubpsych auch auf weitere Datenbanken zurück und weist einen europäischen Fokus auf, was sich positiv auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse auswirken kann.

Im vierten Schritt wurden für die Suchkomponenten die ‚Synonyme identifiziert‘, woraus sich im fünften Schritt die ‚Schlagwörter‘ selektieren ließen. Die Schlagwörter ergaben die Basis für die ‚zu entwickelnden Suchstrings‘. Dabei musste auf die spezifischen Anforderungen der ausgewählten Fachdatenbank geachtet werden, da diese teils deutliche Unterschiede in der Gestaltung des Suchstrings aufwiesen. Für den Suchstring in Cinahl wurde auf die spezialisierte Suche in Titel und Abstract mit der Schreibweise [TIAB] verzichtet, da es die Ergebnisse sehr stark eingrenzt. Zudem wurden Kriterien erstellt, die zum Ein- oder Ausschluss ins Ergebnis führen, welche in Tbl. 4 aufgeführt werden.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsch & englischsprachige Literatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Abweichende Settings, wie Justizvollzugsanstalt
<ul style="list-style-type: none"> • Studien zur Adhärenzförderung, Verbesserung der Medikamenteneinnahme, Therapietreue 	<ul style="list-style-type: none"> • Von den Krankheitsbildern im Maßregelvollzug abweichende Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • Forensisches Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Studien zu Kindern & Jugendlichen
<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene PatientInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Abweichende Intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum 2000 - 2022 	

Tbl. 4 Übersicht – Ein- und Ausschlusskriterien

Eine Einschränkung auf die Artikelarten ‚Meta-Analyse, RKS und systematische Reviews‘ wurde vorgenommen. Darüber hinaus sind Studien und Arbeiten in die Ergebnisfindung eingeflochten worden, die über das Schneeballsystem gefunden oder aus der wissenschaftlichen Bibliothek des LWL-Zentrums für forensische Psychiatrie sowie aus der persönlichen Datensammlung der Autorin stammen.

Schließlich wurden für die Recherche folgende Suchstrings genutzt:

Suchstring PubMed	Suchstring PubPsych	Suchstring CINAHL
(schizophrenia OR schizophrenias OR „schizophrenic disorder“ OR „schizophrenic disorders“ OR „disorder schizophrenic“ OR „disorders schizophrenic“ OR „treatment resistant schizophrenia“)	(schizophrenia OR schizophrenias OR „schizophrenic disorder“ OR „schizophrenic disorders“ OR „disorder schizophrenic“ OR „disorders schizophrenic“ OR „treatment resistant schizophrenia“)	(schizophrenia OR “schizophrenic disorder“ OR “schizophrenic disorders” OR “disorder schizophrenic” OR “disorders schizophrenic” [MH] “treatment resistant schizophrenia”)
AND		
(„Medication adherence“ OR „Treatment Adherence and Compliance“ OR „Patient Compliance“ OR „Patient Participation“ OR „Advance Directive Adherence“)	(„Medication adherence“ OR „Treatment Adherence and Compliance“ OR „Patient Compliance“ OR „Patient Participation“ OR „Advance Directive Adherence“)	(“Treatment Adherence and Compliance” OR “Patient Compliance” OR “Patient Participation**” OR “Advance Directive Adherence”)
AND		
(„forensic psychiatry“ OR „Insanity Defense“ OR „Correctional Facilities“)	(„forensic psychiatry“ OR „Insanity Defense“ OR „Correctional Facilities“)	(“forensic psychiatry” OR “Insanity Defense” OR “Correctional Facilities”)

Tbl. 5 Darstellung der genutzten Suchstrings

5. Ergebnis

Der Aufbau dieses Kapitels beginnt mit einem kurzen Überblick über die inkludierte Literatur. Anschließend werden die Ergebnisse in zwei Unterkapiteln dargestellt.

In der kompletten Recherche ergaben sich 460 Treffer. Von den 440 Treffern aus der Datenbankrecherche wurden 81 in PubMed, 58 in Pubpsych und 301 Treffer in Cinahl erfasst. Die Durchführung der systematischen Recherche erstreckt sich von Dezember 2022 bis in den Januar 2023. Nach der Vorauswahl über Titel und Abstract waren 17 von 440 Treffern durch die Datenbanken verblieben, die nach der Durchsicht von dem Volltext als ungeeignet erfasst wurden. Aus den übrigen 20 Treffern durch andere Quellen konnten schließlich fünf in die Ergebnisfindung eingeschlossen werden.

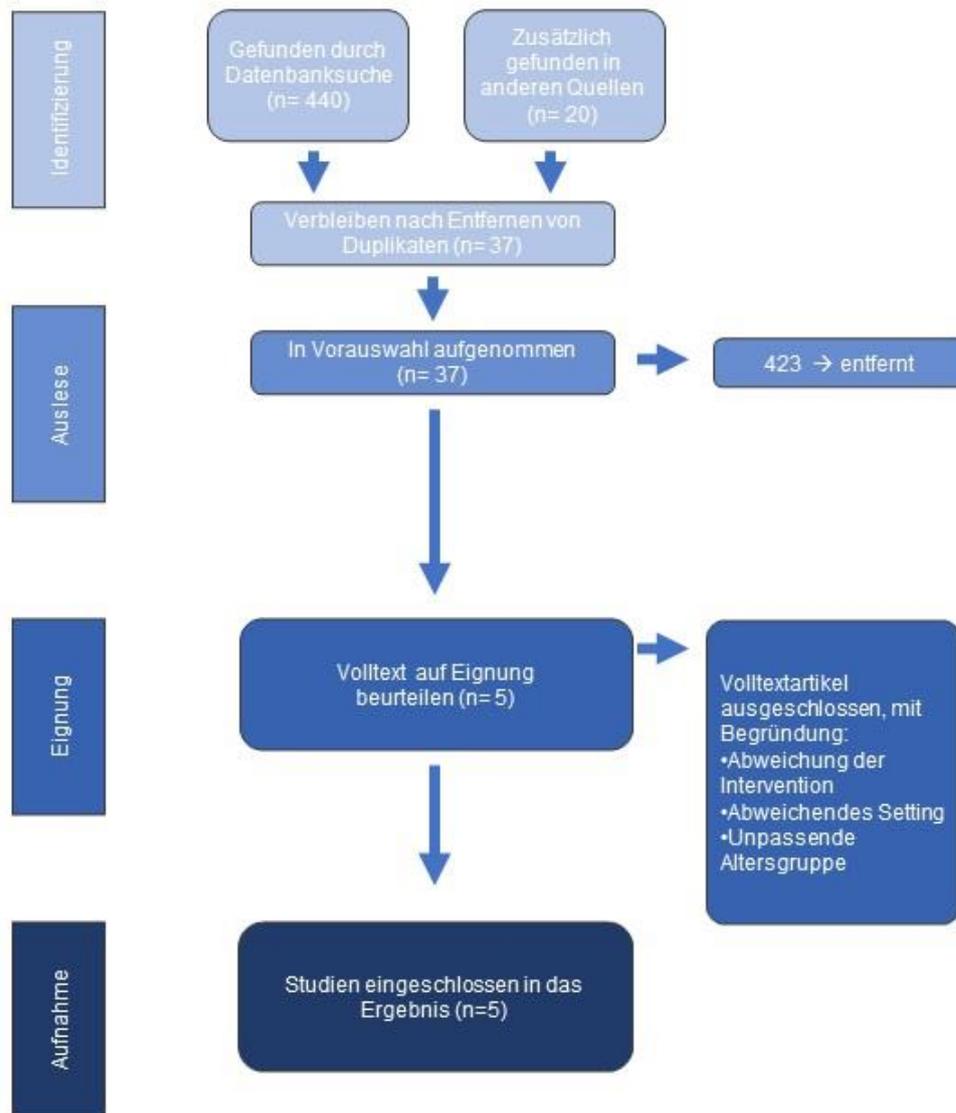


Abb. 2 PRISMA Flow-Chart (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009)

Es folgt ein kurzer Überblick über die Studientypen, die Art der genutzten Intervention, die Zielgruppe und die Größe der Population, die durchführenden BehandlerInnen und eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse.

Die randomisiert kontrollierte Studie (RKS) nach Cavezza et al. (2013, S. 461) wurde in einer forensischen Klinik im Südosten von Australien durchgeführt. Die 48 Probanden, bestehend aus forensischen PatientInnen (ebd., S. 470), wurden in zwei gleichgroße Gruppen aufgeteilt, wobei die Interventionsgruppe an acht Adherence-Therapie Sitzungen teilgenommen hat (ebd., S. 463). Die Sitzungen fanden nach dem Handbuch für Adherence-Therapie statt und wurden nach Ermessen der durchführenden Therapeu- tInnen an wenigen Stellen der Situation und der Person gegenüber angepasst (ebd., S. 465 f.).

Die Kontrollgruppe erhielt demgegenüber das Angebot einer Gesundheitskontrollintervention, welche ebenfalls in acht Sitzungen stattfand und Module wie *gesunde Ernährung* und *sexuelle Gesundheit* thematisierten (ebd.). Die Forschungsassistentin sei bis zum Ende der Studie verblindet gewesen, während die TeilnehmerInnen um die Interventionsverteilung wussten (ebd., S. 465). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Durchführung in einer forensischen Klinik möglich ist, wenn sie in einem zeitlich angemessenen Kontext stattfindet (ebd., S. 476). Zudem ist ein signifikanter Trend in der Verbesserung der Medikamenteneinnahme bei der Interventionsgruppe zu sehen, der allerdings keine statistische Relevanz aufweist (ebd., S. 470). Darüber hinaus verstärkte sich die wahrgenommene Behandlungsbedürftigkeit der Interventionsgruppe und es war ein signifikanter Anstieg der Compliance Bewertung zu verzeichnen (ebd., S. 473).

Im Jahr 2017 wurde durch zwei Gruppen Forschender das Adherence-Therapie Projekt „Einführung der Adherence-Therapie in der Klinik Nette-Gut“ in einer forensischen Klinik in Rheinland-Pfalz, Deutschland begleitet (Schulz, Löhr & Stuckmann, 2017b, S. 21). Die Forschergruppe Schulz et al. (2017b, S. 21) befragten in Fokusgruppeninterviews sechs pflegerische Mitarbeitende, die die Weiterbildung zur Adherence TherapeutIn absolviert haben. Ziel war es herauszufinden, wie die Adherence-Therapie die PatientInnen in ihrem Krankheitsmanagement unterstützen kann und wie die Durchführung wahrgenommen werde (ebd.). Bei der Intervention handelt es sich um die nach Manual geführte Intervention von Gray, Wykes, Edmonds, Lesse & Gournay (2004), die in fünf bis acht Sitzungen von weitergebildeten pflegerischen Mitarbeitenden durchgeführt wird (Schulz et al., 2017b, S. 19). Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass die Implementierung partizipativer Modelle wie der Adherence-Therapie in restriktiven Versorgungssystemen wie der forensischen Psychiatrie möglich ist. Zum anderen konnte aufgezeigt werden, dass die Intervention eine positive Veränderung in der Behandlungsdynamik hervorruft, die die PatientInnen als aktive TeilnehmerInnen der Behandlung walten lässt (Schulz et al., 2017b, S. 24).

Die zweite Gruppe Forschender Schulz, Löhr, Steffen, Durrer und Nienaber (2017a, S. 25 f.) wandten sich sechs forensischen Patienten zu und nutzten ebenfalls die qualitative Methode des Fokusgruppeninterviews. Die Interventionsbedingungen verhielten sich wie in der gerade beschriebenen Studie aus Rheinland-Pfalz (ebd., S. 24 f.). Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie die Patienten die Adherence-Therapie Intervention wahrnehmen und inwieweit Behandelnde auf ihre Adhärenz Einfluss nehmen können (ebd., S. 25). Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Adherence-Therapie im forensischen Kontext umgesetzt werden kann. Die Interventionselemente unterstützen die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung und die Beteiligung der Patienten an der Behandlung, stellen jedoch auch eine Herausforderung im restriktiven Setting dar (ebd., S. 30).

Studie	Art der Intervention	Zielgruppe	Größe der Population	Behandler	Ergebnis
Cavezza et al. (2013)	Adherence-Therapie nach Manual	Psychisch kranke Strafgefangene, teils forensische PatientInnen (Schizophrenie)	48	Therapeut	Umsetzung des Konzepts in forensischen Einrichtungen möglich, statistisch signifikanter Trend zur verbesserten Medikamenteneinnahme
Schulz et al. (2017)	Adherence-Therapie nach Manual	Patienten einer forensischen Klinik	6	Forensisch Pflegende mit einer Adherence TherapeutInnen Schulung	Partizipative Ansätze stellen Herausforderung im restriktiven Setting dar, sind aber möglich, fördern Partizipation in der Behandlung
Schulz et al., (2017b)	Adherence-Therapie nach Manual	Forensisch Pflegende mit einer Adherence TherapeutInnen Schulung	6	Forensisch Pflegende mit einer Adherence TherapeutInnen Schulung	Restriktive Einrichtungen können partizipative Modelle nutzen, Beziehungsaufbau wird gefördert, stellt Entwicklungsoption für MA dar, schafft Partizipation und fördert den Beziehungsaufbau
Selvin, Almqvist, Kjellin & Schröder (2016)	Konzept der Patientenbeteiligung	PatientInnen einer forensischen Klinik	19	Forensisches Pflegepersonal	Umsetzung bedingt möglich, Patientenbeteiligung schafft Vertrauen und fördert die Eigenverantwortung
El-Alti et al. (2022)	Personenzentrierte Pflege (PCC)	Pflegepersonal einer forensischen Klinik	8	Forensisches Pflegepersonal	Eingeschränkte Version von PCC ist möglich, dies gewährt gewisse Partizipation für PatientInnen, um Adhärenz und Behandlungsfortschritt zu fördern

Tbl. 6 Übersicht – Ergebnisstudien

Darüber hinaus wurde eine qualitative Studie von Selvin et al. (2016, S. 57) in Schweden veröffentlicht, die das Konzept der Patientenbeteiligung nutzten. Nach diesem Konzept werden die PatientInnen als PartnerInnen in der Pflege angesehen, die an Entscheidungen und der Planung beteiligt werden. Im Übrigen herrscht in der Beziehung ein stetiger Wissensaustausch (ebd.). In der Studie wurden 19 Einzelinterviews mit forensischen PatientInnen geführt, um herauszufinden, wie sie das Konzept der Patientenbeteiligung wahrnehmen (ebd., S. 58). Da es keine geführte Intervention ist, gehören zu den Behandelnden alle an der Behandlung Beteiligten. Die Ergebnisse zeigen, dass die PatientInnen auf das Angebot der Behandlungsbeteiligung mit Bereitschaft reagieren (ebd., S. 61). Zudem erwies sich die Durchführbarkeit des Konzepts als umsetzbar, wobei sich hinsichtlich der institutionellen Sicherheitsstufe und der Patientenklientel Limitationen aufzeigen (ebd., S. 58 f.).

Die fünfte Studie in der Ergebniserfassung wurde ebenfalls in Schweden durchgeführt, wobei die ForscherInnen El-Alti, Sandman & Munthe (2022, S. 1) in ihrer qualitativen

Studie von der personenzentrierten Pflege (PCC) Gebrauch machten. Der Begriff PCC wird in der vorliegenden Studie flexibel und ergebnisoffen beschrieben, wobei die Patientenbeteiligung in der Pflege von der Haltung der Pflegenden in der Situation abhängt (ebd., S. 1 f.). Mit semistrukturierten Interviews als Methode wurden in der Studie die Ansichten und Ideen von acht forensisch Beschäftigten hinsichtlich PCC erhoben (ebd., S. 3 ff.). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen strukturelle wie personelle Barrieren auf, die eine Umsetzung von PCC im forensischen Kontext erschweren, einer Implementierung indes nicht gänzlich im Weg stehen (ebd., S. 19).

Beide Studien aus Schweden nutzten nicht die Adherence-Therapie als Methode. Aufgrund der konzeptionellen Ausgestaltung der dort genutzten Ansätze wurden sie im Ergebnis erfasst. Weitere Ausführung dazu im Diskussionsteil der Methodik.

5.1 Umsetzbarkeit im forensischen Setting

Die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien zeigen auf, dass ein recoveryorientierter Ansatz im forensischen Kontext bedingt realisierbar ist. Die Einschränkungen ergeben sich aufgrund fünf verschiedener Faktoren, die Einfluss auf eine Therapie haben, von der WHO im Jahr 2003 zusammengetragen und in der Studie von Schulz et al. (2017b, S. 24) einleitend aufgeführt wurden. Bei den Faktoren handelt es sich nach der WHO (2003, S. 28 ff.) um:

- patientenbezogene Faktoren (z. B. Ressourcen, Wahrnehmung der Behandlungsbedürftigkeit, Wissen über die Erkrankung)
- Krankheitsbezogene Faktoren (z. B. Symptomschwere & Stärke der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen)
- Therapiebezogene Faktoren (z. B. Ungewollte Nebenwirkungen, Komplexität des Medikamentenregime)
- Gesundheitsteam und systematische Faktoren (z. B. Behandlungsteam, Qualität des Fachpersonals, Kommunikation, Auslastung des Systems)
- Soziale und wirtschaftliche Faktoren (z. B. Lebensbedingungen, Alter, Sozio-ökonomischer Status, Bildungsniveau)

In der Studie von Cavezza et al. (2013, S. 476) wurde als Voraussetzung für eine gelingende Implementierung genügend Zeit und eine Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen beschrieben. Auch Schulz et al. (2017b, S.21) geben ausreichend Zeit als Rahmenbedingung für die Umsetzung der Interventionen an. Zusätzlich führen sie (Schulz et al., 2017b, S. 21) und die Forschergruppen El-Alti et al. (2022, S. 19) und Selvin et al. (2016, S. 58) Kriterien auf, die eine optimale Zielgruppe für die Intervention definieren und damit gleichzeitig den patientenbezogenen Faktor der WHO bekräftigen.

Dazu nennen sie u. a. PatientInnen, deren Behandlung schon fortgeschritten ist, deren Erkrankung symptombedingt nicht im Vordergrund der aktuellen Situation steht und bei denen die kognitiven Voraussetzungen zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen.

Schulz et al. (2017a, S. 30; 2017b, S. 20) benennen die Fortbildung von MitarbeiterInnen zu Adherence TherapeutInnen als wichtige Voraussetzung. Anpassungen im Hinblick auf das Personal setzen Selvin et al. (2016, S. 61) und El-Alti et al. (2022, S. 19) ebenfalls voraus, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Planung in die Behandlung zu integrieren. Zudem untermauern Selvin et al. (2016, S. 61 f.) den Faktor des gesundheitsbezogenen Teams der WHO und nennt die kontinuierliche Reflexion der Mitarbeitenden als wesentliches Merkmal. Parallel dazu wird der patientenbezogene Faktor als Eigenleistung der PatientInnen beschrieben. Cavezza et al. (2013, S. 460) weisen in ihrer Arbeit zusätzlich auf die Gefahr der passiven Akzeptanz hin, die nicht mit aktiver Beteiligung verwechselt werden sollte.

5.2 Adaptive Elemente der Adherence-Therapie

Da die Interventionen im theoretischen Teil bereits erläutert wurden, wird in diesem Unterkapitel auf elementare Gemeinsamkeiten eingegangen, die sich als wesentlich in den Studien erwiesen haben.

Der Aspekt des Gesprächs tritt basal in den Fokus. Im Gespräch soll Wissensaustausch stattfinden (Selvin et al., 2016, S. 57), den PatientInnen zugehört (El-Alti et al., 2022, S. 2) und die praktischen Themen der Intervention bearbeitet werden (Schulz et al., 2017a S. 24; Cavezza et al., 2013, S. 465 f.; Schulz et al., 2017b, S. 19). Dabei können motivationsfördernde Gesprächstechniken wie MI genutzt werden (Schulz et al., 2017b, S.19; Schulz et al., 2017a S. 24; Cavezza et al., S. 459). Das Gespräch stellt damit ein zentrales Element zu einer positiven Beziehungsgestaltung dar. Hinzu kommt die motivierende und fördernde Haltung der Behandelnden, die in zwei Arbeiten hervorgehoben wurden (Selvin et al., 2016, S. 60; Schulz et al., 2017a, S. 25; Schulz et al., 2017b, S. 20).

Die Einbeziehung in den Behandlungsprozess ist ein elementarer Bestandteil (Selvin et al., 2016, S. 57 f., Schulz et al., 2017a, S. 27; Schulz et al., 2017b, S. 20), der durch partizipative Ansätze in den verschiedenen Bereichen in der Behandlung gefördert werden kann (El-Alti et al., 2022, S. 19). Partizipative Prozesse benötigen zudem Zeit im direkten Kontakt zu den PatientInnen, die die Behandelnden im Alltag investieren sollten (Cavezza et al., 2013, S. 474). Abschließend ist bei ausbleibendem Therapieerfolg ein zentrales Element in der Adherence-Therapie, dass die Ursachensuche auf den gesamten Prozess und alle Mitwirkenden ausgeweitet wird und nicht alleine bei den PatientInnen verbleibt (Schulz et al., 2018, S. 13 f.).

6. Diskussion

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Medikamentenadhärenz oder besser die Einhaltung der Behandlungsvorgaben im Hinblick auf Medikation bei Schizophrenie Erkrankten liegt bei etwa 50% (WHO, 2003, S. XIII). Im Allgemeinen liegt die Einnahme von Medikamenten im persönlichen Ermessen der Betroffenen, indes liegt im Maßregelvollzug der Fokus auf der Verbesserung der Legalprognose (Winterberg, 2013, S. 273), weshalb die Therapietreue dort eine ganz besondere Rolle spielt. Konzepte und Methoden für den Maßregelvollzug, die zur Verbesserung der Medikamenteneinnahme führen, sind demnach eine Notwendigkeit und sollen im Klinikkonzept nicht nur euphemistisch wirken.

Die Adherence-Therapie ist ein recoveryorientierter Ansatz, der das Ziel verfolgt, die PatientInnen in der individuellen Situation zu unterstützen. Im Maßregelvollzug heißt das, über die Erkrankung zu informieren, gemeinsam über bisherige Erfahrungen, Sorgen und Wünsche zu sprechen und ihn oder sie dabei unterstützen, wohl überlegte Entscheidungen in Bezug auf die Behandlung zu treffen (Trost & Rogge, 2016, S. 84 f.). Das Konzept der Adherence-Therapie wurde jedoch für die Allgemein-Psychiatrie entwickelt (Schulz et al., 2009, S. 230) und soll möglichst ergebnisoffen und gezielt auf Selbstbestimmung ausgerichtet sein (Trost & Rogge, 2016, S. 86). Die vorliegende Arbeit geht nun der Frage nach, ob dieses Konzept im Maßregelvollzug umgesetzt und in die Behandlung integriert werden kann.

Die Ergebnisse zeigen dahingehend auf, dass eine Implementierung im forensischen Setting möglich ist. Sie zeigen jedoch auch auf, dass es diverse Hürden gibt, die dem Behandlungserfolg im Wege stehen können, z. B. das vorgegebene Ziel der Behandlung oder die Intensität der Krankheitssymptome.

Wie im theoretischen Hintergrund bereits erläutert, regelt in NRW seit der Inkraftsetzung am 31.12.2021 das strafrechtsbezogene Unterbringungsrecht die Unterbringung im Maßregelvollzug (StrUG NRW). Mit der Neuerung dieses Gesetzes wurde eingeführt, dass die untergebrachte Person das Angebot der Behandlung annehmen, wie ablehnen kann (§ 9 Abs. 3 StrUG NRW). Zudem soll den Untergebrachten das Behandlungsangebot ab dem ersten Tag offeriert werden, wobei ab Tag eins ein vorläufiges Angebot gilt und spätestens drei Monate nach Aufnahme ein individuell ausgearbeitetes zur Verfügung stehen muss (§ 8 Abs. 1 StrUG NRW). Wie im Ergebnis beschrieben, ist der direkte Behandlungsbeginn nach Aufnahme auch ein Vorsatz der Adherence-Therapie bzw. der Recoveryorientierung (Winterberg, 2013, S. 274; Schulz, 2003, S. 142).

Anders drücken es die Autoren Barker & Buchanan-Barker (2013, S. 39) aus, da sie im Recovery Kontext von Genesungsarbeit sprechen und dabei die Zufriedenheit der Person hervorheben. Hier wird eine zentrale Diskrepanz deutlich: Im Maßregelvollzug steht die Verbesserung der Legalprognose im Mittelpunkt, demnach die Reduktion der Gefährlichkeit, was im Weiteren zu einem stark defizitorientierten System führt (Winterberg & Needham, 2010, S. 188). Im Recovery Konzept oder bei Ansätzen, die auf Recovery basieren hingegen, beispielsweise die Adherence-Therapie, steht der Mensch selbst im Zentrum und dessen Weg zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben.

Diese Vorgehensweise sollte in eine wachstumsfördernde Atmosphäre eingebettet werden, die auf Therapietreue ausgerichtet wird (WHO, 2003, S. 145). Bereits 2003 forderte Schulz (S. 140) zu einer Rekonzeptionalisierung in der Psychiatrie auf. Hierbei beklagt er vor allem den mangelnden Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Versorgung, sowie die fehlende Adaption des starren, veralteten gesundheitspolitischen Konstrukts (ebd.). Aus der Arbeit von Gray et al. (2016, S. 2) geht beispielsweise hervor, dass Zwang die intrinsische Motivation beeinträchtigt, Marklund, Wahlroos, Ejneborn Looi & Gabrielsson (2019, S. 6) sehen restriktive Maßnahmen als Behinderung für eine Genesung an und in der Studie von El-Alti et al. (2022, S. 1) heißt es, dass der Zwangskontext die Emanzipation komplett untergraben würde. Das Ziel der Unterbringung im Maßregelvollzugs ist indes nicht verhandelbar (El-Alti et al, 2022, S. 2). Es ergibt sich, wie Schulz es in seinem Vortrag zur Recoveryorientierung auf der Eickelborner Fachtagung sagte, ein Spannungsfeld zwischen den Werten der Forensik und Recovery (Schulz, 2022, Folie 44).

Die Neuausrichtung des Unterbringungsgesetzes kann dahingehend für den Maßregelvollzug eine Zeit des Umdenkens bedeuten. Durch die gesetzliche Anpassung wird der Mensch wieder deutlich stärker in den Fokus gerückt, als Winterberg (S. 274) es in seiner Arbeit 2013 noch beschrieben hat. Dies stellt auch ein positives Zeichen dar, in Anbetracht dessen, dass er in der gleichen Arbeit einen gleichrangigen Nutzen für PatientInnen fordert, wie er für die Gesellschaft und die Justiz besteht (ebd.).

Die gesetzlichen Neuerungen zeigen auf, dass eine Umorientierung begonnen hat und die zukünftige Arbeit darin liegt, evidenzbasierte Ansätze in der Praxis zu realisieren und Selbstbestimmung zu fördern. Die Adherence-Therapie wäre eine Möglichkeit, deren Ansatz auch schon in mehreren Studien untersucht wurde, deren Aussagekraft jedoch in Ermangelung objektiver Messmethoden begrenzt ist (Bissonnette, 2008, S. 635), was Marston im Jahr 1970 bereits anmahnte (zitiert nach Bissonnette, 2009, S. 636). In Studien kann diese Problematik dazu führen, dass die Ablehnung der Teilnahme nicht erfasst wird und es in den Ergebnissen an signifikanten Unterschieden fehlt (Cavezza et al., 2013, S. 474).

Wenn unmotivierte Probanden die Teilnahme an einer Studie zur Adhärenzforschung ablehnen und letztlich nur motivierte Teilnehmer erfasst werden, deren Adhärenz zumindest vorhanden scheint, lässt das auf nicht objektive Ergebnisse in den Studien schließen. Jedoch zeigen die Studien im Ergebnis messbar positive Ergebnisse auf den Therapieerfolg auf.

Zudem deuten die Studien darauf hin, dass die Intervention für leicht bis mittel stark erkrankte Menschen besser geeignet sei als für schwer Erkrankte. Jedoch geht man bei einer Recoveryorientierung davon aus, dass auch schwer kranke Menschen von Ansätzen der Teilhabe, Wissensvermittlung und Hoffnung profitieren (Deegan, 1988, zitiert nach Marklund et al, 2019, S. 6). Diese zwei divergierenden Perspektiven führen in der Literatur zu konträren Ergebnissen, die eine Implementierung indes nicht behindern.

Es sind, wie auch das Ergebnis zeigt, eher der strikte Fokus auf Risikominimierung, der zu Verlust von Chancen führen kann (Higgins et al., 2016, zitiert nach Marklund et al., 2019, S. 7), aber auch die Behandelnden, die die Selbstbestimmung der PatientInnen im Alltag realisieren müssen. Wenn die Behandelnden kritisches Verhalten zeigen oder die Teilhabe in der Behandlung nicht zulassen, kann dies zu Konflikten und Zwang führen, was letztlich die Nichteinhaltung fördert und den Nutzen der Therapie schmälert (Schwarze & Schmidt, 2008, S. 1481; Shelton et al., 2010, S. 604). Die Pflege als größte Berufsgruppe im forensischen Setting darf sich nicht von der Idee der Disziplinierung überschatten lassen und sollte sich nach dem Vorschlag von Hörberg stets in ihrem Handeln hinterfragen (2008, zitiert nach Selvin et al., 2016, S. 62) und vor allem weiter fortgebildet werden. Ein weiteres Problem tritt auf, wenn das Konzept nicht vollständig umgesetzt wird. Eine Situation kann beispielsweise durch unterschiedliche Haltungen der Behandelnden im Team einen Konflikt auslösen: Wenn die PatientInnen an einem Tag Beteiligung und Wertschätzung erfahren und am nächsten wieder den Anweisungen Folge zu leisten haben. Auch Vermeire et al. (2005, S.145) weisen auf die Kombination aus Aufklärungs- und Verhaltensstrategien hin, um die Therapietreue nachhaltig zu verbessern. Aus der Sicht von Farkas et al. können die Hindernisse im Alltag jedoch auch als Herausforderungen gesehen werden. Sie fassen diese in den vier Bereichen Personenzentrierung, Partizipation, Wahlfreiheit und Wachstumspotenziale zusammen (ebd.).

Für weiterführende Forschung wäre es von Bedeutung, die Ablehnung der Teilnahme von ProbandInnen in das Ergebnis einzubeziehen und zu differenzieren oder ein Angebot zu entwickeln, um diese Gruppen ebenfalls zu erreichen. Darüber hinaus könnten die Behandelnden ein interessanter Fokus für weitere Forschung sein. Wie im Ergebnis festgestellt wurde, hat deren Motivation zur Beteiligung einen großen Einfluss auf die Umsetzung recoveryorientierter Ansätze, weshalb auch die WHO 2003 darauf verweist.

6.2 Diskussion der Methode

Die methodische Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit weist in einigen Aspekten Limitationen auf.

Zunächst einmal zur Verfügbarkeit der Literatur. Die Themenkomponenten ‚Maßregelvollzug‘ und ‚Adherence-Therapie Intervention‘ sind in der Kombination nicht stark in den Datenbanken vertreten. Dies war jedoch vorab schon bekannt. Die durchgeführte systematische Literaturrecherche wurde dahingehend möglichst wenig durch Ausschlusskriterien oder Datenbankbezogenen Suchstrategien eingegrenzt. Dennoch ergab diese Methode keinen Treffer, der abschließend in das Ergebnis einfließen konnte. Grund dafür kann sowohl der erarbeitete Suchstring sein als auch die Auswahl der Datenbanken. Die Datenbanken PubMed und Pubpsych haben ein sehr ähnliches Ergebnis aufgezeigt. Die ähnliche Grundlage war bereits zu Beginn bekannt, jedoch wurde der europäische Fokus von Pubpsych noch als Chance der Erweiterung gesehen.

Ferner kann der Suchstring eine Ursache für die eingeschränkten Ergebnisse sein. Dieser musste in der Erarbeitung mehrfach umgestellt und modifiziert werden, bis er schließlich Ergebnisse erbracht hat.

Ein weiterer Aspekt sind die Ein- und Ausschlusskriterien. Diese sind zu unpräzise formuliert. Eine differenziertere Formulierung wäre im Bereich der Intervention nötig gewesen. Denn für das Ergebnis wurden solche abgelehnt, die auf der Methode der Gruppenpsychoedukation basierten, aber Studien eingebunden, die auf einem Ansatz der Patientenbeteiligung basieren, der nicht in Form einer Intervention umgesetzt wurde. Dieses methodische Vorgehen erschwert eine Reproduzierbarkeit der Recherche und muss in der nächsten Arbeit von vornherein eindeutig differenziert werden. Für die Fragestellung dieser Arbeit eigneten sich die einbezogenen Studien jedoch aufgrund ihrer motivationsfördernden Ansätze. Arbeiten die über den Ansatz der Gruppenpsychoedukation handelten, schienen indes ungeeignet, auf Grund der Gruppenintervention.

7. Fazit

Die Adherence-Therapie ist ein recoveryorientierter Ansatz, der im Maßregelvollzug umgesetzt werden kann. Dies belegen die Studien, die im Ergebnis aufgeführt wurden. Jedoch ist bei einer Umsetzung darauf zu achten, welche Rahmenbedingungen im Setting vorherrschen, damit eine Implementierung letztlich nicht mehr Schaden als Nutzen bringt. Die Intervention besteht aus Beziehungsarbeit und Arbeitsaufträgen, die den Patienten oder die Patientin dabei unterstützen soll, Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung wohlüberlegt zu treffen. Dabei stellen patienten-, krankheits- und therapiebezogene, wie auch das Gesundheitsteam und systemische, soziale und wirtschaftliche Faktoren Hindernisse im Alltag dar, die es sorgfältig zu eruieren gilt. Zudem beschreiben die PatientInnen selbst die Intervention als hilfreich, um sich an der Behandlung als PartnerIn zu beteiligen.

Angesichts der Ergebnisse zeigt sich, dass eine Behandlung im Maßregelvollzug nicht nur nach einer Recoveryorientierung, sondern nunmehr nach gesetzlichen Bestimmungen ab dem ersten Tag der Unterbringung dem Patienten oder der Patientin angeboten werden muss. Damit wird die Beziehungsarbeit in den Fokus gestellt, denn von dieser hängt der Behandlungserfolg ebenso ab wie von den PatientInnen selbst. Der Zwangskontext, in dem sich der Maßregelvollzug befindet, verringert die Motivation der Patienten, was in der Behandlung dringend bearbeitet werden muss. Das Ziel der Unterbringung ist jedoch die Reduktion der Gefährlichkeit und nicht die Steigerung der Selbstbestimmung, was bei einer Implementierung zu Diskrepanzen führen kann. Das Umdenken von restriktiven Strukturen hat jedoch mit Einzug des StrUG begonnen und wird sich hoffentlich genauso durch die konzeptionelle Gestaltung der Kliniken widerspiegeln.

Angesichts dieser Ergebnisse lässt sich die Forschungsfrage damit beantworten, dass eine Umsetzung im Maßregelvollzug durch die manualgeführten Interventionsschritte der Adherence-Therapie realisierbar ist. Im Einzelnen müssen jedoch vorab die Rahmenbedingungen geprüft werden, damit eine Umsetzung nicht nur einem Euphemismus gleicht, sondern in der kompletten Behandlung Umsetzung erfährt.

Literaturverzeichnis

- Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery* (5. Aufl.). Köln: Psychiatrieverlag.
- Andresen, R., Caputi, P. & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2013). *Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege* (M. Herrmann, Trans.) (1. Aufl.). *Psychiatrische Pflege*. Bern: Huber.
- Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63(6), 634–643.
- Burr, C., Schulz, M., Winter, A. & Zuaboni, G. (2013). *Recovery in der Praxis* (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Cavezza, C., Aurora, M. & Ogloff, J. R. P. (2013). The effects of an adherence therapy approach in a secure forensic hospital: a randomised controlled trial. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(4), 458-478.
- DeepL Übersetzer online. <https://www.deepl.com/translator>
- El-Alti, L., Sandman, L., Munthe, C. (2022). Caregiver perspectives on patient capacities and institutional pathways to person centered forensic psychiatric care. *PLoS ONE*, 17(9), o.S.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. & Chamberlin, J. (2005). *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158.
- Gofman, E. (1973). *Asyle* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Gray, R., Bressington, D., Ivanecka, A., Hardy, S., Jones, M., Schulz, M. et al. (2016). Is adherence for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16 (90), 1-12.
- Gray, R. & Robson, D., (2004). *Concordance Skills Manual. Übersetzung von Michael Schulz et al. (Manual Version 1.22)*. Bielefeld/ Gütersloh: Dachverband Adherence e.V.
- Gray, R., Wykes, T. & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 277–284.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A.X. & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000011*, 1-50.

- Kammmeier, H. (2018). Rechtliche Grundlagen. In Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie* (35-68). (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Knuf, A. (2020). *Recovery und Empowerment* (Neuausgabe). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- König, A. (2018). Quantitative Entwicklungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie* (103-112). (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Kremer, G. & Schulz, M. (2020). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie* (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Kriegler-Kastelic, G. (2018). *Selbstwirksamkeitserwartungen*. Universität Wien. https://infopool.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_infopool/PDFs/Universitaeres_Lehren_u_Lernen/07_Selbstwirksamkeitserwartungen.pdf, Stand: 16.03.2023.
- LEO online Wörterbuch. <https://dict.leo.org/englisch-deutsch/adherence>, Stand: 26.02.2023.
- Lau, S. (2017). Herausforderungen in der Behandlung schizophrener Rechtsbrecher. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11(1), 39-45.
- Mann, B., Matias, E. & Allen, J. (2014). Recovery in forensic services: facing the challenge. *Advances in psychiatric treatment*, 20, 125-131.
- Marklund, L., Wahlroos, T., Ejneborn Looi, G.-M. & Gabrielsson, S. (2019). 'I know what I need to recover': Patients' experiences and perceptions of forensic psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 235-243.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6 (7), e1000097. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000097&type=printable>
- Müller, J. L. & Nedopil, N. (2017). *Forensische Psychiatrie*. (5. überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Müller, J. L., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M. et al. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Der Nervenarzt*, 88, 1-29.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence* [CG76]. <https://is.gd/wigAnZ>, Stand: 16.02.2023.
- Nedopil, N. (2009). The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe. *Criminal Behaviour an Mental Health*, 19, 224-234.

- Nolting, H. D., Leptien, S., Greupner, M., Assion, H. J., Beneke, R., Bottlender, R. et al. (2016). Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundh ökon Qual manag*, 21, 46-54.
- Nordhausen, T. & Hirt, J. (2020, Version 5.0). *RefHunter. Manual zur Literaturrecherche in Fachdaten-banken*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg & OST (ehemals FHS St.Gallen) (Hrsg.). Halle (Saale).
- Rössler, W. & Lauber, C. (2004). Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe. In Rössler, W. (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 146 – 156). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- PONS Online Wörterbuch. <https://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/latein-deutsch/adhaerere>, Stand: 26.02.2023.
- Saimeh, N., Schmidt-Quernheim, F. & Wallenstein, B. (2018). Behandlung von Psychosekranken. In Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie* (230-244). Bern: Hogrefe.
- Sauter, D. (2018). Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie. In Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (492-520). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2018). *Praxisbuch forensische Psychiatrie* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Schulz, M. (2003). Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 8(4), 140-145.
- Schulz, M. (2022, März). Recoveryorientierte Behandlung in der forensischen Psychiatrie – machbar oder utopisch? Eickelborner Fachtagung. Eickelborn.
- Schulz, M., Stickling-Borgmann, J. & Spiekermann, A. (2009). Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege am Beispiel der Adhärenz-Therapie. *Psych Pflege*, 15, 226-231.
- Schulz, M., Löhr, M., Steffen, H. T., Durrer, M. & Nienaber, A. (2017a). Wahrnehmung der Effekte der Adherence-Therapie bei psychoseerkrankten Menschen in der forensischen Psychiatrie. *Monitor Pflege*, 05, 24-31.
- Schulz, M., Löhr, M. & Stuckmann, W. (2017b). Adherence Therapie in der Forensik – geht dies? *Psychiatrische Pflege*, 2(5), 19-24.
- Schulz, M., Behrens, J. & Löhr, M. (2018a). Adherence und der personenzentrierte Aufbau interner Evidence. *PADUA*, 13, 13–20.
- Schwarze, C. & Schmidt, A. F. (2008). Zwangskontexte. In Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung – Band II: Spezieller Teil* (1477-1507). Tübingen: DGVV Verlag.

- Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. (2016). The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective. *Journal of Forensic Nursing, 12*(2), 57-63.
- Shelton, D., Ehret, M. J., Wakai, S., Kapetanovic, T. & Moran, M. (2010). Psychotropic medication adherence in correctional facilities: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*, 603-613.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2015). Strafvollzugsstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/krankenhaus-massregelvollzug-5243202149005.html>, Stand: 14.02.2023.
- Trost, A. & Rogge, S. (2016). *Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug* (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 26*, 331-342.
- World Health Organization (Hrsg.). (2003). *Adherence to long-term Therapies - Evidence for action*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=737E2067C840F3DCAA098E0EBBBA9B92?sequence=1>, Stand: 21.02.2023.
- Winterberg, W. & Needham, I. (2010). Empowerment und Forensik – Wunschtraum oder Wirklichkeit? *Psych Pflege, 16*, 184-188.
- Winterberg, W. (2013). Wirksame Intervention oder nur besonders geschicktes Überreden? *Psych Pflege, 19*, 269-274.
- Wykes, T. (2014). Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia. *Evidence-Based Mental Health, 17*(3), 67–68.

