

**Birgit Senft**

**Therapieziele in der Evaluation  
medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation**

Effekte eines Therapieziel-Inventars sowie Zusammenhänge der  
Zielerreichung mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

**DISSERTATION**

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Naturwissenschaften

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Fakultät für Kulturwissenschaften

1. Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Walter Renner  
Institut für Psychologie

2. Begutachter: O.Univ.-Prof. Mag. Dr. Klaus Ottomeyer  
Institut für Psychologie

April/2013

# Inhalt

Tabellenverzeichnis .....	4
Abbildungsverzeichnis .....	5
Zusammenfassung.....	7
Abstract .....	7
<b>I THEORETISCHER TEIL .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitende Worte .....</b>	<b>10</b>
<b>2 Psychosomatik und Rehabilitation.....</b>	<b>15</b>
2.1 Medizinisch psychiatrische Rehabilitation in Österreich .....	18
2.2 Vergleich der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation mit stationären psychosomatischen Kliniken in Deutschland .....	22
<b>3 Qualität und Evaluation im Gesundheitswesen .....</b>	<b>25</b>
3.1 Evaluationsansätze.....	31
3.2 Evaluation und Psychotherapieforschung.....	36
3.2.1 Direkte und indirekte Veränderungsmessung .....	41
3.2.2 Die Rolle von Therapiezielen in der Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen ....	44
3.3 Qualität und Evaluation in der Rehabilitation.....	47
3.3.1 Indikatoren in der Erfolgsmessung der Rehabilitation .....	51
3.3.2 Die Rolle von Therapiezielen in der Evaluation von Rehabilitation .....	53
3.3.3 Evaluation und Qualitätsmanagement in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit.....	57
<b>4 Therapieziele .....</b>	<b>62</b>
4.1 Kategorisierungen von Therapiezielen.....	69
4.2 Erarbeitung von Zielen im Allgemeinen .....	73
4.3 Erarbeitung von Therapiezielen am Beispiel einiger Therapieschulen .....	76
4.3.1 Therapieziele in der Verhaltenstherapie.....	77
4.3.2 Therapieziele in der psychoanalytischen Therapie .....	82
4.3.3 Therapieziele in der Gesprächspsychotherapie .....	83
4.3.4 Therapieziele in der Familientherapie.....	84
4.3.5 Therapieziele in der Hypnotherapie.....	85
4.3.6 Therapieziele in der Integrativen Therapie .....	86
4.3.7 Therapieziele im Psychodrama .....	87
4.4 Methoden zur Therapiezielbestimmung und zur Messung der Therapiezielerreichung .....	89
4.4.1 Change Process Research.....	89
4.4.2 Goal Attainment Scaling GAS .....	91
4.4.3 ICF-orientierte Erarbeitung von Therapiezielen.....	94

4.4.4	Weitere Methoden zur Erarbeitung von Therapiezielen .....	96
4.4.5	PARZIVAR – Partizipative Zielvereinbarung mit PatientInnen in der Rehabilitation .....	98
4.4.6	Berner Inventar für Therapieziele BIT .....	100
4.5	Ergebnisse zur Evaluation von Therapiezielen .....	102
4.5.1	Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation .....	106
4.5.2	Therapieziele verschiedener Settings und bei verschiedenen Diagnosen .....	109
4.5.3	Ergebnisse aus katamnestischen Untersuchungen .....	111
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Ableitung der Forschungsfragen .....</b>	<b>112</b>
<b>II</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL .....</b>	<b>117</b>
<b>6</b>	<b>Ausgangslage .....</b>	<b>118</b>
6.1	Einführung des BIT-CP in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit .....	119
6.2	Aktueller Stand des Einsatzes des BIT-CP in der Reha-Klinik .....	119
<b>7</b>	<b>Studiendesign .....</b>	<b>120</b>
7.1	Erhebungsverfahren .....	120
7.1.1	Bit CP – Berner Inventar für Therapieziele .....	121
7.1.2	BIT – F Berner Inventar für Therapieziele - Formal .....	122
7.2	Auswertungsverfahren .....	125
7.3	Stichprobenbeschreibung .....	126
7.3.1	Angaben zur Soziodemographie .....	128
7.3.2	Angaben zu krankheitsbezogenen Daten .....	128
<b>8</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>132</b>
8.1	Überprüfung der Forschungshypothese 1 zu den Inhalten der Therapieziele .....	132
8.1.1	Vorbereitung der Daten zur inhaltlichen Kodierung .....	132
8.1.2	Kodierung der Therapieziele nach Einführung des BIT-CP: .....	134
8.1.3	H1a: Ergebnis der Signifikanzprüfung zu den Inhalten der Therapieziele .....	136
8.1.4	Vorbereitung der Daten zur Kodierung der formalen Qualität der Therapieziele .....	145
8.1.5	Kodierung der Therapieziele hinsichtlich der formalen Qualität .....	146
8.1.6	H1b: Ergebnis der Signifikanzprüfung zur Veränderung der formalen Qualität der Therapieziele .....	147
8.1.7	H1c: Ergebnis zur Signifikanzprüfung des Zusammenhangs der formalen Qualität der Therapieziele und der Therapiezielerreichung .....	148
8.1.8	Weitere Analysen zum BIT-F: Ergebnis Hauptkomponentenanalyse .....	150
8.1.9	Weitere Analysen zum BIT-F: Unterschiede vor und nach Einführung des BIT-CP in den Faktoren für die formale Qualität der Therapieziele .....	151
8.2	Überprüfung der Forschungshypothese 2 zum Grad der Zielerreichung und zur Nachhaltigkeit derselben .....	153
8.2.1	H2a: Ergebnis der Signifikanzprüfung zum Grad der Zielerreichung bei Reha-Ende .....	153

8.2.2	H2b: Ergebnis der Signifikanzprüfung zum Grad der Zielerreichung zum Katamnese-Zeitpunkt ein Jahr nach Reha-Ende.....	155
8.3	Ergebnisse der explorativen Forschungsfrage zur Rolle der Therapieziele in der Evaluation medizinisch psychiatrischer Rehabilitation.....	159
8.3.1	Zusammenhänge zwischen Struktur- und Prozessqualität .....	164
8.3.2	Zusammenhänge zwischen Struktur- und Ergebnisqualität.....	165
8.3.3	Zusammenhänge zwischen Prozess- und Ergebnisqualität.....	167
8.3.4	Zusammenhänge zwischen Symptombelastung bei Aufnahme und Therapiemotivation mit den Qualitätsdimensionen nach Donabedian.....	173
8.3.5	Zusammenhänge zwischen Symptombelastung bei Entlassung und den Qualitätsdimensionen nach Donabedian .....	176
8.3.6	Zusammenhänge der Ergebniskriterien .....	180
<b>9</b>	<b>Diskussion und Ausblick.....</b>	<b>181</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>197</b>
	<b>Anhänge .....</b>	<b>210</b>
Anhang A	BIT-CP .....	210
Anhang B	Kategorisierungsbeispiel BIT-F .....	215
Anhang C	Therapieziele mit signifikanten Veränderungen nach Einführung des BIT-CP.... .....	216
Anhang D	Therapieziele ohne signifikante Veränderungen nach Einführung des BIT-CP ... .....	217
Anhang E	BIT-F Kategorien in % vor und nach Einführung des BIT-CP.....	219
Anhang F	Zusammenhänge zwischen Belastung, Motivation und Strukturqualität.....	220
Anhang G	Zusammenhänge zwischen Variablen der Prozessqualität und der Ausgangsbelastung.....	221
Anhang H	Zusammenhänge zwischen Variablen der Ergebnisqualität und der Ausgangsbelastung.....	222
Anhang I	Korrelationen der Ergebniskriterien untereinander .....	223
Anhang J	Beispiele von Therapiezielen und dem Grad der Zielerreichung ein Jahr nach Reha-Ende .....	225

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht über Einrichtungen zur psychiatrischen Rehabilitation in Österreich	19
Tabelle 2	Dimensionen der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität für die medizinisch psychiatrische Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt .....	49
Tabelle 3	Codierschema für Ergebniskriterien in der stationären psychosomatischen Rehabilitation nach Steffanowski et al. (2007, S. 174).....	52
Tabelle 4	Rubikon-Modell nach Heckhausen und Gollwitzer (1987).....	65
Tabelle 5	SMART-Kriterien nach Doran (1981).....	73
Tabelle 6	Change Interview Outline (Elliott et al., 2001).....	91
Tabelle 7	Skalierungsmöglichkeiten der GAS.....	92
Tabelle 8	Therapieziele auf Basis der ICF-Dimensionen nach Nosper (2009) .....	95
Tabelle 9	Kategoriensystem der Zielcheckliste des Berner Therapiezielinventars BIT-CP	101
Tabelle 10	Drei Abstraktionsebenen und Ziel-Nummern des BIT-CP .....	121
Tabelle 11	Kategoriensystem BIT-F.....	123
Tabelle 12	Stichprobencharakteristik (Soziodemographie).....	129
Tabelle 13	Anteile von Patient(inn)en ohne Angabe von Therapiezielen vor und nach Einführung des BIT-CP .....	133
Tabelle 14	Im Rahmen der Studie gewonnene Kategorien für Therapieziele .....	135
Tabelle 15	Reliabilitätsanalyse BIT-F.....	147
Tabelle 16	Rotierte Faktorenlösung des BIT-F .....	150
Tabelle 17	Formale Qualität der Therapieziele prä – post in den Faktoren Beobachtbarkeit der Zielerreichung und persönliche Formulierung.....	152
Tabelle 18	Stichprobe für die Bewertung der Zielerreichung bei Reha-Ende .....	154
Tabelle 19	Übersicht über die Angabe von Therapiezielen bei der Jahreskatamnese .....	156
Tabelle 20	Korrelationen zwischen der Zufriedenheit mit der Strukturqualität und Kriterien der Prozessqualität.....	165
Tabelle 21	Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der Strukturqualität und Kriterien der Ergebnisqualität .....	166
Tabelle 22	Zusammenhänge zwischen der Prozessqualität (Beziehungszufriedenheit: HAQ) und Kriterien der Ergebnisqualität .....	168
Tabelle 23	Zusammenhänge zwischen der Prozessqualität (Zufriedenheit mit der Prozessqualität) und Kriterien der Ergebnisqualität .....	170
Tabelle 24	Zusammenhänge zwischen der Prozessqualität (Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil an der Rehabilitation) und Kriterien der Ergebnisqualität .....	172
Tabelle 25	Korrelationen der Variablen der Prozessqualität mit Variablen der Symptombelastung bei Entlassung .....	177
Tabelle 26	Korrelationen zwischen der Symptombelastung bei Entlassung und Kriterien der Ergebnisqualität .....	179

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Thematische Schwerpunkte und Überschneidungen der vorliegenden Arbeit.. .....	11
Abbildung 2	Umfeld und Einflussfaktoren bei Patient(inn)en in der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation .....	12
Abbildung 3	Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der IC .....	16
Abbildung 4	Evaluationsbereiche nach Donabedian (1966) .....	27
Abbildung 5	Evaluationshierarchie nach Rossi, Lipsey und Freeman (2004, S. 80).....	34
Abbildung 6	Therapeutische Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Hubble et al., 2001 . .....	38
Abbildung 7	Therapieziel-Kategorisierungen verschiedener Autor(inn)en.....	72
Abbildung 8	SMART-Kriterien zur Zieldefinition (partizipative-qualitaetsentwicklung.de)	75
Abbildung 9	Therapiezielkategorisierungen unterschiedlicher Psychotherapieschulen ....	80
Abbildung 10	Übersicht zum Sampling der Studie .....	126
Abbildung 11	Diagnoseverteilung nach ICD 10 für die Gruppen vor und nach Einführung des BIT-CP .....	130
Abbildung 12	Veränderung des Anteils von Therapiezielen zu Problemen und Symptomen nach Einführung des BIT-CP .....	138
Abbildung 13	Veränderung des Anteils von Therapiezielen im zwischenmenschlichen Bereich nach Einführung des BIT-CP .....	139
Abbildung 14	Veränderung des Anteils von Therapiezielen zur Verbesserung des Wohlbefindens nach Einführung des BIT-CP.....	140
Abbildung 15	Veränderung des Anteils von Therapiezielen zur Orientierung im Leben nach Einführung des BIT-CP .....	141
Abbildung 16	Veränderung des Anteils von Therapiezielen zu selbstbezogenen Zielen nach Einführung des BIT-CP .....	141
Abbildung 17	Veränderung des Anteils von zusätzlichen Therapiezielen nach Einführung des BIT-CP I .....	142
Abbildung 18	Veränderung des Anteils von zusätzlichen Therapiezielen nach Einführung des BIT-CP II .....	143
Abbildung 19	Übersicht über die Hauptkategorien des BIT-CP vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP .....	144
Abbildung 20	Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall für die Summenwerte im BIT-F vor und nach Einführung des Instruments .....	148
Abbildung 21	Scatterplot für die Zielerreichung und Summenwert des BIT-F für das Therapieziel 1 .....	149
Abbildung 22	Zielerreichung zum Entlassungszeitpunkt vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP .....	154
Abbildung 23	Zielerreichung Ziel 1 zum Katamnese-Zeitpunkt 1 Jahr nach Reha-Ende vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP .....	157
Abbildung 24	Zielerreichung Ziel 2 zum Katamnese-Zeitpunkt 1 Jahr nach Reha-Ende vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP .....	157

Abbildung 25	Zielerreichung Ziel 3 zum Katamnese-Zeitpunkt 1 Jahr nach Reha-Ende vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP .....	158
Abbildung 26	Variablen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und Zusammenhänge.. .....	163
Abbildung 27	Zusammenhänge zwischen der Ausgangsbelastung und Therapiemotivation mit den Qualitätsdimensionen nach Donabedian .....	173
Abbildung 28	Zusammenhänge zwischen der Symptombelastung bei Entlassung mit den Qualitätsdimensionen nach Donabedian .....	176

## **Zusammenfassung**

Sowohl die aktive Beschäftigung wie auch die Nicht-Auseinandersetzung mit Therapiezielen haben Auswirkungen auf Seiten der Patient(inn)en und auf Seiten der Psychotherapeut(inn)en. Es besteht ein großes Repertoire an Zielkategorisierungen welches stark von den verschiedenen Therapieschulen abhängt. In der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation ist die Definition von Therapiezielen aufgrund des Kurzzeit-Settings und aus der Perspektive der Kostenträger relevant.

Die Einführung des BIT-CP als „Zielfindungsinstrument“ in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit hat ein inhaltlich erweitertes Spektrum an Therapiezielen gebracht. Zugenommen haben insbesondere selbstbezogene Ziele und Ziele im zwischenmenschlichen Bereich. Die formale Qualität der Zielformulierung ist zwar deutlich gestiegen, nicht aber der Grad der Zielerreichung oder die Nachhaltigkeit – überprüft im Zuge katamnestischer Befragungen. Während es kaum Zusammenhänge zwischen der Zielerreichung und der Ausgangsbelastung gibt, geht mit einem schlechteren gesundheitlichen Status bei Entlassung eine schlechtere Zielerreichung einher.

Therapieziele und der Grad ihrer Erreichung halten als einziges individuelles Ergebniskriterium einen wichtigen Platz im Indikatorensystem der Ergebnisqualität von Rehabilitationskliniken inne.

## **Abstract**

Both active discussion and non-discussion of therapeutic goals affect patients and psychotherapists as well. There is a wide range of goal categorization that strongly depends on the different schools of therapy. Due to short-term settings and from the point of view of cost bearers it is important to define therapy goals in medical-psychiatric rehabilitation.

The introduction of the BIT-CP as a „goal setting tool“ at the Rehabilitation Clinic for Mental Health has resulted in an extended spectrum of therapy goals with regard to contents.

In particular, self-related goals and interpersonal objectives have increased. Whereas formal quality of goal setting has clearly improved, this does not apply to the degree of goal achievement or sustainability – as reviewed in a follow-up survey. While there is little correlation between goal achievement and initial strain, there is clear indication that a poor health status causes less success in achievement of goals at the time of discharge.

Therapeutic goals and the fact to what extent these goals are achieved form the only individual criterion and take an essential place in the indicators' system to measure the quality of results at rehabilitation clinics.

## DANKSAGUNG

Mein größter Dank gilt den Patient(inn)en der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit und Prävention in Klagenfurt.

In den letzten acht Jahren bin ich mit vielen wunderbaren Menschen zusammengetroffen und habe viel von ihnen gelernt.

Viele haben hingebungsvoll jene Erhebungsinstrumente bearbeitet, die wir zur Messung des Reha-Erfolgs vorgelegt haben, darunter auch das BIT-CP, das Berner Therapieziel-Inventar, das Hauptbestandteil dieser empirischen Arbeit ist. An mehreren Stellen dieser Arbeit sind Therapieziele und deren Grad der Erreichung, ein Jahr nach Reha-Ende, anhand von anonymen Originalangaben eingefügt.

Danke auch an Dr. Martin Grosse Holtforth für die Bereitstellung der Unterlagen und die freundliche Unterstützung.

Prof. Dr. Mag. Klaus Ottomeyer und Prof. Dr. Walter Renner möchte ich ganz besonders danken. Sie haben mich durch mein gesamtes Studium begleitet, gefördert und unterstützt. Meine Begeisterung für wissenschaftliches Arbeiten und Evaluation verdanke ich im Wesentlichen ihnen.

Ein Danke ergeht an Heidi und Adi – sie haben immer an mich geglaubt. Sie haben sowohl den Beginn wie auch das Ende dieser Arbeit ständig „im Auge gehabt“.

# I THEORETISCHER TEIL

Mein Problembereich 1 lautete: Zukunfts- bzw. Angstdepression  
i.d. Griff bekommen

Mein Therapieziel 1 lautete: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 2 lautete: quälende, neg. Gedanken, Schuldgefühle  
besiegen Ja gegenüber meiner Tochter  
Nein

Mein Therapieziel 2 lautete: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 3 lautete: beruf. Zukunft sichern

Mein Therapieziel 3 lautete: notwendige Schritte setzen

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 4 lautete: UNRUHE???

Mein Therapieziel 4 lautete: i.d. Griff bekommen

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 5 lautete: Nikotinsucht

Mein Therapieziel 5 lautete: besiegen

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht seit 31.5.09 (nur 2 Hte. Rückfall  
Aug./Sept. 09)  
Frontfall,  
Ausnahme-  
Zustand  
gr. Sorge um Tochter
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

## 1 Einleitende Worte

*„Die Erarbeitung von Therapiezielen ist fester Bestandteil  
einer jeden seriösen psychotherapeutischen Behandlung“*

(Broda, 1998, 286)

In den letzten drei Jahrzehnten ist eine große Anzahl von Publikationen zum Thema Therapieziele erschienen. Die Relevanz der Therapieziele für Motivation und Wohlbefinden ist belegt (Michalak & Grosse Holtforth, 2006).

In der vorliegenden Arbeit soll die Evaluation gesundheitsbezogener Leistungen, im Speziellen die Leistungen medizinisch psychiatrischer Rehabilitation, diskutiert und bewertet werden. Die Sichtweise der Verfasserin ist jene einer praktisch tätigen klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin sowie die einer leidenschaftlichen Evaluatorin.

Das Kernthema der Arbeit, „Therapieziele“ und deren Evaluation soll in seinem breiten Kontext betrachtet und eingeordnet werden. Die Maßnahme medizinisch psychiatrische Rehabilitation in Österreich wird vorgestellt und mit psychosomatischen Kliniken in Deutschland verglichen.

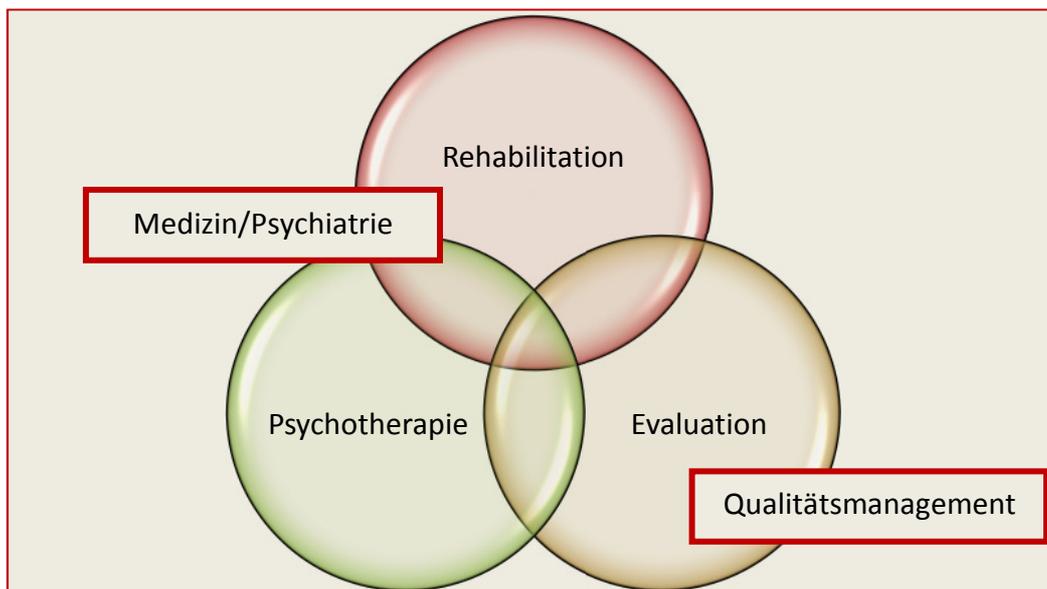
Im nächsten Abschnitt werden Evaluationsmethoden in der Gesundheitsversorgung und Ansätze der Qualitätsentwicklung diskutiert, wobei die Erfassung der Therapiezielerreichung als Bestandteil der Evaluation gesehen, und eine Einordnung in die verschiedenen Ansätze vorgenommen wird. Ausgehend von Ansätzen Donabedians zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden weitere, neuere Evaluationsansätze und -methoden im Gesundheitswesen dargestellt.

Schließlich geht es auch um die Therapieziele selbst. Nach Kordy und Hannover (1999) spielen die Zielinhalte in der Evaluation meist keine Rolle mehr.

Die Haupthypothese dieser Arbeit geht davon aus, dass durch die Einführung eines strukturierten Zielfindungsinstruments - des BIT CP von Grosse Holtforth (2001) - sich nicht nur die Zielerreichung, sondern insbesondere die Zielinhalte ändern.

Ein spezielles Augenmerk wird auf die formale Qualität vor und nach der Einführung des BIT-CP gelegt und darauf, wie diese mit der Zielerreichung zusammenhängt.

Die Auseinandersetzung mit den Therapiezielen findet in einem sich überschneidenden Feld unterschiedlicher Disziplinen statt. Theoretische Hintergründe werden primär aus der Psychotherapieforschung – und zu einem kleineren Teil – aus der Evaluation herangezogen. Eine Hauptdeterminante der Ergebnisse ist das Setting, dazu fließen Ergebnisse aus den Rehabilitationswissenschaften ein.



**Abbildung 1** Thematische Schwerpunkte und Überschneidungen der vorliegenden Arbeit

Die Bereiche Psychotherapie und Rehabilitation werden durch medizinische, vor allem aber psychiatrische Behandlungen geprägt, da Verordnungen prinzipiell primär von ärztlicher Seite erfolgen (sollen).

Die Festlegung der Ziele geht in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungen vorstatten. Jochen Wehrmann, Klinik Bad Berleburg, bringt im Rahmen einer Vorlesung die unterschiedlichen Ziele und die damit verbundenen Erwartungen hinsichtlich der Therapieziele auf den Punkt:

- Die Rentenversicherung ist daran interessiert die Erwerbsfähigkeit zu sichern bzw. wieder herzustellen
  - Die Krankenversicherung hat Interesse daran Pflegebedürftigkeit zu verhindern
  - Die Unfallversicherung versucht Schäden durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten zu beseitigen oder zu mindern
  - Die Rehabilitand(inn)en möchten ihre Beschwerden mindern und wieder stabil werden
  - Die soziale Umgebung will dass Angehörige oder Kolleg(inn)en wieder „funktionsfähig“ werden
  - Rehabilitationsmediziner(innen) wollen den Betroffenen trotz chronischer Erkrankungen eine möglichst selbstständige Bewältigung des Lebens ermöglichen
- (Wehrmann, online)

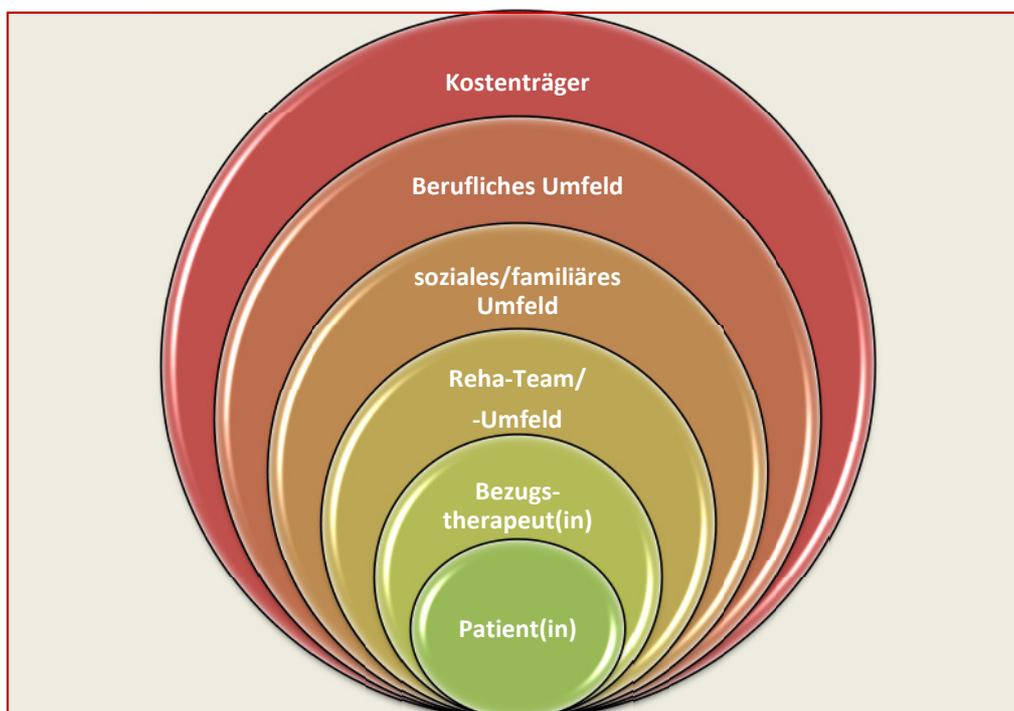


Abbildung 2 Umfeld und Einflussfaktoren bei Patient(inn)en in der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation

Ergänzen möchte ich diese Auflistung durch die Ziele der Psychotherapeut(inn)en bzw. Bezugstherapeut(inn)en im stationären Setting.

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist primär ein Erkenntnisgewinn zur Qualitätsverbesserung in der zu evaluierenden Einrichtung. Evaluation soll dabei nicht nur anhand psychometrischer Veränderungen auf Symptomebene und somit nur anhand indirekter Messmethoden erfolgen, sondern auch anhand der Bewertung der Erreichung höchst individueller Therapieziele.

Die Perspektive der Forscherin hat weder einen schulen- noch störungsspezifischen Hintergrund oder Fokus. Die Maßnahme der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation soll nicht zuletzt auch aufgrund der großen Heterogenität hinsichtlich der Klientel wie auch der (psycho-) therapeutischen Ansätze „als Ganzes“ bewertet werden. Die Rolle der Therapieziele in der Evaluation steht im Zentrum dieser Arbeit.

Zum Abschluss der Arbeit soll die Rolle der Therapieziele in der Evaluation, im Speziellen jene der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit – sowie der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation im Allgemeinen dargelegt und künftige Evaluationsansätze diskutiert werden.

Mein Problembereich 1 lautet: Sinnlosigkeit

Mein Therapieziel 1 lautet: Ich möchte aus meiner Traurigkeit und Leere rauskommen

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 2 lautet: Was soll ich machen

Mein Therapieziel 2 lautet: den Sinn des Lebens erschließen

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 3 lautet: zu wenig Selbstvertrauen

Mein Therapieziel 3 lautet: Mehr Selbstsicherheit

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 4 lautet: zu wenig Sport

Mein Therapieziel 4 lautet: weniger in die frische Luft und Sport

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 5 lautet: Verschlossenheit

Mein Therapieziel 5 lautet: Gefühle äußern

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

## 2 Psychosomatik und Rehabilitation

In Deutschland hat nach Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann und Nübling (2007) stationäre psychosomatische Rehabilitation einen sehr hohen Stellenwert, da es sich nach der Psychiatrie um die zweitwichtigste stationäre Behandlungsform für psychische Erkrankungen handelt. Im Jahr 2000 wurden in 171 psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen etwa 116.000 Patient(inn)en behandelt.

In ihrer Definition von Rehabilitation berufen sich die Autoren auf Haupt und Delbrück (1998), die Rehabilitation als Gesamtheit aller Maßnahmen beschreiben die notwendig sind, um bestmögliche körperliche, seelische und soziale Bedingungen zu schaffen. Zielsetzung ist die Wiedererlangung eines möglichst normalen Platzes in der Gesellschaft aus eigener Kraft (Steffanowski et al., 2007).

Gerdas und Weis (2000) sehen die Aufgabe bzw. das allgemeine Ziel der Rehabilitation darin, Betroffenen zu helfen wenn Folgen von Gesundheitsschäden mit der Akutmedizin nicht geheilt werden können und sie mit den Folgen längere Zeit leben müssen. Rehabilitand(inn)en sollen dazu befähigt werden den Anforderungen des täglichen Lebens und den Rollenverpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft weitgehend gerecht zu werden (Gerdas & Weis, 2000).

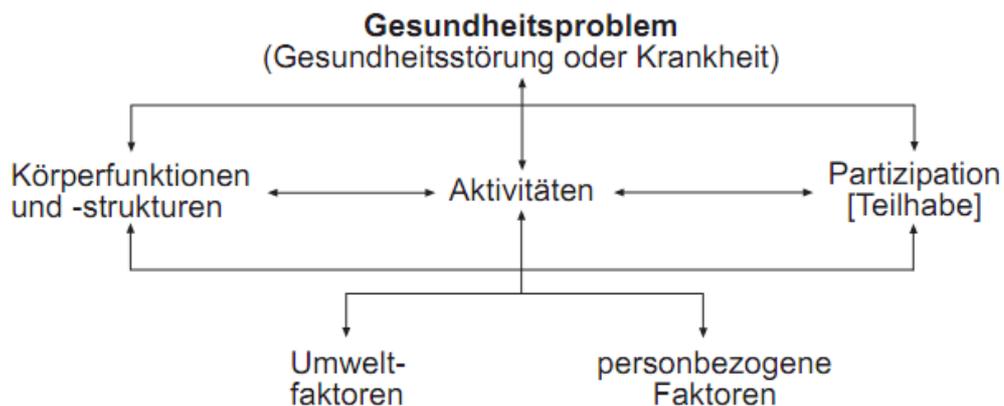
Der Rehabilitationsbegriff leitet sich nach Steffanowski et al. (2007) vom Krankheitsfolgen- und Behinderungsmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab, das zwischen körperlichen Strukturen, Aktivitäten und gesellschaftlicher Partizipation differenziert.

Im Folgenden wird auf die Modelle der WHO näher eingegangen, weil damit künftig nicht nur Indikationen und Zielsetzungen von Rehabilitation eng verknüpft sein werden, sondern auch die Evaluation dieser Maßnahmen.

Gerdas und Weis (2000) beschreiben die Veränderung der Modelle der WHO. Im ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) waren „nur“ die Aspekte DISEASE (Krankheit), IMPAIRMENT (Schädigung), DISABILITY (Fähigkeitsstörung) und HANDICAP (Beeinträchtigung) enthalten, basierend auf dem biopsychosozialen Modell. Im ICDH-2 wurde das Augenmerk nicht nur auf Unzulänglichkeiten und

Krankheitsfolgen gelegt. Neben einer positiveren Formulierung wurden Kontextfaktoren in das Modell mit einbezogen. Der Begriff disabilities wurde durch activities ersetzt und handicaps durch participation ersetzt (Gerdes & Weis, 2000).

Das Nachfolgemodell der ICIDH ist das von der WHO (2005) herausgegebene ICF-Konzept. ICF steht für „INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF IMPAIRMENTS, DISABILITY AND HEALTH“. Der deutschsprachige Begriff dafür lautet „INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT“. In diesem Modell (Abbildung 3) wird der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt und das bio-psycho-soziale Modell erheblich erweitert.



**Abbildung 3** Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO, 2005, S. 23)<sup>1</sup>

Der Begriff der „FUNCTIONING“ wurde mit „Funktionsfähigkeit“ ins Deutsche übersetzt und steht für alle Aspekte der funktionalen Gesundheit:

- Körperliche Funktionen: einschließlich des mentalen Bereichs
- Aktivitäten: alles was eine Person ohne Gesundheitsprobleme tun kann
- Partizipation/Teilhabe: Dasein in allen Lebensbereichen die einer Person wichtig sind.

<sup>1</sup> Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen Komponenten der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

Damit ist dieses Modell ressourcen- und defizitorientiert, Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzepts und werden klassifiziert. Personenbezogene Faktoren werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert.

Die Domänen Aktivitäten und Partizipation enthalten folgende Bereiche:

- d1 Lernen und Wissensanwendung
- d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- d3 Kommunikation
- d4 Mobilität
- d5 Selbstversorgung
- d6 Häusliches Leben
- d7 Interpersonale Interaktionen und Beziehungen
- d8 Bedeutende Lebensbereiche
- d9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

(WHO, 2005, S.33).

Die ICF enthält operationale Standarddefinitionen für Gesundheits- und gesundheitsbezogene Domänen und gibt Kategorien für Beurteilungsmerkmale vor, z.B. „Problem nicht vorhanden (0)“ oder „Problem voll ausgeprägt (4)“ (WHO, 2005).

In den letzten Jahren wurden zunehmend psychometrische Verfahren konzipiert, die sich am Konzept und den Dimensionen der ICF orientieren. Mit dem ICF 3F AT und dem ICF AT PSYCH hat Nosper (2007, 2009) zwei ICF-orientierte Verfahren zur Erfassung der Beeinträchtigung der Domänen Aktivitäten und Teilhabe sowie der Bereiche kognitive Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und soziale Kompetenz entwickelt. Der Autor hat auch ein Instrument zur ICF-orientierten Erfassung von Therapiezielen (ICF-Ziele-Psych, Nosper, 2009) entwickelt, dieses wird unter Punkt 4.4.3 in dieser Arbeit vorgestellt.

Im Auftrag der WHO wurde ein Verfahren zur Messung der Lebensqualität entwickelt, das sich ebenfalls eng an der ICF orientiert. Die WHODAS 2.0 – „World Health Organization Disability Assessment Schedule“ ist ein Verfahren zur Messung der Lebensqualität und liegt in einer 12- und einer 36-Item-Version sowie als Interview in mehreren Sprachen vor (Üstün; Kostanjsek, Chatteriji & Rehm, 2010).

Es ist davon auszugehen, dass die Hinzunahme der Bereiche Aktivitäten und Partizipation Einfluss auf die Evaluationsergebnisse der Einrichtungen haben wird.

## **2.1 Medizinisch psychiatrische Rehabilitation in Österreich**

Medizinisch psychiatrische Rehabilitation wird in Österreich seit dem Jahr 2002 angeboten und wurde im Rahmen von zwei Pilotprojekten begonnen, die bis 2005 dauerten. Die ersten medizinisch psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen waren pro mente kärnten mit der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt und pro mente Oberösterreich mit dem Sonnenpark Bad Hall.

Inzwischen arbeiten neun Einrichtungen mit einer Gesamtanzahl von 877 Betten im Bereich der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation (Tabelle 1).

Durch die Zunahme an Neuzugängen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen bei den Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen in den vergangenen Jahren zeigte sich die dringende Notwendigkeit für ein derartiges Rehabilitationsangebot auch in Österreich. Rehabilitation wird dabei als ergänzender Teil eines langfristigen Behandlungskonzepts gesehen und sollte in frühen Krankheitsphasen bei geringem Chronifizierungsgrad angeboten werden. Der Schwerpunkt in der Rehabilitation sollte bei „übenden Verfahren“ mit großer Realitäts- und Lebensnähe liegen (Kollmann, Fock-Putschi, Müller, Haberfellner & Hochfellner, 2006).

Mit 86% aller Fälle wird der überwiegende Anteil der Kosten der Rehabilitationsaufenthalte in der Reha-Klinik Klagenfurt von der Pensionsversicherungsanstalt (PV) übernommen.

Im medizinischen Leistungsprofil der Pensionsversicherungsanstalt sind die Indikationen für einen Reha-Aufenthalt anhand der Diagnose-Klassifikation nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2006) angeführt. Dazu gehören die Diagnosegruppen F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3: Affektive Störungen, F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren sowie F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Voraussetzungen für die Rehabilitation sind

Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit/(Psychotherapie-)Motivation und eine positive Rehabilitationsprognose.

Kontraindikationen für eine psychiatrische Rehabilitation sind akute Störungen, Selbst- oder Fremdgefährdung, mangelnde Motivation, Erkrankungen der Kategorien F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und F0: Organische Störungen sowie mangelnde Belastbarkeit.

**Tabelle 1      Übersicht über Einrichtungen zur psychiatrischen Rehabilitation in Österreich**

<b>Einrichtung</b>	<b>Rechtsträger</b>	<b>Anzahl Betten</b>
Reha-Klinik für Seelische Gesundheit Klagenfurt	Reha-Klinik für Seelische Gesundheit und Prävention GmbH	95
Sonnenpark Bad Hall Zentrum für psychosoziale Gesundheit	pro mente reha GmbH	120
pro mente reha GmbH Sonnenpark Lans	pro mente reha GmbH	100
Sonnenpark Neusiedlersee Zentrum für psychosoziale Gesundheit	pro mente reha GmbH	100
Psychiatrische Reha St. Veit	Psychiatrische Reha St. Veit GmbH (50% SALK % pro mente Reha GmbH)	36
Privatklinik St. Radegund	Sanatorium Laßnitzhöhe Errichtungs & Betriebs GmbH (SANLASS)	125
Rehabilitationsklinik Gars am Kamp	Psychosomatisches Zentrum Eggenburg GmbH VAMED	100
Lebensresort Ottenschlag	Lebens.Resort & Gesundheitszentrum GmbH	50
Sonderkrankenanstalt für psychiatrische Rehabilitation Krems/Hollenburg	SANLASS	120
<b>Gesamt</b>		<b>846</b>

Von Seiten der Pensionsversicherungsanstalt werden die Ziele der Rehabilitation in Anlehnung an das Modell der Phase II Rehabilitation wie folgt beschrieben:

- Bestmögliche Reintegration in das berufliche und soziale Umfeld auf Basis des biopsychosozialen Modells funktionaler Gesundheit (restitutio ad optimum).

Im Sinne des ICF-Modells sollen dabei Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, von Aktivität und Teilhabe (Partizipation) beseitigt, verbessert oder hintangehalten werden

- Erweiterung des Verhaltensrepertoires, Verbesserung des Kommunikationsverhaltens, Aufbau sozialer Kompetenz, Verbesserung der Beziehungsfähigkeit, Erwerb von Problemlösefähigkeiten, Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping), Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung und verbesserter Umgang mit Belastungssituationen
- Erstellung und Einleitung weiterführender, insbesondere auch langfristiger Therapie- bzw. Rehabilitationskonzepte
- Präventive Maßnahmen
- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

(Pensionsversicherungsanstalt, 2006, S. 1)

Bestandteil des Leistungsprofils ist die gemeinsame Erarbeitung von Rehabilitationszielen mit den Rehabilitand(inn)en und daraus resultierend ein individueller Rehabilitations- und Therapieplan.

Für die Pensionsversicherungsanstalt sind im Sinne der Prävention und Nachhaltigkeit folgende Punkte von besonderer Bedeutung:

- die seelische und körperliche Stabilisierung und der Aufbau von Motivation
- Entwicklung von Fähigkeiten und Stärkung des Willens zur Krankheitsbewältigung
- Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung

Pensionsversicherungsanstalt, 2006, S. 16

Auf Basis der Ergebnisse der Pilotphase aus dem Jahr 2006 wurden Prädiktoren für erfolgreiche Rehabilitationsaufenthalte formuliert. Es handelt sich dabei um die Faktoren gute Therapiemotivation, geringer Chronifizierungsgrad und gute prämorbid berufliche und soziale Anpassung. Geringe Rehabilitationserfolge werden bei jenen

Personen erwartet, welche die Rehabilitation im Zuge eines Pensionsansuchens absolvieren (Kollmann et al., 2006).

Hinterhuber und Meise (2007) sehen in der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Maßnahme, die die persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren berücksichtigt. Ein täglicher, über einige Wochen andauernder Behandlungsplan, sei in einem ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Setting nicht zu leisten. Anspruchsberechtigt ist in Österreich jede psychisch kranke Person und jene Personen, die von Behinderung bedroht sind (Hinterhuber & Meise, 2007).

Prof. Rudolf Müller, Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt, formuliert das primäre Ziel der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation 2008 wie folgt: Berufstätige sollen möglichst lange im Arbeitsprozess gehalten werden – in einem möglichst „gesunden Zustand“. Damit soll die Erreichung des tatsächlichen Pensionsantrittsalters gefördert werden (Müller, 2008).

Sechs Wochen erscheinen in einigen Fällen als zu kurze Behandlungsdauer um nachhaltige Veränderungen zu bewirken. In etwa 8 % aller Fälle wird in der Reha-Klinik Klagenfurt der Aufenthalt um weitere sechs Wochen verlängert, oder nach einer Erprobungsphase von sechs oder 12 Wochen, im heimischen Umfeld „fortgesetzt“. Etwa 10 % der Klientel haben bereits einmal eine Rehabilitation im Hause absolviert und kommen in Abstand von mindestens einem Jahr wieder in die Reha-Klinik.

Denn bei allem Bemühen der Reha-Einrichtungen darf die hohe Chronizität der Erkrankung in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht außer Acht gelassen werden. Schüßler (2009) betrachtete Studienergebnisse manualisierter Therapien im RCT-Design kritisch. In störungsspezifischen Therapien sollte die Wirkung anhand von mindestens zwei Studien belegt werden. Es zeigte sich aber, dass bei der Mehrzahl der Patient(inn)en lang anhaltende maladaptive Persönlichkeitsmuster/-störungen vorlagen, und dass sie nicht nur wegen „eines Problems“ in die Behandlung kamen. Die Behandlungsspanne von bis zu 15 Stunden erwies sich als zu kurz, was sich anhand der hohen Rückfallraten zeigte. Der Autor geht davon aus, dass die Veränderbarkeit

psychischer Störungen in kurzer Zeit begrenzt ist, da viele Muster stark automatisiert und generalisiert sind. Im Durchschnitt waren für Patient(inn)en mit Panikstörungen 52 Therapiestunden und für Patient(inn)en mit Depressionen 75 Therapiestunden nötig (Schüßler, 2009).

Während eines regulären Reha-Aufenthalts in Klagenfurt sind sechs Gespräche im Einzelsetting und 15 Gruppensitzungen vorgesehen. Ausgehend von einer positiven Dosis-Wirkungsbeziehung (Schüßler, 2009) sollten die Erwartungen an Effektgrößen prä-post oder prä-Katamnese vorsichtig formuliert werden. Ein Vorteil, den die stationäre Rehabilitationsbehandlung gegenüber den klassischen Psychotherapien hat, ist die Multiprofessionalität sowie der Effekt durch die therapeutische Gruppe und die Großgruppe.

## **2.2 Vergleich der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation mit stationären psychosomatischen Kliniken in Deutschland**

Ein Vergleich mit den Gegebenheiten in Deutschland erscheint sinnvoll, da auch die Ergebnisse der psychosomatischen Kliniken als Richtlinie für den Outcome der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation gelten.

Berking (2003) beschreibt die Spezifika der Klientel psychosomatischer Rehabilitation wie folgt:

- Die Erwerbsfähigkeit ist durch psychosoziale Störungen massiv gefährdet – aber bisherige berufliche Tätigkeit in einem Mindestausmaß möglich,
- ein hoher Anteil multipel gestörter Patient(inn)en,
- lange Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsphasen,
- teilweise fremdmotiviert durch „Reha vor Rente“,
- teilweise Patient(inn)en mit erheblichen körperlichen Problemen, und
- teilweise „Kur-motiviert“.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 38 Tagen und wird häufig wohnortfern durchgeführt. Überwiegend werden kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychoanalytische/ psychodynamische Therapien angeboten (Berking, 2003).

Schmidt, Nübling und Wittmann (2000) führten eine katamnestische Studie an über 2.000 Patient(inn)en in drei Fachkliniken durch. Die Klientel wird wie folgt charakterisiert, und nachfolgend mit den Charakteristiken der Klagenfurter Klientel verglichen (aufgrund der leichteren Lesbarkeit wird die Reha-Klinik Klagenfurt mit „RK“ abgekürzt): 42 % männlich (RK: 32 %), 75% erwerbstätig (RK: 36 %), 5% Rentenantragsteller(innen) (RK: 10 %), 48 % mit Krankheitsdauer <6 Jahre (RK: 49 %)

Auch in der Studie der Dissertation von Berking (2003) zeigten sich ein Anteil von 75 % Erwerbstätigen und ein Anteil von 58 % mit einer Erkrankungsdauer bis zu 5 Jahren.

Die Deutsche Rentenversicherung berichtet über eine durchschnittliche Rehabilitations-Dauer von 41 Tagen (online).

Insbesondere in Bezug auf die Reha-Nachsorge zeigen sich große Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich. Seit dem Jahr 2000 wird in einigen deutschen Kliniken intensivierete Rehabilitationsnachsorge – IRENA angeboten (Deutsche Rentenversicherung, online). In einem Zeitraum von sechs Monaten werden etwa 25 Gruppengespräche angeboten.

Ein aktuellerer Ansatz befasst sich mit Web-basierter Nachsorge psychosomatischer Rehabilitation. Dazu liegen bereits umfangreiche Studienergebnisse vor. Golkaramnay, Wangemann, Dogs, Dogs und Kordy (2003) berichten über ein erprobtes Programm mit Internet-Chatgruppen für die Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt in einer Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik. Damit konnten durchwegs positive Erfahrungen gesammelt werden, auch hinsichtlich der Datensicherheit und rechtlicher Aspekte. In einer Vergleichsstudie mit nicht teilnehmenden Patient(inn)en konnte nachgewiesen werden, dass durch die Chat-Gruppen weniger Rückfälle auftraten. Zudem gelang es den Patient(inn)en besser, die während der stationären

Behandlung erreichten positiven Entwicklungen aufrecht zu erhalten (Wolf, Zimmer & Dogs, 2008).

Eine andere Gruppe kann ebenfalls auf positive Effekte webbasierter Nachsorge verweisen. Ebert, Tarnowski, Berking und Sieland (2008) konnten belegen, dass durch die Nachsorge Lücken in der Versorgung geschlossen werden konnten und dass das Angebot von den Patient(inn)en angenommen wurde. Im Rahmen dieses Projekts werden die bei Entlassung individuell festgelegten Therapieziele hinsichtlich ihrer Erreichung auch zu den Katamnesezeitpunkten mittels einer modifizierten GAS-Skalierung erfragt.

Aktuell wird in Österreich noch keine Rehabilitations-Nachsorge angeboten und ist von Seiten der Pensionsversicherungsanstalt auch nicht unmittelbar in Planung. Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit ist in Kontakt mit der Gruppe um Ebert, Berking und Sieland um künftig dieses Nachsorgeangebot in Österreich implementieren zu können.

Die Nachbehandlung bzw. Nachsorge sollte nach Berking, Dreesen und Jacobi (2004) bei den ehemaligen Zielen in der Rehabilitation ansetzen, da die Ziele relativ stabil und langfristig seien. Auf eine sorgfältige, individuelle und neue Zielerarbeitung sollte aber nicht verzichtet werden. Gerade in Bezug auf die Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung gebe es noch zu wenige Studien.

### 3 Qualität und Evaluation im Gesundheitswesen

Nach Stockmann (2007) bedeutet das Wort Evaluation in seiner allgemeinsten Form eine Bewertung oder Beurteilung eines Sachverhalts oder Objekts auf der Basis von Informationen. Diese Informationen müssen zielgerichtet gesammelt, analysiert und interpretiert werden und sind somit ein wichtiges Instrument zur Generierung von Erfahrungswissen, das mit einer Bewertung verknüpft ist. Um von einer professionell oder wissenschaftlich durchgeführten Evaluation sprechen zu können, sollten nach Stockmann (2007) folgenden Anforderungen erfüllt sein:

- Konkret auf einen klar definierten Gegenstand bezogen (z.B. Interventionsmaßnahmen, Programme, Organisationen, Produkte, etc.)
- Von besonders befähigten Personen durchgeführt (Expert(inn)en)
- Bewertung anhand von explizit auf den Sachverhalt bezogenen, präzise formulierten und offen gelegten Kriterien
- Objektivierende empirische Datenerhebungsmethoden und
- Systematisch vergleichende Verfahren für die Informationsbewertung

(Stockmann, 2007).

In der Versorgungspraxis gesundheitsbezogener Leistungen kommt es häufig zu Überschneidungen der beiden Ansätze Qualitätsmanagement und Evaluation. Nach Stockmann (2006) liegt die zentrale Gemeinsamkeit der beiden Ansätze im Ziel der Qualitätsverbesserung eines Produkts oder einer Dienstleistung. Sie haben jedoch verschiedene wissenschaftstheoretische Wurzeln, unterschiedliche Entwicklungshintergründe und Anwendungskontexte. Stockmann sieht bei Nonprofit-Organisationen, insbesondere bei Qualitätsentwicklung nach dem New Public Management (NPM) eine sinnvolle und enge Verknüpfung mit der Evaluation. Er geht davon aus, dass leistungs- und wirkungsorientierte Steuerung nur mit Evaluation möglich ist, da diese die erforderlichen Daten über erzielte Leistungen (OUTPUT), die Zielerreichung (OUTCOME) und verursachte intendierte und nicht intendierte Wirkungen (IMPACT) ermittelt (Stockmann, 2006). Für die vorliegende Arbeit wird der Begriff Evaluation auch für Ansätze von Qualitätsentwicklung verwendet.

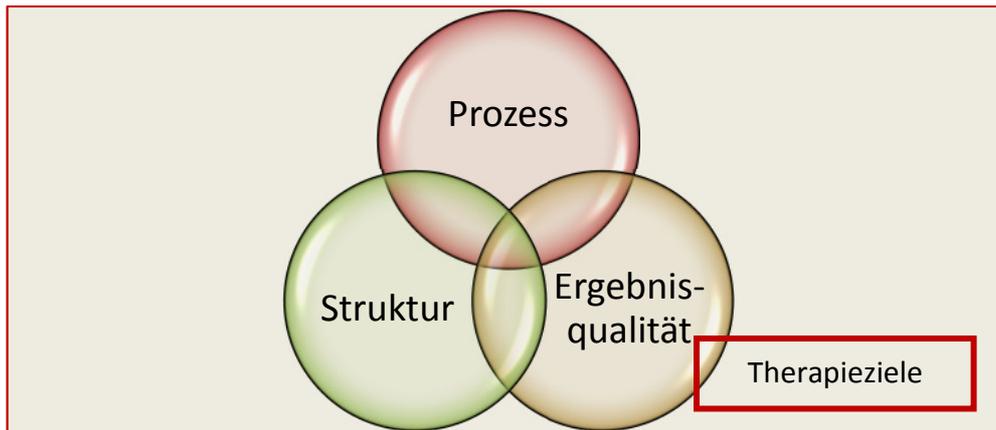
Die Forderung nach Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist nach Laireiter und Vogel (1998) nicht neu. Die Sicherstellung und Gewährleistung der Mindestqualität einer Ware sei nicht nur für die Industrie von Bedeutung, es bestehe auch im Gesundheitswesen ein Anspruch auf Mindeststandards. Neu seien vielmehr die Implementierung einer Qualitätsphilosophie und Methoden einer ständigen Leistungsverbesserung. Die Autoren führen die zunehmende Orientierung an der Qualitätssicherung auf folgende sechs Faktoren zurück:

1. Humanitäre und gesundheitspolitische Aspekte – mangelnde Gesundheit als ernstzunehmendes ökonomisches und humanitäres Problem
2. Gesundheitsgesetzliche Aspekte – gesetzliche Richtlinien auf Basis von Empfehlungen der WHO
3. Ökonomische Aspekte – zur effizienteren Nutzung bestehender Ressourcen
4. Patientenschutz und Patientenrechte – Anspruch der Patienten auf bestmögliche Behandlung und Versorgung
5. Versorgungspolitische Aspekte – Verwendung zur Verfügung stehender Gelder für qualitativ hochwertige Leistungen
6. Wissenschaftliche Aspekte – Prüfung von Wirkungen und Nebenwirkungen

(Laireiter und Vogel, 1998).

1966 formulierte Avedis Donabedian grundlegende Überlegungen zur Evaluation medizinischer Leistungen. Outcome wird häufig als Indikator für die Qualität medizinischer Leistungen gesehen und seine Validität selten in Frage gestellt. Er weist darauf hin, dass viele Faktoren den Outcome medizinischer Versorgung beeinflussen und nicht immer stabil gehalten werden können, aber Vergleiche sinnvoll möglich sind.

Donabedian wählt den Ansatz, die Qualität medizinischer Leistungen anhand der Dimensionen Prozess, Struktur und Outcome (Ergebnis) zu messen, wobei er davon ausgeht, dass der Zusammenhang zwischen Strukturqualität und Prozessqualität oder Strukturqualität und Outcome (bzw. Ergebnisqualität) häufig nicht gut fundiert ist (Abbildung 4).



**Abbildung 4** Evaluationsbereiche nach Donabedian (1966)

Unter dem Punkt Outcome bzw. ERGEBNISQUALITÄT fasst Donabedian als Beispiele die Kriterien Recovery, Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit oder Überlebensraten zusammen. Der Aspekt der PROZESSQUALITÄT kann beispielsweise an Kriterien wie Angemessenheit, Vollständigkeit und Redundanz gesammelter Informationen, diagnostischer Untersuchungen und Tests, Begründung von Diagnosen und Therapien, technischer Kompetenz in der Diagnostik und Behandlung, Evidenz präventiver Maßnahmen und Akzeptanz bei den Patienten gemessen werden. Donabedian geht davon aus, dass die so gewonnenen Informationen zur Qualität weniger stabil und endgültig seien als jene durch gemessenen Outcome, sie seien aber relevant zur Beantwortung der Frage, ob medizinische Leistungen optimal eingesetzt werden. Er möchte die Trennung in Prozessqualität und Ergebnisqualität jedoch nicht als simple Aufteilung in „Weg und Ziel“ sehen. Schließlich geht Donabedian noch auf den Aspekt der STRUKTURQUALITÄT ein. Darunter versteht er beispielsweise die Adäquatheit der Einrichtung und Ausstattung, die Qualifikation der Mitarbeiter(innen) und deren Organisation, die Administration und die Finanzierung. Er formuliert die Annahme, dass bei richtig eingesetzten Mitteln qualitativ hochwertige Leistungen erbracht werden (Donabedian, 1966; zitiert nach Donabedian, 2005).

Mit der Frage, wie und wie stark die Dimensionen nach Donabedian zusammenhängen, haben sich schon mehrere Autoren befasst. Nübling und Schmidt (1998) kommen unter Bezugnahme auf mehrere Autoren zum Schluss, dass es keine lineare Beziehung

zwischen den drei Dimensionen gibt. Sie sehen in guter Struktur- und Prozessqualität notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für Ergebnisqualität. Letztere wird häufig als „die eigentliche Zielgröße“ in der Qualitätssicherung betrachtet. Ihrer Ansicht nach kann eine Bewertung von Qualität nur durch den Vergleich des jeweiligen IST-Zustands mit den Vorstellungen über den SOLL-Zustand erfolgen (Nübling & Schmidt, 1998). Schon an dieser Stelle wird deutlich, welche Relevanz die Erarbeitung von Therapiezielen in der Rehabilitationsbehandlung hat.

Zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie schlägt Hahlweg (2000) folgende Punkte zur Sicherung der Qualität in den Dimensionen nach Donabedian vor:

Zur Sicherung der Strukturqualität sollten eine standardisierte Basisdokumentation, Fortbildungen und Supervision beitragen. Im Rahmen der Dokumentation sollen neben ausführlichen anamnestischen Daten (sozial, biographisch und krankheitsbezogen) eine Planungs- und Behandlungsbilanz sowie eine Behandlungsevaluation enthalten sein – inklusive einer Einschätzung der Zielerreichung sowie katamnestische Daten.

Zur Sicherung der Prozessqualität soll eine möglichst exakte Diagnostik beitragen, eine Kontrolle des Therapieverlaufs, die Messung symptomspezifischer Veränderungen und eine Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung.

Die Sicherung der Ergebnisqualität soll anhand eines Assessments erfolgen, das die drei Bereiche Krankheitsdefekt und Ursachen, Symptome und Beschwerden sowie Krankheitsfolgen erfasst.

Auch wenn sich die von Hahlweg genannten Empfehlungen auf den ambulanten Bereich der Psychotherapie bezogen haben, lassen sich viele Bestandteile davon in der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation anwenden bzw. einsetzen.

Die Messung der Therapiezielerreichung kann dem Bereich der Ergebnisqualität zugeordnet werden. Dabei ist es möglich, eine Bewertung der Zielerreichung sowohl aus Sicht der Rehabilitand(inn)en wie auch aus Sicht der Behandler(innen) vorzunehmen und eventuell auf Übereinstimmung zu prüfen. Broda (1998) sieht in der Ergebnisqualität ebenso den entscheidenden Teil der Qualitätssicherung und kritisiert, dass an verhaltensmedizinischen Kliniken noch zu wenige Versuche gemacht werden

die Mikroperspektive, z.B. anhand der Erreichung individueller Therapieziele, systematisch zu erfassen. Beurteilungen erfolgen häufig auf einer Makro-Ebene im Rahmen einer Globalbeurteilung des Therapieerfolgs (Broda, 1998).

Die Zufriedenheit mit Produkten oder Leistungen ist meist Bestandteil von Evaluationen. Der Gesundheitsbereich unterscheidet sich vom Produktionsbereich oder anderen Dienstleistungsbranchen durch die Nomenklatur. Der Begriff Kunde wird bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kontrovers diskutiert. Im Zuge der Qualitätsentwicklung in Kliniken wird der Kundenbegriff zunehmend gebraucht.

Siegrist, Schlebusch und Trenckmann (2002) untersuchten zentrale Aspekte der Patientenzufriedenheit und verglichen verschiedene Abteilungen eines Krankenhauses. Bei einem Rücklauf von 29% zeigten sich durchwegs positive Werte und leichte Zusammenhänge zwischen dem Gefühl des „gebessert seins“ und dem Item „Wiederkommen“. Als entscheidende Einflüsse auf die Zufriedenheit erwiesen sich interpersonale Aspekte. Wiederkommen würden primär Patient(inn)en die sich gut betreut fühlen, ihren Behandler(inne)n vertrauen und sich gut aufgeklärt sehen. Die Autor(inn)en kommen zum Schluss, dass positive Ergebnisse der Dimensionen Absprache, Aufklärung und Vertrauen Indikatoren für eine gute Prozessqualität darstellen (Siegrist et al., 2002). Donabedian (2005) hingegen sieht die Patient(inn)enzufriedenheit als Bestandteil des Outcomes. Gerade daran wird jedoch auch deutlich, wie sehr sich Patient(inn)en durch die Wichtigkeit der Beziehungsaspekte von „Kund(inn)en“ im klassischen Sinne unterscheiden.

Der Begriff des „Kunden“ wird von Zielke, Carls, Evertz, Missel, Schultz und Gass (2002) für psychosomatische Kliniken in vielfältiger Weise gebraucht. Sie beschreiben folgende Gruppen als Kund(inn)en einer Klinik:

- Patient(inn)en sowie deren Angehörige und potentielle Patient(inn)en,
- Ärzte und Ärztinnen, Psycholog(inn)en und Sozialdienste in Praxen, Krankenhäusern und Beratungsstellen,
- die Sozialversicherungsträger (Rentenversicherungsträger, Krankenkassen) auf der medizinisch-therapeutischen Ebene und im Verwaltungsbereich,

- die Mitarbeiter(innen) in den Kliniken und in der Unternehmensführung,
- die wissenschaftliche Öffentlichkeit,
- die gesundheitspolitische Öffentlichkeit,
- die Medien und
- die Kreditgeber und Bürgschaftsgeber (Zielke et al., 2002, S. 245)

Die Autor(inn)en beschreiben Qualität als Bündel von Eigenschaften, die auf einem Qualitätskriterium abgebildet werden können. Die oberste Leitlinie eines Unternehmens sollte die Kundenorientierung sein, die Basis dafür ist ein gemeinsames Normen- und Wertesystem. Patient(inn)en werden von ihnen in einer Doppelrolle gesehen, als Konsument(inn)en von Rehabilitationsleistungen und als Teilnehmer(innen) bei der Leistungserstellung. Sie beschreiben die relevanten Bereiche Konzeptqualität, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität für (verhaltensmedizinische) Kliniken, ähnlich wie sie von Donabedian formuliert wurden.

Die KONZEPTQUALITÄT sollte an Beschreibungen für therapeutische Leistungen und den Zielsetzungen derselben deutlich werden. Als Beispiele werden im Paper konkrete Therapieziele für den Bereich Suchtmittelmissbrauch angeführt. Die Ziele sind theoretisch fundiert und auf einem höheren Abstraktionsniveau formuliert als Therapieziele von Patient(inn)en.

Mit der STRUKTURQUALITÄT werden konstante Charakteristika der Leistungserbringer beschrieben, die die Voraussetzungen für die Erbringung von Qualität darstellen, aber noch nicht die Qualität selbst darstellen.

„Die PROZESSQUALITÄT umfasst alle Maßnahmen, die im Verlauf einer Behandlung unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation und der individuellen Krankheitsmerkmale ergriffen – oder nicht ergriffen worden sind“ (Zielke et al., 2002, S. 250). Die Autor(inn)en plädieren für wissenschaftliche Begleitforschung, auch – oder gerade weil – Zusammenhänge mit der Ergebnisqualität in kausalanalytischen Studien noch nicht hinreichend belegt sind.

Die ERGEBNISQUALITÄT schließlich wird als eindeutige Bezugsbasis für eine Qualitätsbeurteilung betrachtet. Sie sei der direkteste und unmittelbarste Indikator für die Qualität der Behandlung. Als vorrangige Ergebnisziele werden der Erhalt bzw. die

Wiedererlangung und Sicherung der Arbeits-, Leistungs- und Erwerbsfähigkeit, ein Höchstmaß an selbstständiger und gesundheitsbezogener Lebensführung und der Erhalt einer langfristigen Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag gesehen.

Die wissenschaftliche Begleitforschung wird explizit gefordert, um den Kosten- und Leistungsträger(inne)n im Gesundheitswesen und der wissenschaftlichen Öffentlichkeit Entscheidungsgrundlagen zur Steuerung und Finanzierung von Leistungen zu liefern (Zielke et al., 2002)

### **3.1 Evaluationsansätze**

Nach Stockmann (2007) besteht unter Evaluationsexpert(inn)en Einigkeit darüber, dass Evaluationen die Perspektiven und Bedürfnisse der Stakeholder (an der Evaluation Beteiligte oder von der Evaluation Betroffene) zu berücksichtigen haben und nach strengen wissenschaftlichen Anforderungen durchgeführt werden sollen. Dazu eignet sich insbesondere ein Multimethodenansatz mit einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden. Im Zentrum steht dabei die Evaluationsfragestellung, die in der Regel im Zuge einer Auftragsforschung – und als solche unter Verfolgung bestimmter Ziele – erarbeitet wird. Übereinkunft besteht unter den Expert(inn)en auch dahingehend, dass der Nutzen von Evaluationen in den politischen Prozess oder beispielsweise in die laufende Konzeption und Adaptierung von Projekten einfließen soll (Stockmann, 2007).

Die Eigenschaft der Nützlichkeit von Evaluationen wird auch von der DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.V. in den Standards für Evaluation (Beywl, 2008) betont. Evaluationen sollen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit. Für das Kriterium der Nützlichkeit wurden acht Standards entwickelt die sicherstellen sollen, dass die Evaluation sich an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet (DeGEval, Standards für Evaluation, online).

Mehrere Autoren haben Klassifikationssysteme für Evaluationen entwickelt. Eine sehr bekannte Aufstellung stammt von Fitzpatrick, Sanders und Worthen (2004). Sie haben die unterschiedlichen Evaluationsansätze in fünf Kategorien beschrieben:

1. OBJECTIVE-ORIENTED APPROACHES – Zielorientierte Ansätze: Der Fokus dieser Evaluationen liegt in der Spezifizierung von Zielen und der Beurteilung der Zielerreichung
2. MANAGEMENT-ORIENTED APPROACHES – Managementorientierte Ansätze: Dieser Ansatz orientiert sich am Bedarf der Informationen für das Management bzw. die Entscheidungsträger(innen)
3. CONSUMER-ORIENTED APPROACHES – Konsumentenorientierte Ansätze: Es soll eine Basis für die Bewertung konkurrierender Produkte oder Dienstleistungen geschaffen werden, aufgrund derer Konsument(inn)en Entscheidungen für oder gegen ein Produkt treffen können. Eine Methode dazu sind z.B. Produkt-Checklisten.
4. EXPERTISE-ORIENTED APPROACHES – Expertenorientierte Ansätze: Bei diesem Ansatz wird die Qualität einer Leistung/eines Produkts ausschließlich durch Expert(inn)en beurteilt.
5. PARTICIPANT-ORIENTED APPROACHES – Partizipative Ansätze: Bei diesen Ansätzen werden Stakeholder in alle Phasen der Evaluation eingebunden: von der Planung und Entwicklung der Fragestellung, der Festlegung der Bewertungskriterien, Datensammlung bis hin zur Interpretation der Ergebnisse (Fitzpatrick, Sanders & Worthen, 2004).

Die Frage der Zielerreichung spielt in dieser Aufstellung im objective-oriented approach eine besondere Rolle, wobei davon auszugehen ist, dass die Ziele einer Intervention primär von den Programmdurchführenden bzw. Sponsoren formuliert werden. Auch in den management-oriented approaches kann der Grad der Zielerreichung eine Rolle spielen – wiederum aus dem Blickwinkel der Entscheidungsträger heraus betrachtet. Bei den consumer-oriented approaches und den expertise-oriented approaches spielt die Zielerreichung eine geringere Rolle, eher noch bei den expertenorientierten Ansätzen.

Die Frage der Therapiezielerreichung ist in dieser Aufstellung primär in den participant-oriented approaches anzusiedeln oder zu sehen, da Therapieziele in hohem Ausmaß von den Klient(inn)en selbst formuliert werden. Zudem können Betroffene selbst am besten den Grad der Erreichung bewerten.

Eine anders gestaltete Klassifikation von Evaluation findet sich bei Rossi, Lipsey und Freeman (2004). Ihre Klassifikation ist im Sinne einer Hierarchie gestaltet und beinhaltet „Klassen“ von Evaluationsfragestellungen (Abbildung 5). Die Aufstellung beginnt mit NEEDS ASSESSMENT: Im Rahmen von Bedarfsevaluationen sollen Erkenntnisse über den Bedarf von Interventionen zur Verringerung eines sozialen Problems gewonnen werden. Das Ausmaß und die Verteilung dieses Problems sollen erhoben werden, wobei es Überschneidungen mit Epidemiologie oder Forschung nach sozialen Indikatoren geben kann.

ASSESSMENT OF PROGRAM THEORY soll die Frage beantworten, wie ein Programm konzeptualisiert und designt wurde. Soziale Programme beruhen auf Vorannahmen über Wirkungen, die häufig nicht im Detail ausformuliert sind. Unter Stakeholdern existieren nichtsdestotrotz gemeinsame Konzepte wie das Programm zu führen ist um Ziele zu erreichen. Im Rahmen einer solchen Evaluation soll die Programm-Theorie detailliert und explizit beschrieben und auf ihre Nachvollziehbarkeit, Machbarkeit und ethische Tauglichkeit hin überprüft werden.

Wenn die Theorie eines Programms überprüft und für tauglich befunden wurde, muss auch die Durchführung entsprechend gestaltet sein, um erfolgreich zu sein. ASSESSMENT OF PROGRAM PROCESS soll die Programm-Implementation bewerten und ist eine der am häufigsten eingesetzten Evaluationsstrategien. Sie soll der Qualitätssicherung dienen und wird von den Autor(inn)en als unerlässliches Anhängsel der Wirksamkeitsbeurteilung gesehen. So kann z.B. im Falle eines nicht erfolgreichen Projekts die Frage beantwortet werden, ob dies an fehlerhafter Implementierung gelegen hat.

IMPACT ASSESSMENT wird auch als Wirkungsevaluation oder Outcome-Evaluation bezeichnet. Es soll die Frage beantwortet werden, ob der gewünschte Outcome

erreicht wurde, die erwünschten Wirkungen - und welche nicht intendierten Wirkungen – eingetreten sind. Dabei sollen der Netto-Effekt eines Programms gemessen werden, also die tatsächlich vom Programm verursachten Veränderungen. Es soll also der Status der Zielgruppe bei Ende des Programms mit jenem verglichen werden, der ohne Programm erreicht worden wäre. Impact Assessment wird als Evaluations-Methode der Wahl für gut entwickelte, stabile Programme gesehen.

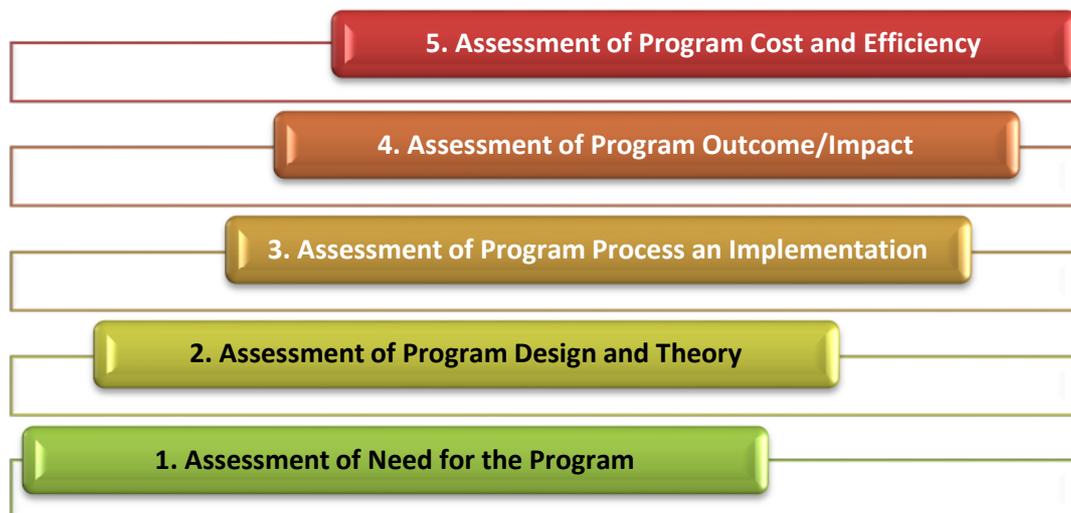


Abbildung 5 Evaluationshierarchie nach Rossi, Lipsey und Freeman (2004, S. 80)

Schließlich kann noch ein ASSESSMENT OF PROGRAM COST AN EFFICIENCY im Rahmen einer Evaluation angelegt werden. Bei dieser Bewertung geht es um die Feststellung, ob ein Programm effektiv und wirtschaftlich arbeitet. Während bei der Effektivität nur die Wirksamkeit im Fokus der Betrachtung steht, werden bei der Beurteilung der Effizienz die Kosten im Verhältnis zu den Wirkungen (ev. auch im Vergleich mit anderen Interventionen) bewertet (Rossi, Freeman & Lipsey, 2004).

Eine weitere relevante Unterscheidung von Evaluationsarten differenziert zwischen FORMATIVER und SUMMATIVER EVALUATION. Diese Unterscheidung geht auf Scriven (1967; zitiert nach Mittag, 2006) zurück. Bei der formativen Evaluation steht die Bewertung der Anwendbarkeit, Zielsetzung und Wirksamkeit eines Programms im Vordergrund, um die Programmkonzeption zu verbessern und weiter zu entwickeln. Summative

Evaluationen hingegen werden häufig zur Legitimierung von Programmen genutzt. Bewertet werden die Wirksamkeit und der Nutzen eines Programms, um eine Basis zur Entscheidungsfindung in Bezug auf Fortführung oder Erweiterung zu erhalten (Mittag, 2006).

(Therapie-)Ziele können in diesen Aufstellungen an mehreren Punkten eine Rolle spielen. Im Rahmen von Needs Assessment können aus der Erkenntnis von Problemen Ziele abgeleitet werden, mithilfe derer eine Intervention geplant werden soll. Auch beim Assessment of Program Theory kann eine Beurteilung des Designs einer Maßnahme nur unter Bezugnahme auf die Ziele erfolgen. Therapieziele ergeben sich u.a. auch aus der Symptombelastung zugewiesener Klientel. Bei der Therapiegestaltung und -planung sollten also evidenzbasierte Methoden für spezifische Problemstellungen/Ziele angewendet werden. Impact Evaluation fokussiert insbesondere auf die Zielerreichung, intendierter wie nicht intendierter Wirkungen. Bei der Kosten-Nutzen-Analyse ist die Erreichung der Programm-Ziele Voraussetzung zur Bewertung der Effizienz.

Die Bewertung der Therapiezielerreichung in der Rehabilitation kann sowohl im Rahmen einer formativen wie auch einer summativen Evaluation vorgenommen werden. Summativ eher auf individueller Ebene, indem für einzelne Patient(inn)en der Grad der Zielerreichung bei der Entlassung und eventuell zu einem Katamnesezeitpunkt bewertet wird. Zum Bestandteil einer formativen Evaluation werden die Bewertungen der Therapiezielerreichung dann, wenn diese standardmäßig über alle Patient(inn)en hinweg im Sinne eines Monitorings erhoben werden. So sind Entwicklungen über einen längeren Zeitraum beobachtbar und konzeptionelle oder personelle Veränderungen können hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet werden. Dabei kommt es zu einer Überschneidung der Konzepte von Evaluation und Qualitätsmanagement. Andererseits kann diese Form der Zielerreichungsüberprüfung der Psychotherapieforschung zugeordnet werden, die im nachfolgenden Punkt behandelt wird.

### 3.2 Evaluation und Psychotherapieforschung

Evaluation von Psychotherapie wird in dieser Arbeit aus zwei Gründen behandelt. Zum einen liegt der Schwerpunkt der angebotenen Therapien innerhalb der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation bei psychotherapeutischen Interventionen sowie bei allgemeinen und krankheitsspezifischen übenden und informativen Maßnahmen. Zum anderen ist die Definition von Therapiezielen wesentlicher Bestandteil psychotherapeutischer Arbeit – in Abhängigkeit von der jeweiligen Schule. (Pensionsversicherungsanstalt, 2006).

Die Schulenabhängigkeit der adäquaten Operationalisierung von Therapieerfolg wird auch von Schulte (2000) betont. Da die Therapieschulen eigene Zielsetzungen definieren favorisieren sie auch – wenn überhaupt – unterschiedliche Messverfahren.

In der Evaluation von Therapien werden nach Moosbrugger und Schweizer (2002) primär zwei Wege beschritten: die Erfassung der „durchschnittlichen Wirksamkeit“ einzelner Therapierichtungen oder eine vergleichende Abgrenzung der Therapien untereinander. Beim letztgenannten Vorgehen besteht das Ziel darin, für Gruppen von Patient(inn)en die geeignetste Therapiemethode zu finden – eventuell auch unter Berücksichtigung der Kosten.

Nach Kordy und Hannover (1999) ist die Evaluation von Psychotherapie durch die drei Schlagworte „Wirksamkeit“, „Wirtschaftlichkeit“ und „Akzeptanz“ geprägt. Es gelte die Frage zu beantworten, welche Ziele und welche Ergebnisse sich mit welchen Methoden erreichen lassen.

Reinecker (2005) definiert Wirksamkeit einer therapeutischen Maßnahme anhand von drei zentralen Begriffen: EFFICACY ist die Wirksamkeit eines therapeutischen Verfahrens unter optimalen Bedingungen, z.B. im Rahmen einer kontrollierten Studie. EFFECTIVENESS beschreibt er als Wirksamkeit eines Verfahrens unter Versorgungsbedingungen, ohne Selektion von Patient(inn)en. EFFICIENCY beschreibt er als Grad an Wirksamkeit in Relation zum Aufwand des Verfahrens. Weil die Wirksamkeit eines Verfahrens unter

verschiedenen Bedingungen unterschiedlich ausfallen kann, sind die drei Stufen der Wirksamkeit streng voneinander zu trennen.

Die „große Frage“ lautet, welche Form der Psychotherapie, durchgeführt von welchen Therapeut(inn)en ist bei welchen Patient(inn)en mit welcher Störung wie effektiv sei und woran das gemessen werden könne. Er beschreibt sechs Merkmale, die im Variablenmodell der Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung enthalten sein sollten:

- Patient(inn)en – Merkmale: Demographie, Persönlichkeit
- Störungs – Merkmale: Pathologie (Dauer, Schweregrad)
- Therapeut(inn)en – Merkmale: Demographie, therapeutische Ausrichtung, Erfahrung
- Therapie – Merkmale: Bezeichnung, Angaben des konkreten Vorgehens
- Setting- und Zeit – Merkmale: Organisatorisches, Dauer und Verteilung
- Merkmale der Kriterien zur Ergebnismessung: multidimensional

(Reinecker, 2005, S. 125)

Nach Jahren rivalisierender Therapieschulen hat das Dodo-Verdikt scheinbar alle versöhnt. Geblieben ist aus der Phase der frühen Psychotherapiestudien, bei denen wenige Unterschiede in den Effekten verschiedener Psychotherapieschulen gefunden wurde, das Äquivalenzparadoxon (Schüßler, 2009).

Tallman und Bohart (2001) meinen, dass das Dodo-Verdikt aufgrund unzähliger Studien einfach nicht zu widerlegen und als Faktum der Psychotherapie zu akzeptieren sei. Weil es ein stabiles Ergebnis in der Psychotherapieforschung sei sollte vielmehr seine Bedeutsamkeit analysiert werden. In älteren Studien werden Therapeut(inn)en als allmächtige Held(inn)en dargestellt, die Veränderungen bei den Patient(inn)en „herstellen“. Beispiele dafür seien Traditionen wie z.B. jene, dass alles was Therapeut(inn)en tun als Intervention zu bezeichnen und alles was Patient(inn)en tun als Reaktionen darzustellen. Sie kommen zum Schluss, dass das Dodo-Verdikt zum größten Teil gilt, dass erfahrene Therapeut(inn)en nicht wesentlich bessere Ergebnisse erzielen und Selbsthilfensätze ebenso wirksam sind wie professionell durchgeführte

Therapien. Deshalb kommen sie zum Schluss, dass die Patient(inn)en die Hauptantriebskraft für Veränderungen sind (Tallman & Bohart, 2001).

Hubble, Duncan und Miller (2001) beschreiben „Die großen Vier“ therapeutischen Faktoren, die wesentlich zur Besserung bei Patient(inn)en beitragen (Abbildung 6). Ihre Ausführungen korrespondieren mit den Ergebnissen von Tallman und Bohart (2001). Basierend auf Ergebnissen unzähliger Studien und unter Berücksichtigung von Arbeiten, die die beste Brücke zwischen den Therapieschulen schlagen.

Am meisten Varianz der Ergebnisse (40 %) wird durch KLIENT(INN)EN- ODER EXTRATHERAPEUTISCHE FAKTOREN erklärt. Damit ist die Stärke der Klient(inn)en gemeint und unterstützende Elemente aus ihrer Umgebung. Auch zufällige Ereignisse werden diesem Faktor zugeordnet.

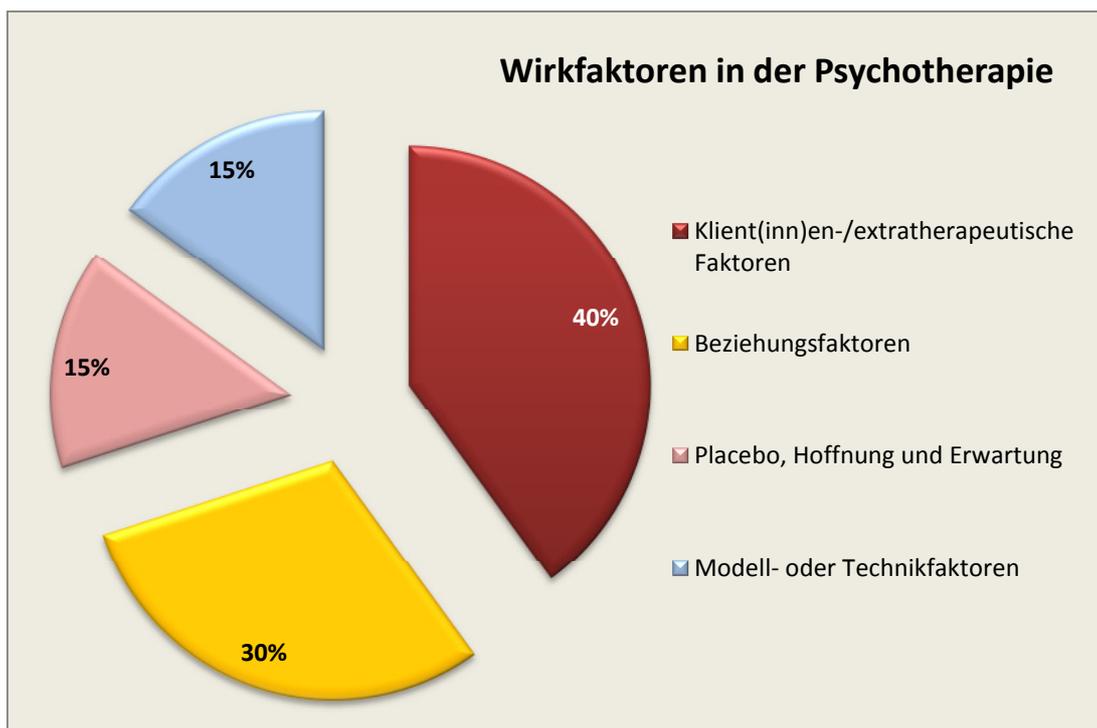


Abbildung 6 Therapeutische Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Hubble et al., 2001

Der zweitgrößte Varianzanteil wird durch BEZIEHUNGSFAKTOREN aufgeklärt (30%). In der Literatur wird auch der Begriff „gemeinsame Faktoren“ dafür verwendet. Gemeint sind damit Faktoren wie Empathie, Sorgen, Wärme, Akzeptanz sowie gegenseitige

Bestätigung und Ermutigung zum Eingehen von Risiken. Aus heutiger Sicht wird die therapeutische Allianz als einer der wichtigsten Faktoren gehandelt.

Die beiden verbleibenden Faktoren erklären zusammen nur 30% der Ergebnisvarianz. Das Wissen der Klient(inn)en in Behandlung zu sein und Erwartungen im Zusammenhang mit der Technik tragen zum Erfolg einer Therapie bei. Dieser Faktor wird Placebo, Hoffnung und Erwartung genannt. In erfolgreichen Therapien glauben Klient(inn)en und Therapeut(inn)en an die heilsame Kraft der Behandlung und an Rituale. Diese Faktoren sind nicht aus Behandlungsformen ableitbar sondern entspringen positiven und hoffnungsvollen Erwartungen der beteiligten Personen.

Einen gleich hohen Anteil an Ergebnisvarianz erklärt schließlich die Therapie-Methode (MODELL- ODER TECHNIKFAKTOREN) auf. Damit sind spezifische Methoden wie der Einsatz von Genogrammen, der Wunder-Frage oder beispielsweise systematische Desensibilisierung gemeint. Gemeinsam ist diesen Faktoren, dass sie Klient(inn)en befähigen sollen, etwas Neues zu tun um sich selbst zu helfen (Hubble, Duncan & Miller; 2001).

Ein Faktor, der bei diesem Modell verhältnismäßig unberücksichtigt bleibt, ist der Allegiance-Effekt. Fydrich und Schneider (2007) beschreiben, unter Berufung auf mehrere klinische Studien, den Einfluss der „Überzeugung/Überzeugtheit“ der Therapeut(inn)en von ihrer Psychotherapiemethode. Sie sehen dies als Einflussfaktor sowohl auf die Untersuchungsmethode wie auch auf die Auswertung und Darstellung von Ergebnissen.

Caspar und Jacobi (2007) sehen im Allegiance-Effekt sogar ein besonderes Problem. Sie berichten unter Berufung auf Studien, dass Ergebnisse mit bis zu .85 mit der Präferenz der jeweiligen Therapieschule korrelieren. Der Wert solcher Ergebnisse wird kritisch hinterfragt, wenn sie mit so hoher Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden können. Leider werde dieser Aspekt auch in aktuellen Therapiestudien kaum berücksichtigt.

Rudolf (1990) bezeichnet Psychosomatik als Forschung und Therapie im Felde menschlicher Beziehungen. Psychisches und Somatisches lasse sich aus der

psychoanalytischen Perspektive nicht trennen. Für ihn stellt die Beziehung zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en ein zentrales Moment des psychotherapeutischen Veränderungsgeschehens dar. Da sich die vorliegende Arbeit im empirischen Teil mit Patient(inn)en medizinisch psychiatrischer Rehabilitation befasst, erscheinen die Ausführungen von Rudolf (1990) über den psychosomatischen Umgang mit Patient(inn)en – auf das bewusste und unbewusste Erleben bezogen – sehr passend:

- den Umgang mit dem *Beziehungsangebot* des Patienten und mit der Geschichte seiner Beziehungen;
- den Umgang mit seinen sozialen *Bedürfnissen* und seinen *Triebwünschen* und mit der Geschichte dieser Motive;
- den Umgang mit den *Emotionen* und mit ihrer Geschichte;
- den Umgang mit den *Mitteilungen* in der verbalen Sprache und in der Sprache des Körpers;
- den Umgang mit der äußeren *sozialen Realität* in der Gegenwart und in der Lebensgeschichte;
- der Umgang mit einem sich reflektierenden *Selbst*, das um Identität ringt und nach einem Sinn seiner Existenz sucht. (Rudolf 1990; S. 285)

So stehe die Psychosomatik immer wieder vor der praktischen Aufgabe, schwierige Beziehungen fruchtbar zu machen (Rudolf, 1990).

Als optimaler Standard in der Wirksamkeitsforschung gilt – nicht nur in der Psychotherapie - ein RCT. Rudolf (1998) beschreibt unter Bezugnahme auf mehrere Autor(inn)en die Nachteile dieser Vorgehensweise. Zum Beleg der Wirksamkeit sei es zusätzlich aber nötig, unter Praxisbedingungen bei „echten Patient(inn)en“ mit multiplen Störungen langdauerende Therapien zu evaluieren. Unter diesen Voraussetzungen sei eine Randomisierung oder Kontrollgruppenbildung nicht möglich. Er sieht in der Forschung unter Praxisbedingungen die Chance, nicht Grundlagenwissen zu vermehren sondern Handlungswissen zu optimieren (Rudolf, 1998).

Unterschiedliche Ansätze zur Messung von Outcome und Impact von Psychotherapie werden im Folgenden diskutiert.

### **3.2.1 Direkte und indirekte Veränderungsmessung**

Görtelmeyer (2001) beschäftigt sich ausführlich mit der Frage nach geeigneten Methoden zur Messung von Veränderungen im Rahmen von Therapie-Evaluationsstudien. Der Begriff „Veränderung“ sei in vielen Werken zur Verlaufs- oder Veränderungsmessung nicht expliziert und operationale Definitionen beziehen sich meist auf den Vergleich von zwei Messwerten, die an zwei oder mehreren Zeitpunkten erhoben wurden. Für den Bereich der Verhaltensforschung beschreibt er folgende Annahmen über Veränderung:

- Veränderung als Abweichung gegenüber einer individuellen Ausgangsbedingung (vor Intervention) oder
- Veränderung als Abweichung gegenüber einem typischen individuellen Response wie er unter vergleichbaren Bedingungen beobachtbar ist oder
- Veränderung als Abweichung gegenüber einem typischen Gruppen-Response wie er etwa vor Intervention beobachtet wurde (Görtelmeyer, 2001, S. 39).

Durch Maßnahmen im Gesundheitsbereich sollen biologische und psychosoziale Prozesse so verändert werden, dass Menschen dazu befähigt werden, „ein besseres Leben“ zu führen. Dazu fehlen aber allgemein akzeptierte Definitionen. Seiner Ansicht nach sollten Veränderungsanalysen neben dem Wirkungsnachweis auch einen Beitrag zur Kosten-Nutzen-Bewertung leisten. Er beschreibt fünf Zielsetzungen von Veränderungsanalysen:

- Individuelle Veränderung im Vergleich zu einem früheren Zustand
- Individuelle Veränderung im Vergleich zu einem Referenzzustand
- Korrelate oder Prädiktoren für Veränderungen
- Veränderungsunterschiede zwischen Behandlungsgruppen
- Veränderungsunterschiede zwischen ungleichen Behandlungsgruppen in Quasiexperimenten (Görtelmeyer, 2001, S. 177).

Der Autor (2001) beschreibt direkte und indirekte Veränderungsmaße. Zu den DIREKTEN VERÄNDERUNGSRURTEILEN zählt er spontane Äußerungen zu Zustandsunterschieden infolge eines Ereignisses, systematische Beurteilungen über eine Veränderung und apparative Veränderungsmessungen. Indirekte Veränderungsmaßen beschreibt er als numerischen Vergleich von mindesten zwei Messzeitpunkten, die Reliabilität der Messungen und Differenzen wird diskutiert und methodisch auf vielfältige Weise bewältigt. Zwei Messzeitpunkte reichen seiner Ansicht nach nicht für eine Erfolgsbeurteilung aus (Görtelmeyer, 2001).

Schulte (2000) bezeichnet diese beiden Wege der Erfolgsmessung als „objektive, indirekte Erfolgsmessung“ und als „subjektive, direkte Erfolgsmessung“.

Unter OBJEKTIVER, INDIREKTER ERFOLGSMESSUNG versteht er den Vergleich der Ausprägung einer Symptomatik und den Grad der Beeinträchtigung vor und nach einer Therapie. Eingesetzt werden störungsübergreifende oder störungsspezifische Symptomfragebögen primär in der empirischen Psychotherapieforschung.

SUBJEKTIVE, DIREKTE ERFOLGSMESSUNG kann von Patient(inn)en und Therapeut(inn)en im Laufe und am Ende einer Therapie zur Beurteilung von Veränderungen und der Zielerreichung eingesetzt werden. Verfahren zur Zielerreichungsskalierung seien aufgrund der Möglichkeit des schulenspezifischen Einsatzes eher favorisiert.

Es handle sich um zwei grundsätzlich verschiedene Methoden der Erfolgsmessung, da der subjektive Eindruck der Patient(inn)en über die Therapie nichts über die erzielte Symptomverbesserung aussagen könne. Bei der direkten Erfolgsmessung werde von Seiten der Patient(inn)en und der Therapeut(inn)en der Ausgangspunkt nicht hinreichend berücksichtigt. Patient(inn)en vergessen häufig, wie schlecht es ihnen am Beginn der Behandlung ergangen ist. Entscheidend für das Urteil über die Therapie sei primär die Befindlichkeit am Ende der Behandlung.

Ein wichtiger Faktor in der Erfolgsbeurteilung der Therapie ist die Stabilität des Therapieerfolgs. Aussagekräftige Prädiktoren seien noch nicht gefunden, die künftige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen lasse sich jedoch eher anhand direkter Veränderungsbeurteilungen als durch indirekte Veränderungsmessungen vorhersagen (Schulte, 2000).

Die Wirksamkeit von Psychotherapie wird überwiegend anhand von Effektgrößen („ES“) bewertet. Schüßler (2009) nennt als Durchschnittswert über alle Verfahren und Störungen hinweg eine Effektgröße von 0,85, die im Rahmen von Meta-Analysen ermittelt wurde. Er definiert Effektgrößen von 0,3 bis 0,7 als mittel und Werte über 0,8 als groß. Die Effektgröße Psychotherapie vs. Placebo wurde in den Meta-Analysen mit 0,48 beziffert, der Unterschied zwischen Placebo und keiner Behandlung mit 0,42 (Schüßler, 2009).

Für die Effekte von Gruppenpsychotherapie liegen unterschiedliche Befunde vor. Burlingame & Strauß (2010) bieten einen Überblick über neun Meta-Analysen. In fünf Studien wurden ähnliche Effekte für Gruppen- und Einzelpsychotherapie gefunden, die sich allesamt auf sehr hohem Niveau bewegen (zwischen 0,78 und 1,35). In zwei Analysen wurden leichte Vorteile der Einzeltherapie gegenüber der Gruppentherapie gefunden. Nur zwei Studien zeigten deutlich höhere Effektgrößen für die Einzeltherapie (ES=0,93) im Vergleich zur Gruppentherapie (ES=0,53). Für die vorliegende Arbeit ist dies von Bedeutung, weil die zu evaluierende Reha-Einrichtung primär psychotherapeutische Gruppen anbietet und die Patient(inn)en begleitend dazu Einzelgespräche mit Psychotherapeut(inn)en oder Psycholog(inn)en in Anspruch nehmen.

Die Einschätzung der Therapiezielerreichung kann zu den Verfahren der direkten Veränderungsmessung gezählt werden. Schüßler (2009) berichtet unter Berufung auf Shadish et al. (2000) von deutlich besseren Wirkungseffekten, wenn in der Ergebnismessung die Therapieziele einbezogen werden, die von der jeweiligen Therapie jenseits der Symptome angestrebt wurden.

Rudolf (1998) fordert ebenso die Einbeziehung von Therapiezielen in die Evaluation. Da Therapieziele weit über die Symptomminderung hinausgehen, stünden Qualitäten im Vordergrund, die nur in begrenztem Maß quantifiziert werden können. Er misst dem Individuellen und Subjektiven größere Bedeutung bei als dem Allgemeinen und Objektiven (Rudolf, 1998).

### **3.2.2 Die Rolle von Therapiezielen in der Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen**

Ambühl und Strauß (1999) stellen die Frage, ob Therapieziele (noch immer) „ein dunkles Kapitel“ in der Psychotherapieforschung sind. Sie sehen in der Erreichung von Therapiezielen einen wichtigen Gradmesser für die Beurteilung des Therapieerfolgs. In der Aushandlung der Therapieziele zwischen Therapeut(in) und Klient(in) werden aber auch ethische Fragen und Fragen des Menschenbildes tangiert. Theoretisch und gesundheitspolitisch wird den Therapiezielen zunehmend Bedeutung beigemessen, aber als normative Aussagen seien sie wissenschaftlich nicht zu begründen.

Die Metapher mit dem dunklen Kapitel für die Therapieziele in der Psychotherapieforschung gebraucht auch Schulte-Bahrenberg (1990). Auch er beruft sich dabei – wie Ambühl und Strauß - auf Minsel (1977, zitiert nach Schulte-Bahrenberg; 1990), der das Kapitel Therapieziele als eines der dunkelsten in der Therapieforschung überhaupt bezeichnete.

Der zugesprochenen Wichtigkeit für die Therapie und Therapieforschung stehe ein eklatanter Mangel an empirischen Studien zu diesem Thema gegenüber. Er nennt – unter Berufung auf verschiedene Autoren fünf Funktionsbereiche für Therapieziele:

1. Zielinhalte sollen als Kriterien zur Therapiekontrolle dienen
2. Die Zielinhalte sind eine der notwendigen Entscheidungsgrundlagen bei der Indikationsstellung und Therapieplanung
3. Die Herausarbeitung der Zielinhalte dient der Abgrenzung bzw. dem Auffinden von Gemeinsamkeiten der verschiedenen Psychotherapiekonzepte untereinander
4. Das Aufstellen von Therapiezielen dient der inhaltlichen Offenlegung und Reflexion der angestrebten Werte und Normen in der Therapie und ist somit ein Mittel zur Reduktion von Macht und Kontrolle des Therapeuten
5. Das Aufstellen von Therapiezielen hat einen therapeutischen Effekt

Schulte-Bahrenberg, 1990, S. 14

Seit der Arbeit von Schulte-Bahrenberg wurde glücklicherweise eine große Anzahl von Studien zu Therapiezielen und zu deren Erreichung publiziert.

Der Einsatz einer individuellen Zielerreichungsskalierung zur prä-post-Messung wird von Caspar (1999) als Standard in der Psychotherapieforschung bezeichnet. Die Definition der Therapieziele ist dabei schon sehr früh im Prozess nötig, damit Veränderungen erfasst werden können.

Kordy und Hannover (1999) betonen den Wert von Therapiezielen in der Evaluation von Psychotherapie. Die Ableitung valider Therapieziele bedeute zwar einen hohen Aufwand, da die Ziele drei wichtige Kriterien zu erfüllen hätten: Relevanz für die Patient(inn)en, Repräsentativität für die zu evaluierende Behandlung und hinreichender Anspruch für externe Urteiler(innen). Diese seien nur erfüllt, wenn die Validität der Therapieziele hinreichend ist.

Zur Messung der Zielerreichung sollten Zielerreichungsskalen konstruiert werden, die für alle Patient(inn)en eine gleichwertige Gültigkeit haben. Auch wenn die Ziele individuell formuliert seien, könne die Zielerreichung nach einer allgemeinen Regel formuliert werden, um vergleichbare Ergebnisse zu bekommen. Somit spielen die Zielinhalte im Rahmen der Evaluation keine Rolle mehr. Gerade die Heterogenität der Zielinhalte und Patient(inn)en unterstreiche die Notwendigkeit einer geeigneten Standardisierung. Als Beispiel führen die Autoren die Möglichkeit an, die Zielerreichungsstufen - beispielsweise der GAS (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994) - anhand der GAF-Skalierung (Dilling, Mombour & Schmidt, 2006) hinsichtlich ihres Funktionsniveaus „metrisch“ zu bewerten. Diese Vorgangsweise gestaltet sich jedoch sehr aufwendig und würde im Reha-Alltag das Team vor erhebliche Herausforderungen stellen. Für die Evaluation und Qualitätssicherung hätte dieses Vorgehen zweifelsohne Vorteile, da die GAF-Skala individuenübergreifend und theorieunspezifisch ist.

Kordy und Hannover (1999) gehen davon aus, dass die ex-post Analyse und Kategorisierung von Behandlungszielen zwar ein wichtiger Schritt sei, aber die explizite Bewertung nicht ersetzen könne. Mit der phänomenologischen Beschreibung und Dokumentation von Therapiezielen und der Bewertung der Erreichung derselben sei aber zumindest ein Schritt in Richtung Transparenz und Zielorientierung getan und eine transparente Beurteilung durch alle Beteiligten sei möglich. Dadurch sei eine

Bezugnahme auf die individuellen Probleme, aber auch individuellen Lösungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Patient(inn)en gegeben. Die Autoren sehen in der starken Heterogenität der Zielinhalte und Patient(inn)en die große Herausforderung dahingehend, dass trotz aller Individualität eine Standardisierung notwendig ist. Sie beschreiben die Evaluation der Therapieziele als Kompromiss aus therapeutischen Idealen und faktenorientierter Beschreibung zum Nachweis von Ergebnissen (Kordy & Hannover, 1999).

Die Einschätzung der Zielerreichung anhand der Ausprägungen „Mehr als das Therapieziel“, „Therapieziel erreicht“, „Therapieziel teilweise erreicht“ und „Therapieziel nicht erreicht“ (Heuft & Senf, 1998) wird von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften vorgeschlagen und umgeht die mit der GAF-Skalierung angestrebte Vergleichbarkeit der Individuen.

Es gibt mehrere Bemühungen diese Art der Erfassung von Therapiezielen und deren Erreichung standardmäßig zu erfassen. Broda (1998) beschreibt das Psy-BaDo, das ebenfalls von der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) schulenübergreifend für den stationären Behandlungssektor entwickelt worden ist. Bis zu fünf individuelle Therapieziele können mit Kriterien zur Zielerreichung eingegeben werden. Der Grad der Zielerreichung kann gesondert für Patient(inn)en und Behandler(innen) eingegeben werden. Die Therapieziele können fünf Hauptkategorien zugeordnet werden. Der Autor plädiert auch deshalb für eine detaillierte Erfassung der Therapieziele und ihrer Erreichung, weil häufig Therapieeffekte nicht abgebildet werden können. Die Zielerreichung wird vom Autor der Ergebnisqualität nach Donabedian zugeordnet, die Zielgerichtetheit der Behandlung wird der Prozessqualität zugezählt.

Heuft, Langkafel, Schneider, Stricker, Lange und Senf (2000) betonen, dass durch die Einbeziehung individueller Therapieziele (ITZ) in die Ergebnisbewertung einerseits die begrenzte Aussagekraft psychometrischer Testverfahren ergänzt werden soll und andererseits durch die individuellen Therapieziele besonderer Wert auf die qualitativen Aspekte des Outcomes gelegt wird. Bei den Zielen selbst wird eine

möglichst konkrete, erlebens- und verhaltensnahe Formulierung der Therapieziele angestrebt (Heuft et al., 2000).

Über einen ähnlichen Ansatz berichten Laireiter, Lettner und Baumann (1998). Auch im PSYCHO-DOK, dem allgemeinen Dokumentationssystem für Psychotherapie, werden die Therapieziele an mehreren Stellen berücksichtigt. Bei den Daten zur Anmeldung, bei der Problemanalyse und Therapieplanung und schließlich bei der Zielerreichungsbeurteilung.

Auch Kossak (2011) geht davon aus, dass Therapieziele eines der wesentlichsten Kriterien zur Erfolgskontrolle sind. Nur durch die Bewertung der Zielerreichung vorher festgelegter Ziele sei zu ermitteln, ob die Psychotherapie ihr Ziel erreicht hat.

Zusammenfassend kann von großer Übereinstimmung in Bezug auf die Relevanz der Erfassung von Therapiezielen und der Bewertung der Erreichung derselben gesprochen werden, auch wenn dahinter unterschiedliche theoretische Konzepte und Setting-bezogene Annahmen stehen.

### **3.3 Qualität und Evaluation in der Rehabilitation**

Die in Österreich angebotene medizinisch-psychiatrische Rehabilitation kann hinsichtlich der Zielsetzungen und Maßnahmen zur Messung der Wirksamkeit mit der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland verglichen werden. Im Mittelpunkt der stationären psychosomatischen Rehabilitation stehen psychotherapeutische Verfahren (Steffanowski et al., 2007), ähnlich wie es von der Pensionsversicherungsanstalt in Österreich für die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation gefordert wird (Pensionsversicherungsanstalt, 2006). Zur psychosomatischen Rehabilitation liegen bereits umfangreiche Studien vor, die den Erfolg dieser Maßnahme belegen. Steffanowski et al. (2007) sehen in der Rehabilitationswissenschaft eine noch junge Disziplin. In den 90-er Jahren wurden die ersten umfangreichen Studien zur Wirksamkeit durchgeführt, deren Ergebnisse einen erfreulichen Trend zeigten.

Waldmann (2000) fordert für die Beantwortung von Reha-wissenschaftlichen Fragestellungen interdisziplinäre Ansätze und multimethodales Vorgehen. Nichtsdestotrotz hätten sich vier Forschungszugänge herauskristallisiert. Beim EMPIRISCH-EXPERIMENTELLEN ZUGANG wird versucht, ein Maß für die Effektivität zu quantifizieren. Die Überprüfung substantieller Hypothesen erfordert die Operationalisierung in einem Gegenstandsmodell und statistische Hypothesentests, sodass eine inferenzstatistische Entscheidung getroffen werden kann.

STATISTISCHE VERFAHREN ALS INHALTSMODELL haben nicht das Ziel der Prüfung von Effekthypothesen, sondern zielen auf die Abbildung des Erkenntnisinteresses ab. Solche Ziele können z.B. Identifikation von theoretischen Konstrukten oder Dimensionen sein oder Identifikation von Prädiktoren. SEKUNDÄR- ODER META-ANALYSEN werden auf Basis von statistischen Kennwerten erstellt und sollen zu einer Verbesserung des Rehasystems als Ganzes führen. Insbesondere bei der Analyse von Prozessen werden QUALITATIVE UND INNOVATIVE VERFAHREN angewendet, da hochkomplexe Abläufe nicht durch eine Forschungslogik alleine abzubilden sind (Waldmann, 2000).

Wechselt man von Reha-wissenschaftlichen Forschungsfragen zur Fragestellungen der Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen, stößt man sehr schnell und häufig auf die Kategorien von Donabedian (2005; zit. nach Donabedian 1966). Auch die Pensionsversicherungsanstalt (2006) bezieht sich auf dieses System und es werden definitive Angaben zu den Qualitätsdimensionen gemacht (Tabelle 2).

**Tabelle 2 Dimensionen der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität für die medizinisch psychiatrische Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Ergebnisqualität</b>
<b>Medizinisches Personal:</b> Ärztlicher Dienst, psychotherapeut. Dienst, Psycholog(inn)en, Pflegedienst, Gehobener med.-technischer Dienst & sonst. Therapeut(inn)en, Sozialarbeit Zusatzausbildungen	<b>Ärztliche Betreuung</b>	<b>Entlassungsbericht</b>
<b>Diagnostisches Spektrum</b>	<b>Rehabilitationsdiagnostik</b>	<b>Outcome-Measurement</b>
<b>Therapie</b>	<b>Therapie</b>	<b>Patient(inn)enfragebögen der PVA</b>
<b>Räumliche Ausstattung</b>	<b>Pflege</b>	<b>Stellungnahme zur psychosozialen, geistigen und körperlichen Belastbarkeit</b>

Quelle: Pensionsversicherungsanstalt, 2006

Im Bereich STRUKTURQUALITÄT werden die Qualifikationen des Personals sowie deren Anwesenheitszeiten beschrieben. Unter dem Punkt diagnostisches Spektrum werden vorzuhaltende und bei externen Anbieter(inne)n vorzuhaltende diagnostische Methoden beschrieben.

Unter dem Punkt Therapie werden alle Therapien hinsichtlich Dauer und Zielsetzung beschrieben, ebenso die räumliche Ausstattung der Einrichtung.

Im Bereich PROZESSQUALITÄT werden die Punkte ärztliche Betreuung, Rehabilitationsdiagnostik, Therapie und Pflege inhaltlich beschrieben. Welche Untersuchungsmethoden angewandt werden müssen und sollen und welche Therapien in welchem Ausmaß angeboten werden müssen bzw. sollen.

Im Bereich ERGEBNISQUALITÄT werden vier Punkte angeführt, die die relevanten Outcome-Kriterien für die Pensionsversicherungsanstalt darstellen. Dazu gehören an erster Stelle der Entlassungsbericht und das Outcome-Measurement. Vorgegeben sind die Verfahren BSI – Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) und das WHOQOL-BREF

(Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) zur Selbsteinschätzung der Rehabilitand(inn)en, sowie das Global Assessment of Functioning GAF (Dilling, Mombour & Schmidt, 2006) (Pensionsversicherungsanstalt, 2006).

Aktuell werden die Evaluationsinstrumente, die von der Pensionsversicherungsanstalt den Reha-Einrichtungen verpflichtend vorgegeben werden diskutiert, sie sollen durch ICF-orientierte Verfahren ersetzt werden.

Zunehmend gewinnen jedoch auch ökonomische Evaluationsaspekte an Bedeutung. Steffanowski et al. (2007) zitieren Zielke (1993, 2004), der zu einer Kosten-Nutzen-Relation von 1:3 gekommen ist. Jeder investierte Euro zahle sich demnach dreifach durch reduzierte Krankschreibungszeiten volkswirtschaftlich aus. In der MESTA-Studie wurde sogar eine Kosten-Nutzen-Relation von 1:4,19 errechnet. Der Break-Even-Point wurde für den Zeitraum unter einem Jahr kalkuliert. Zu diesem Zeitpunkt wiegt der Nutzen die Kosten auf (Steffanowski et al., 2007).

Zielke, Borgart, Carls, Herder, Lehenhagen, Leidig Limbacher, Meermann, Reschenberg und Schwickerath (2004) analysierten kostenrelevante Daten ein Jahr vor und ein Jahr nach der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. Im Jahr nach der Rehabilitation wurden die ehemaligen Rehabilitand(inn)en seltener krankgeschrieben und waren im Krankheitsfall kürzer krankgeschrieben. Die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle reduzierte sich um 20 %, die Arbeitsunfähigkeitsdauern reduzierten sich um 53 % und der Umfang an verursachten Krankheitstagen verringerte sich um 62 %. Die Autor(inn)en kommen zum Schluss, dass sich die stationären Aufenthaltstage nach der Rehabilitation vermutlich auf das tatsächlich notwendige Maß reduziert haben. Gerade bei psychisch Kranken seien häufig stationäre Aufenthalte und Untersuchungen ein Versuch, das erheblich bedrohte Selbstwertgefühl durch den Beweis des Krankheitsgefühls wiederherzustellen (Zielke et al., 2004).

### 3.3.1 Indikatoren in der Erfolgsmessung der Rehabilitation

Bullinger und Ravens-Sieberer (2000) nehmen REHABILITATIONSZIELE als Ausgangspunkt für die Diskussion um Indikatoren, die nach Feststellung des individuellen Bedarfs festgelegt werden. Die Operationalisierungen der Zielvariablen sind INDIKATOREN, und OUTCOMES beschreiben sie als „aus diesen Indikatoren ableitbare Informationen über die Zielerreichung“. Die Autoren betonen die höchst unterschiedliche Ausgangslage bei den Rehabilitand(inn)en und sehen fallweise auch in der Verhütung einer Verschlimmerung ein Rehabilitationsziel. Unter Berufung auf Biefang (1997) nennen sie drei Ebenen, denen Outcomes zugeordnet werden können:

1. Outcomes aus Patient(inn)ensicht: Lebensqualität, Selbstständigkeit im Alltag, Gesundheitsverhalten, Freiheit von Beschwerden, Angst, Depressivität, Behandlungszufriedenheit.
2. Outcomes aus Sicht der Ärzt(inn)en bzw. der Therapeut(inn)en: biomedizinische Indikatoren
3. Outcomes aus Sicht der Versorgungsstrukturen zur Beurteilung der Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen: sozialmedizinische Indikatoren, gesundheitsökonomische Indikatoren.(Bullinger & Ravens-Sieberer, 2000, S. 309)

Konsens ist dabei nicht nur über die relevanten Dimensionen der Outcomes nötig sondern auch über die Operationalisierungen, Messverfahren und –zeitpunkte. Die Anforderungen an Erhebungsinstrumente sind hoch und sollten nach Muthny et al. (1998, zitiert nach Bullinger & Ravens-Sieberer, 2000) folgenden Ansprüchen gerecht werden: gute psychometrische Gütekriterien (Reliabilität, Validität, Änderungssensitivität), Verbreitung in der rehabilitationsbezogenen Literatur, Vergleichbarkeit der Daten mit Referenzgruppen und Untersuchungsökonomie (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2000).

In der MESTA-Studie haben Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann und Nübling (2007) die Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation zusammengefasst. Sie fordern im Rahmen von Evaluationen die Berücksichtigung der ICF-basierten Ebenen Symptomatik, Aktivitäten und gesellschaftliche Partizipation

sowie körperliche, psychische, soziale und leistungsbezogene Komponenten. Als Stakeholder sehen sie die Patient(inn)en, die Angehörigen, die Arbeitgeber(inn)en, die Therapeut(inn)en, Träger der Kliniken, Kostenträger und Öffentlichkeit.

**Tabelle 3 Codierschema für Ergebniskriterien in der stationären psychosomatischen Rehabilitation nach Steffanowski et al. (2007, S. 174)**

<b>Kriterienbereich mit Einschlusskriterium</b>	
<b>1</b>	relevant für den somatisch-körperlichen Bereich wie körperlicher Gesundheitszustand, psychosomatische Beschwerden, Krankheitssymptome, Schmerzen, Beweglichkeit, Ausdauer, Kraft, Fitness, Gesundheitsverhalten Einschlusskriterium: Hier geht es um die <b>KÖRPERLICHE VERFASSUNG</b>
<b>2</b>	relevant für den seelisch-psychischen Bereich wie Depressivität, Ängstlichkeit, Phobien, Stimmung, Zwanghaftigkeit, Selbstwert, emotionale Belastbarkeit, Gelassenheit Einschlusskriterium: Hier geht es um die <b>EMOTIONALE VERFASSUNG</b>
<b>3</b>	relevant für den geistig-kognitiven Bereich wie Konzentrationsfähigkeit, Copingstrategien, Stressverarbeitungsstrategien, mentale Ressourcen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Locus of Control, Spiritualität Einschlusskriterium: Hier geht es um <b>DENK- UND BEWERTUNGSPROZESSE</b>
<b>4</b>	relevant für den interpersonal-sozialen Bereich wie soziale Unterstützung, interpersonale Probleme, Suchtverhalten, Kontaktfähigkeit, Unsicherheit, private und berufliche Situation, Partnerschaft, Freizeit, Freunde, soziale Kompetenz Einschlusskriterium: Hier geht es um das <b>SOZIALVERHALTEN</b>
<b>5</b>	relevant für den alltagsrelevanten-funktionalen Bereich wie Alltagsbewältigung, Ausführbarkeit konkreter Tätigkeiten, subjektiv empfundene Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit Einschlusskriterium: Hier geht es um die <b>LEISTUNGSFÄHIGKEIT</b>
<b>6</b>	relevant für den kostenrelevanten-sozialmedizinischen Bereich. Nur quasi-objektive Daten wie AU-Tage, Menge eingenommener Medikamente, Krankenhausaufenthalte, vom Arzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit Einschlusskriterium: Hier geht es um <b>GESELLSCHAFTLICHE KRANKHEITSKOSTEN</b>
<b>7</b>	relevant für Allgemeinbefinden, Vitalität und globale Lebenszufriedenheit. Beispiel: „Wie ging es Ihnen im letzten Monat insgesamt?“. Globalskalen, die mindestens drei der Bereiche 1 – 6 als Subskalen enthalten. Einschlusskriterium: Hier geht es um die <b>GESAMTVERFASSUNG</b>

Daraus resultierende Kriterienmaße lassen sich in zwei Hauptgruppen einteilen:

- monetär bewertbare Kriterien wie Finanzierbarkeit, Kosten/Nutzen der Behandlung, Verbleib im Erwerbsleben, Krankschreibungszeiten, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- nicht monetär bewertbare Kriterien wie Patientenzufriedenheit, subjektives Befinden auf der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Ebene,

Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen sowie Selbsterfahrung, Problemlösekompetenz und Sinnfindung (Steffanowski et al., 2007, S. 25).

Auch Steffanowski et al. sehen im ICF einen geeigneten Rahmen für die Klassifikation unterschiedlicher inhaltlicher Ebenen von Ergebnisqualität in den Dimensionen Körperstrukturen und –funktionen, Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation) (Steffanowski et al., 2007).

Im Zuge der Meta-Analyse haben die Autoren ein Codierschema für alle, in der Datenbank erfassten Ergebniskriterien entwickelt (Tabelle 3). Kriterium für die Aufnahme von Effekten in der Meta-Analyse war jeweils die eindeutige Aussage, ob das Kriterium „gutes Befinden“ versus „schlechtes Befinden“ aufzeigen konnte.

### **3.3.2 Die Rolle von Therapiezielen in der Evaluation von Rehabilitation**

Ambühl und Strauß (1999) gehen davon aus, dass gerade aufgrund knapper werdender finanzieller Ressourcen zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung, Fragen zur Therapiezielerreichung immer drängender werden.

Steffanowski, Lichtenberg, Nübling, Wittmann und Schmidt (2003) meinen, dass Patient(inn)en sich bei Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme aus der Problemperspektive präsentieren. Der klassische prä-post – Ansatz in der Evaluation werde den individuellen Problemen und Therapiezielen der psychosomatischen Rehabilitand(inn)en nicht gerecht. Auch aus ihrer Sicht ist die Definition individuell angemessener Therapieziele für die Planung, Durchführung und Erfolgsbeurteilung der Rehabilitation unerlässlich. Sie präsentieren den ZOE-Ansatz nach Gerdes (1998, zitiert nach Steffanowski et al., 2003), bei dem zu Beginn der Behandlung eine Auswahl individuell relevanter Problembereiche durch Patient(inn)en und Therapeut(inn)en vorgenommen werden. 858 Patient(inn)en nahmen an der EQUA Studie teil und es zeigte sich, dass bei prospektiver Problemmarkierung ein deutlich höherer Effekt zu erzielen war ( $ES=1,32$ ) als bei retrospektiver Problemmarkierung ( $ES=0,56$ ). Nach

Ansicht der Autoren belegen die Ergebnisse die Relevanz eines zielorientierten Vorgehens und individueller Problemdefinition (Steffanowski et al., 2003). Im Rahmen dieser Studie wurden katamnestische Daten mit einbezogen. Im Rahmen der EQUA-Studie wurde ein individueller Zielerreichungsindex entwickelt.

Die Pensionsversicherungsanstalt (2006) fordert die Einschätzung der Therapiezielerreichung beim Punkt Entlassungsbericht, wobei bei Teil- oder Nichterreicherung eine Begründung anzuführen ist. Grundsätzlich wird den subjektiven Einschätzungen der Rehabilitand(inn)en mehr Bedeutung beigemessen als der Einschätzung der Behandler(inn)en.

Ein Beispiel aus Deutschland sei hier noch angefügt: Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung wurde an einem Therapiezielkatalog zur zielorientierten Ergebnismessung gearbeitet (Jäckel, Protz, Maier-Riehle & Gerdes, 1997). Adäquat definierte Therapieziele wurden als grundlegendes Element zur Beurteilung der Ergebnisqualität gesehen. An den Zieldefinitionen können Kriterien festgemacht werden, die eine Beurteilung darüber erlauben, ob die Behandlung erfolgreich war oder nicht. Für sechs Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation (Gastroenterologie, Neurologie, Kardiologie, Onkologie, Orthopädie/Rheumatologie und Pneumologie) wurden die, in Zusatzbögen erhobenen Therapieziele analysiert und in einen Therapiezielkatalog überführt. Für die praktische Anwendung wurde die aktive Einbeziehung der Patient(inn)en in den Zielfindungsprozess gewünscht sowie die Beteiligung des gesamten Reha-Teams (Jäckel et al., 1997).

Wie sehr sich Therapieziele aus ambulanten und stationären Settings unterscheiden zeigt Wendisch (1999). Das beginne schon beim zeitlichen Rahmen, da sich Menschen in größeren Zeiträumen eher verändern können und somit auch die Einschätzung der Zielerreichung anders ausfallen wird. Damit ergeben sich für die Therapeut(inn)en und Patient(inn)en doppelte Herausforderungen: Die Therapeut(inn)en sehen sich zu einem sehr bewussten Umgang mit der Begrenztheit der Zeit und Abstufung von Therapiezielen konfrontiert, die Patient(inn)en mit der Begrenztheit der

therapeutischen Unterstützung und der eigenen Mitverantwortung an der Therapiezielerreichung.

So können im stationären Setting, neben mehreren Therapeut(inn)en auch Kostenträger an der Definition von Therapiezielen beteiligt sein. Da Patient(inn)en vorher oft nicht genau wissen, was sie erwartet, haben sie häufig im Vorfeld keine genaue Vorstellung von Therapiezielen. Im Rehabilitationssetting sind Ziele häufig soziotherapeutischer oder medizinischer Natur und im größeren Ausmaß auf Störungen bezogen. Die Gefahr, dass Ziele „von Therapeut(inn)en nahegelegt“ werden sei daher größer als im ambulanten Setting. Und schließlich bewähre sich die Erreichung von Therapiezielen in wichtigen Aspekten erst nach der Therapie zu Hause, was eine Einschätzung der Therapiezielerreichung erschwere.

Wendisch (1999) führt weiters aus, dass sich in psychosomatischen Fachkliniken das Bezugstherapeut(inn)ensystem zwar bewährt habe, und die Bezugstherapeut(inn)en auch die Fäden für ihre jeweiligen Patient(inn)en in der Hand haben, aber an der Erreichung der Therapieziele ein ganzes Team beteiligt ist. Als Beispiel nennt er das Ziel „Vertrauen in den eigenen Körper zu haben“, an dessen Erreichung auch körperorientierte Therapeut(inn)en beteiligt sind. In solchen Teams ist die Güte der Kommunikation der Behandler(innen) ein wesentliches Erfolgskriterium für die Therapiezielerreichung (Wendisch, 1999).

Bullinger und Ravens-Sieberer (2000) differenzieren zwischen übergreifenden Zielen, krankheitsspezifischen Zielen, individualspezifischen Zielen, Nahzielen und Fernzielen (Abbildung 8, Seite 64).

Sie betonen die Ausrichtung einer Maßnahme auf mehrere Ziele und die Rolle von Prädiktoren bei den Outcomes. So kann die Erreichung von Therapiezielen in der Rehabilitation beispielsweise durch Faktoren wie sozioökonomischer Status, psychosoziale Patient(inn)encharakteristika oder medizinische Parameter beeinflusst werden. Ein weiterer Prädiktor ist die unterschiedliche Ausgangslage der Rehabilitand(inn)en, weswegen unterschiedliche Kriterien zur Erfolgsbeurteilung eingesetzt werden müssen. Bei dichotomen Indikatoren – Erfüllung vs. nicht-Erfüllung eines Kriteriums – sprechen sie von Zielkriterien (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2000).

In die Meta-Analyse der MESTA-Studie (Steffanowski et al., 2007) gingen Aspekte der Therapiezieelerreichung nicht ein, da dort primär allgemeine Ansätze zur Ergebnismessung einbezogen wurden und keine Effektgrößenberechnungen zur Therapiezieelerreichung möglich waren. Therapieziele werden im Rahmen von individualisierten Ansätzen angesprochen.

Eine Besonderheit in der Evaluation von Therapiezielen im Rahmen stationärer (psychosomatischer) Rehabilitation sieht Wendisch (1999) im Aspekt, dass die Zielerreichung häufig erst nach der Entlassung zu Hause erlebt und bewertet werden kann. Das stationäre Setting ist keine Simulation der Situation zu Hause und die Therapeut(inn)en wissen meist nicht, wie es den Patient(inn)en zu Hause ergangen ist, auch wenn durch katamnestische Befragungen Daten erhoben werden. So kann es zu einer Über- oder Unterschätzung der Therapiezieelerreichung zum Entlassungszeitpunkt kommen.

Ein weiteres Spezifikum der stationären Rehabilitation ist eine fallweise kritische Haltung der Patient(inn)en gegenüber den Therapeut(inn)en, da diese als verlängerter Arm der Kostenträger gesehen werden können. Dazu kommen Erwartungen von Angehörigen, insbesondere dann, wenn die Rehabilitation in einem Stadium der Chronifizierung erfolgt und der Reha-Aufenthalt „endlich mal was bringen soll“. In diesen Fällen brauchen Patient(inn)en hinsichtlich ihrer Ziele die Unterstützung von Therapeut(inn)en, da viele in ihrer Krankheit resigniert haben.

Und schließlich gibt es Patient(inn)en ohne Therapieziele, die nicht automatisch unmotiviert oder ungeeignet für eine Therapie sind. In diesen Fällen handelt es sich häufig um Patient(inn)en, die noch keine Psychotherapie hatten oder aus Angst vor erneuter Kränkung und Enttäuschung keine Ziele formulieren können. Der Wunsch nach Berentung kann, muss aber nicht ein Hindernis für die Formulierung von Therapiezielen sein. Es kann zu einer scheinbaren Mitarbeit der Patient(inn)en kommen, wenn Zielkonflikte nicht erkannt werden oder die Ziele nicht hinreichend der Autonomie der Patient(inn)en gerecht werden (Wendisch, 1999).

Bei der Bewertung der Therapiezielerreichung darf das Setting nicht außer Acht gelassen werden. Strauß (1999) meint, dass in der Psychotherapieforschung Settingmerkmale bisher zu wenig berücksichtigt wurden. Die Länge einer Therapie sei von entscheidender Bedeutung für die Erreichung der Therapieziele. Er bezieht sich auf die Phasentheorie nach Lueger (1995) mit den Schritten Remoralisierung, Remediation und Rehabilitation. Indikatoren für Rehabilitation seien erst nach vielen Sitzungen identifizierbar (Strauß, 1999).

Berking, Dreesen und Jacobi (2004) brachten die Inhalte der Ziele stärker mit der Ausgangsbelastung in Zusammenhang als mit dem Setting. Das primäre Ziel stationärer psychosomatischer/medizinisch psychiatrischer Rehabilitation, die Verbesserung des arbeitsbezogenen Funktionsniveaus, wird in den Zielen der Patient(inn)en inhaltlich nicht explizit benannt. Die Autor(inn)en meinen, dass übergeordnete, feststehende Ziele keiner expliziten Festlegung bedürfen. Anhand der individuellen Therapieziele sei aber erkennbar, auf welchem Wege versucht wird, dieses Globalziel zu erreichen (Berking et al., 2004).

### **3.3.3 Evaluation und Qualitätsmanagement in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit**

Seit Bestehen der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit wurden umfangreiche Evaluationsmaßnahmen durchgeführt. Insbesondere in der Pilotphase von 2002 bis 2006 musste der Nachweis der Wirksamkeit der stationären Rehabilitation erbracht werden. Von Seiten des Kostenträgers Pensionsversicherungsanstalt wurde der Einsatz der psychometrischen Testverfahren Brief Symptom Inventory – BSI (Franke, 2000) und WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) vorgeschrieben. Als Erhebungszeitpunkte wurden Aufnahme, Entlassung, drei Monate und ein Jahr nach Ende der Rehabilitation festgelegt.

Dazu muss kritisch angemerkt werden, dass in der quantitativen Sozialforschung zum Nachweis der Wirksamkeit experimentelle Untersuchungen mit Kontrollgruppen als

Königsweg gelten (Berg, Causemann, Guenther, Hochgesang, Müller, Neubert & Quack, 2009). Die eben genannten Autoren des Arbeitskreises „Evaluation von Entwicklungspolitik“ in der DeGEval haben eine Schrift zu „Verfahren der Wirkungsanalyse“ herausgegeben, in der sie die Problematik des Wirkungsnachweises in der Evaluation erörtern. Sie sehen im Rahmen von Evaluationen die größte akademische Herausforderung in der Bildung vergleichbarer Kontrollgruppen, weshalb als Ausweg häufig prä-post-Vergleiche zum Nachweis der Wirksamkeit herangezogen werden.

Hiller, Bleichhardt und Schindler haben 2009 die Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive der Qualitätssicherung beschrieben. Im stationären Setting psychosomatischer oder psychiatrischer Kliniken haben sich ihrer Meinung nach Evaluationssysteme auf hohem Niveau etabliert. Sie entsprechen überwiegend naturalistischen Eingruppen-Prä-Post-Designs, die den Behandlungserfolg anhand von Effektgrößen bewerten. Die Autoren betonen daneben aber auch die Wichtigkeit der Messung der Zufriedenheit, die sie als Basis für die Erreichung von guten Therapieresultaten ansehen. Allerdings sollte die Erfassung der Zufriedenheit anonym erfolgen, um Antworttendenzen sowie soziale Erwünschtheit zu reduzieren.

Hiller et al. sehen in der Evaluation von Routinetherapien aus der Qualitätsmanagement-Perspektive einen wesentlichen Vorteil. Die Bereitschaft zu kontinuierlicher Verbesserung setze ein Interesse an Mängeln und Schwächen der eigenen Arbeit voraus. Leider dränge sich bei naturalistischen Studien häufig der Charakter von Bestätigungsforschung auf. Qualitätsmanagement-Evaluation jedoch könne längerfristig ein realistischeres und stabileres Bild über die Wirksamkeit von Psychotherapie liefern. Sie kritisieren aber auch, dass kaum Kontrollbedingungen zur Verfügung stehen, Aufnahmekriterien für Patient(inn)en oft heterogen und nicht explizit sind und Störungsbilder vielfältiger seien als bei umschriebenen Forschungsfragen. Und schließlich hänge die Qualität der Aussage vom Ausmaß des Rücklaufs ab sowie vom Umgang mit Abbrecher(inne)n ab (Hiller et al., 2009).

Genau vor diesem Dilemma steht auch die Evaluation in der Reha-Klinik. Intention to treat - Analysen können nicht durchgeführt werden, da Abbrecher(innen) die Evaluationsinstrumente beim Austritt nicht bearbeiten. Aus diesem Grund werden sie auch im Zuge der Jahreskatamnese nicht berücksichtigt. Dabei kann positiv angemerkt werden, dass die Abbrecher(innen)quote in der Reha-Klinik konstant niedrig ist. Sie lag beispielsweise im Jahr 2011 bei 2,6 %. Von den Completers liegen die Daten beinahe vollständig vor, 2,2 % fehlende Daten waren im Jahr 2011 zu verzeichnen. Diese sind auf sprachliche Probleme, gesundheitliche Probleme, Verweigerung der Patient(inn)en oder mangelnde Kontrolle durch das Haus zurückzuführen.

Es wurde und wird versucht, das Assessment für den prä-post Vergleich ständig zu optimieren. Zusätzlich zu den vorgeschriebenen psychometrischen Testverfahren wurden weitere Testverfahren, sowie Items zur Soziodemographie und zum bisherigen Krankheitsverlauf vorgegeben. Zum Entlassungszeitpunkt wurde die Zufriedenheit der Patient(inn)en umfassend erhoben.

Im Laufe der Jahre wurde das freiwillig eingesetzte Assessment stark verändert, von einem eher störungsspezifischen Ansatz bei Beginn der Rehabilitation hin zu generischen Instrumenten. So wurde beispielsweise die Erhebung körperlicher Beschwerden oder die detaillierte Erfassung von Angstsymptomatik beendet und durch neue Verfahren ersetzt. Die Erhebung der Psychotherapiemotivation wurde ebenfalls reduziert, da sich keinerlei prädiktiver Wert dieser Skalen zeigte (Platz & Senft, 2009).

Hinzugenommen wurden Verfahren zur direkten Veränderungsmessung wie der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) und Items der BESS-Skala (Schmidt, Nübling, Steffanowski, Kriz & Wittmann, 2008).

Aufgrund des Arbeitsschwerpunkts mehrerer Therapeut(inn)en fokussierte in den letzten Jahren die Diagnostik auf die Erfassung traumatischer Erlebnisse und Trauma-assoziiertes Symptome. Diese Maßnahme und die daraus folgenden Konsequenzen trugen zu einer Sensibilisierung aller Arbeitsbereiche und Berufsgruppen der Klinik in Bezug auf den Umgang und die Therapie mit traumatisierten Patient(inn)en bei.

Ergebnisse dieser Forschungsaktivität wurden auf mehreren Fachkongressen präsentiert.

Insbesondere in der Pilotphase der Reha-Klinik sollte der Nachweis der Wirksamkeit anhand reduzierter Krankenstandstage und stationärer Aufenthalte sowie beruflicher Wiedereingliederung erbracht werden. Daten zu Krankenständen aufgrund psychischer Probleme sowie stationäre Aufenthaltsdaten werden seither routinemäßig von den Patient(inn)en erfragt. Reliabilität und Validität dieser Angaben ist jedoch als nicht hinreichend zu betrachten und Daten der Sozialversicherungsträger konnten noch nicht in die Evaluation einbezogen werden. Angaben zum beruflichen Status werden nach wie vor zum Aufnahmezeitpunkt und zum Zeitpunkt der Jahreskatamnese erhoben, aber auch Ergebnisse dieser Variable sind durch Unschärfen in der Erhebung nur bedingt interpretierbar.

Seit Bestehen der Einrichtung wird jährlich ein Jahres- bzw. Qualitätsbericht verfasst. Hauptanliegen des Berichts ist ein kontinuierliches Monitoring krankheitsrelevanter Daten der Patient(inn)en und der Therapieerfolge anhand von Effektgrößen. Die Katamnese drei Monate nach Reha-Ende wird aktuell nicht mehr durchgeführt, die Erhebung ein Jahr nach Reha-Ende wird beibehalten. Die Rücklaufquote schwankt zwischen 35 und 45%.

Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit ist seit Dezember 2005 nach ISO 9001:2000 zertifiziert. ISO 9001 ist eine internationale Norm, die Mindeststandards vorgibt, nach denen die Abläufe in einem Unternehmen zu gestalten sind, damit gewährleistet wird, dass die Kunden und Geschäftspartner die erwartete Qualität erhalten. Das zu Grunde liegende Qualitätsmanagementsystem stellt aber nicht nur die Zufriedenheit der Kunden als oberstes Ziel sicher, sondern auch jene der Mitarbeiter(innen). Jährlich findet eine ein- bis zweitägige Überprüfung des Unternehmens statt. Dabei wird kontrolliert ob die vorgeschriebenen Kriterien und Normen erfüllt werden, um dieser Qualifizierung gerecht zu werden. Neben der Einhaltung der vorgegeben Kriterien wird die Erreichung der, von der Reha-Klinik, festgelegten Qualitätsziele überprüft. Als Qualitätsziele gelten beispielsweise:

- Optimale Behandlung der Patient(inn)en nach Prinzipien der jeweils gültigen, medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen sowie pflegerischen Normen zur Steigerung der Therapiequalität.
- Einhaltung und Umsetzung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen im Hause, betreffend hygienische Bestimmungen, Prinzipien der Medikation und Funktionstüchtigkeit der technischen Geräte.
- Reduktion der Dauer des Krankenstandes und Reduktion der stationären Behandlung in Häufigkeit und Dauer im Vergleich zu einem Jahr vor dem Reha - Aufenthalt und einem Jahr danach.

Das Qualitätsmanagementsystem wird von allen Mitarbeiter(inne)n erfolgreich getragen. Laufend werden Rückmeldungen, Reklamationen und Verbesserungsvorschläge von Kund(inn)en und Mitarbeiter(inne)n analysiert und entsprechende Maßnahmen gesetzt. Dies gewährleistet neben der beständigen Qualität durch die Einhaltung der standardisierten Prozesse und Abläufe einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (Mag. Tanja Mitterer, Jahresbericht Reha-Klinik für Seelische Gesundheit, 2008). Derzeit wird in Zusammenarbeit von medizinisch-wissenschaftlicher Leitung, Qualitätsmanagement und Evaluation an einem ausführlichen Indikatorenset und an neuen Modellen der Erfolgsmessung in der Reha-Klinik gearbeitet. Aktuell wird auch der Einsatz der Erhebungsinstrumente mit der Pensionsversicherungsanstalt diskutiert und an die Kriterien des ICF angepasst.

Die Erreichung der Therapieziele in der Reha-Klinik wurde anhand der von der AMWF vorgeschlagenen Skalierung (Heuft & Senf, 1998) „Mehr als das Therapieziel“, „Therapieziel erreicht“, „Therapieziel teilweise erreicht“ oder „Therapieziel nicht erreicht“ vorgenommen. Diese Skalierung wurde auch von Seiten der Pensionsversicherungsanstalt für den Abschlussbericht vorgeschlagen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde in der Reha-Klinik das Berner Inventar für Therapieziele (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) eingeführt. Das Verfahren wurde freundlicherweise vom Autor zur Verfügung gestellt und wird unter Punkt 4.4.6 in dieser Arbeit präsentiert.

## 4 Therapieziele

Michalak, Grosse Holtforth und Berking (2007) beschreiben ZIELE unter Berufung auf Brunstein et al., 1998) als „kognitiv elaborierte Repräsentationen dessen, was eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation erreichen oder vermeiden möchte. Das Wohlbefinden von Personen werde durch Eigenschaften ihrer Lebensziele beeinflusst. Wenn Personen entschlossen Ziele verfolgen, für die günstige äußere Bedingungen bestehen ist die Wahrscheinlichkeit der Erreichung hoch. Bei ungünstigen Bedingungen zeigt sich Misserfolg, der mit verminderten Wohlbefinden einhergeht. Entscheidend sei auch, ob die Ziele gut zu den unbewussten grundlegenden Motiven und Bedürfnissen einer Person passen. Personen mit einem hohen Maß an Kongruenz zwischen Zielen und Motiven weisen ein besseres Wohlbefinden auf (Michalak et al., 2007).

Grawe (1998) beschreibt im Rahmen der Konsistenztheorie VIER GRUNDBEDÜRFNISSE von Menschen: Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung. Diese Bedürfnisse sind evolutionär angelegt und streben nach Befriedigung. Im Laufe des Lebens entwickeln Individuen Methoden zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse, die Grawe als MOTIVATIONALE SCHEMATA bezeichnet. Diese werden in intentionales Schema (Annäherungsschema), Konfliktschema und Vermeidungsschema unterteilt. Die Grundbedürfnisse geben sozusagen den motivationalen Schemata Soll-Werte vor, wobei meist mehrere Schemata gleichzeitig aktiviert sind. Dabei kann es zu konsistentem oder konflikthaften Geschehen kommen. Wenn gleichzeitig strebende und hemmende Schemata aktiviert sind, kommt es zu DISKORDANZ. INKONGRUENZ entsteht, wenn es nicht gelingt ein wichtiges Ziel zu erreichen. Annäherungsschemata werden als „hin zu etwas“ beschrieben, Vermeidungsschemata als „weg von“ – Handlungstendenz (Grawe, 1998).

Berking, Grosse Holtforth und Jacobi (2003) beschreiben Annäherungsziele und Vermeidungsziele als wichtigste Zielkomponenten motivationaler Schemata sensu Grawe - dürfen nicht mit Therapiezielen verwechselt werden. Annäherungsziele sind Strategien zur Befriedigung grundlegender Bedürfnisse und Vermeidungsziele

Versuche, sich vor Verletzungen der Grundbedürfnisse zu schützen (Berking et al., 2003).

Bedürfnisse sind universell, während Ziele individuell sind (Grosse Holtforth, Pincus, Grawe, Mauler & Castonguay, 2007).

THERAPIEZIELE hingegen sind „einfache bis hochkomplexe Antizipationen zukünftiger Endzustände“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006). Sie können auch als Untermenge allgemeiner Lebensziele gesehen werden (Michalak et al., 2007)

Berking, Dreesen und Jacobi (2004) betonen die Wichtigkeit von Zielvereinbarungen in der Psychotherapie, da der Therapieverlauf mit erheblichen Schwierigkeiten belastet ist, wenn Patient(inn)en und Therapeut(inn)en unterschiedliche Ziele verfolgen. Die Anstrengungen im therapeutischen Prozess werden dann in Kauf genommen, wenn sie als Mittel zum Erreichen eigener bedeutsamer Ziele erlebt werden.

Der Stellenwert von (Psycho-)Therapiezielen ist schulenabhängig (Caspar, 1999). Unabhängig von der Plausibilität und Schulenspezifität der Therapiezielvereinbarung komme es sehr auf die persönliche Eigenart der Psychotherapeut(inn)en sowie auf die Charakteristika der Situation an, ob eine gemeinsame Therapiezielvereinbarung getroffen werde. Die Ausgangslage, dass ein für die Klient(inn)en selbst unlösbares Problem bestehe, das einer Lösung bedarf, treffe für so gut wie alle Anfänge einer Psychotherapie zu. Für die Überführung von einem Soll-Zustand in einem Ist-Zustand bedarf es einer hinreichenden Beschreibung des Soll-Zustands.

Aus Sicht der Klient(inn)en geht es primär um die Beseitigung von Leidenszuständen. Aus Sicht der Therapeut(inn)en sind sowohl eine frühzeitige Formulierung konkreter Ziele wie auch eine Motivation zur Suche nach dem richtigen Weg möglich und richtig. Caspar (1999) beschreibt auch die Illusion der Patient(inn)en, sie stimmten in ihren Therapiezielen mit ihren Therapeut(inn)en überein. Und eine initiale Besserung trete oft schon durch das Gefühl ein, gut aufgehoben zu sein (Caspar, 1999).

Kossak (2011) betont die Wichtigkeit der Ziele bei der Erfüllung ethischer Funktionen. Er sieht in ihnen die Basis für die informierte Einwilligung. Des Weiteren sei dadurch Transparenz gewährleistet und das Machtverhältnis nicht mehr so unausgewogen. Schließlich sieht der Autor einen Nutzen von Zielen darin, Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Therapieschulen zu vergleichen, wobei es sich dabei um ein primär akademisches Interesse handle.

Weitere Vorteile der Anwendung strukturierter Verfahren zur Erhebung von Therapiezielen und zur Beurteilung der Erreichung derselben beschreibt Evans (1981, zitiert nach Smith, 1994). Er nennt folgende Vorteile der Anwendung der GAS unter Berufung auf mehrere Studienergebnisse:

- Verbesserung der therapeutischen Konzepte und Behandlungen
- Mehr Klarheit in Bezug auf die Behandlung bei Therapeut(inn)en und Patient(inn)en
- Förderung der Problemlösefähigkeiten der Patient(inn)en
- Ermittlung realistischer Erwartungen an die Behandlung bei Patient(inn)en und Therapeut(inn)en
- gesteigerte Zufriedenheit der Patient(inn)en
- klarere Ausrichtung der Ziele
- Höhere Übereinstimmung und Kooperation zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en
- Höhere Motivation der Patient(inn)en und mehr Vertrauen in die Zielerreichung
- Verbesserter Outcome (Smith, 1994, S.4)

Der therapeutische Effekt der Therapiezielformulierung wird auch von Tallman und Bohart (2001) betont. Sie zitieren mehrere Autoren, die belegt haben, dass klare, konkrete und spezifische Ziele motivierend wirken. Sie bezeichnen Ziele als motivationales Konstrukt, weil in der modernen Persönlichkeitsforschung Ziele in vielerlei Hinsicht mit Motivation gleichgesetzt würden.

Achtziger und Gollwitzer (2010) legen dar, dass dies nicht immer so war. Die Prozesse des Zielsetzens („goal setting“) und der Zielrealisierung („goal striving“) wären jeweils anderen psychologischen Prinzipien untergeordnet gewesen. Sie zitieren aber auch

Lewin (1944), der schon immer die Ansicht vertrat, dass Phänomene des Motiviertseins aus einer Handlungsperspektive heraus adäquat verstanden und analysiert werden können. Die Autoren definieren Handlungen als „alle Aktivitäten, denen eine >>Zielvorstellung<< zugrunde liege“. Eine starke Motivation zur Erreichung eines Ergebnisses reiche nicht aus, um ein bestimmtes Verhalten auch wirklich durchzuführen und damit ein Ziel zu realisieren.

Anhand des Rubikon-Modells nach Heckhausen und Gollwitzer (1987, Tabelle 4) beschreiben sie den Handlungsverlauf anhand von vier Handlungsphasen. Damit sollen die Wahl von Handlungszielen und die Realisierung derselben in einem Modell dargestellt werden. Es gehe dabei um die Übergänge vom Wünschen zum Wählen und vom Wählen zum Wollen.

In der ersten, PRÄDEZISIONALEN PHASE gehe es darum, Wünsche und Anliegen zu formulieren, die in die Tat umgesetzt werden sollen. Die Motive einer Person sehen die Autoren als mehr oder weniger sprudelnde Quellen der Wunschproduktion. Aufgrund der Bedürfnisse von Menschen werden zumeist mehr Wünsche produziert als realisiert werden können, wodurch Handelnde gezwungen sind, abzuwägen.

**Tabelle 4 Rubikon-Modell nach Heckhausen und Gollwitzer (1987)**

Frage	Handlungsphase	
Wie wählt ein Handelnder seine Ziele aus?	MOTIVATION prädezisional	<b>Abwägen</b>
Wie plant er deren Realisierung?	VOLITIONAL präaktional	<b>Planen</b>
Wie führt er diese Pläne durch?	VOLITIONAL aktional	<b>Handeln</b>
Wie bewertet er seine Bemühungen um die Erreichung seines Handlungsziels?	MOTIVATION postaktional	<b>Bewerten</b>

(Achtziger & Gollwitzer, 2010, S. 311)

Dabei müssen positive und negative Konsequenzen der Zielerreichung sowie deren Wahrscheinlichkeit eingeschätzt werden. Der Übergang zur Phase des Planens wird als Intentionsbildung bezeichnet. So entsteht ein verbindliches Ziel, das Handelnde zu erreichen versuchen – der „Rubikon“ vom Wunsch zum Ziel wird überschritten. Die dabei entstehende Verpflichtung bezeichnen die Autoren als „Commitment“.

In der PRÄAKTIONALEN PHASE werden Strategien zur Erreichung eines Ziels verbindlich festgelegt. Diese Phase wird als volitional bezeichnet, weil durch das Überschreiten des Rubikons die Realisierung eines Ziels gewollt sei. Der Übergang zur nächsten Phase wird als Intentionsinitiierung bezeichnet.

In der Phase des Handelns, in der AKTIONALEN PHASE, wird versucht, die Pläne zur Realisierung des Ziels umzusetzen. Dies ist oft mit Anstrengungssteigerung bei Auftreten von Schwierigkeiten verbunden. Dazu ist es nötig, die reaktive Anstrengungsbereitschaft zu mobilisieren. Der Übergang zur Phase des Bewertens wird als Intentionsdeaktivierung bezeichnet.

In der POSTAKTIONALEN PHASE werden die Zielerreichung und die erhofften positiven Konsequenzen bewertet. Im Falle der Zielerreichung wird dieses Ziel deaktiviert. Bei Unzufriedenheit mit der Zielerreichung kann das Anspruchsniveau gesenkt oder eine erneute Zielplanung begonnen werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass motivationale Prozesse in der prädeziionalen und postaktionalen Phase dominieren, während Volition hingegen in der präaktionalen und aktionalen Phase dominiert, in Prozessen der konkreten Realisierung und des Handelns (Achtziger & Gollwitzer, 2010).

Mehrere Autor(inn)en beschreiben einen MOTIVATIONSZYKLUS – vom langsamen Auftauchen erster Motive bis hin zur tatsächlichen Handlungsausführung. Vertreter(innen) der Verhaltenstherapie haben die Erkenntnisse dieses Modells für hilfreiche Strategien für Praktiker(innen) genutzt (Schmelzer, 1998). Unter Bezugnahme auf Heckhausen (1987) beschreibt er die Phasen des WÜNSCHENS, WÄHLENS UND WOLLENS. Im letzten Stadium – dem Wollen – werde „der Rubikon überschritten“. Danach kommt es erst zum konkreten Handeln. Der Autor warnt vor einem bloßen selektieren „motivierter“ Patient(inn)en und sieht es als wesentliche Aufgabe der

Therapeut(inn)en, die Klientel während des gesamten Therapieprozesses zu motivieren. Dabei kann die Akzeptanz von etwas „Unabänderlichen“ durchaus auch ein Therapieziel sein (Schmelzer, 1998).

Flückinger und Grosse Holtforth (2011) sehen in unbefriedigten Grundbedürfnissen eine wesentliche Quelle für Motivation. Sie beschreiben unter Bezugnahme auf Grawe (2006) das Zwei-Prozessmodell als konsistenzfördernde Maßnahmen im Therapieprozess. Die unmittelbare Befriedigung von Grundbedürfnissen wirke sich positiv auf das Sitzungsergebnis und auf das Therapieergebnis aus. Vier psychologische Grundbedürfnisse werden postuliert: nach Bindung, nach Orientierung und Kontrolle, nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz und nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Motivationale Ziele sollen diese Bedürfnisse befriedigen, wobei Konsistenz und Kongruenz angestrebt werden. Diese sind dann gegeben, wenn Bedürfnisse und motivationale Ziele vereinbar sind und in der Interaktion mit der Außenwelt verwirklicht werden können. Die Autoren erachten die Erfassung unbefriedigter Ziele als wichtig für die Psychotherapieplanung, da sich bedürfnisbefriedigende Erfahrungen positiv auf den Therapieprozess auswirken (Flückinger & Grosse Holtforth, 2011).

Ähnlich formuliert es Dick (2011). Es ist wichtig, dass Therapieziele an den intrapsychischen und nicht an den sozialen oder umweltbezogenen Ressourcen ausgerichtet werden.

Das Teleonomische Modell des subjektiven Wohlbefindens (Brunstein & Maier, 2002, zitiert nach Michalak, Grosse Holtforth & Berking, 2007) baut auf den Annahmen zu den grundlegenden Bedürfnissen auf und konnte in mehreren Studien bestätigt werden. Damit sollten Befunde zum expliziten und impliziten Motivationssystem in der Grundlagenforschung integriert werden. Es beginnt mit der Entschlossenheit persönliche Ziele zu verfolgen, berücksichtigt die Realisierbarkeit der Ziele und die Fortschritte bei der Verwirklichung, und schließt mit emotionalem Wohlbefinden ab. Michalak et al. (2007) erweiterten es um die Aspekte Selbstkongruanz und Zielinhalt. Sie kommen zum Schluss, dass Ziele nicht per se günstig seien, sondern nur, wenn sie

unter günstigen Bedingungen entschlossen verfolgt werden. Zielerreichung sei dann mit positivem Wohlbefinden korreliert, wenn die Ziele „zur Person passen“ und der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen dienen.

Das Teleonomische Modell bezieht sich auf allgemeine Lebensziele und sagt aus, dass das Wohlbefinden von Menschen durch Eigenschaften von Lebenszielen beeinflusst wird. Die Erhebung derselben ist aufwendig. Als Beispiel nennen sie die Plananalyse nach Grawe und Caspar. Damit können Ziele von Patient(inn)en verändert und eine Verbesserung des Befindens der Patient(inn)en herbeigeführt werden, sowie die Zielveränderungen mit dem Befinden in Zusammenhang gebracht werden. Die Autoren meinen, dass neben der Arbeit an expliziten Therapiezielen auch dysfunktionale Aspekte von Lebenszielen beachtet werden sollten. Dabei dürfe aber nicht „das Hier und Jetzt“ aus dem Auge verloren werden, um Vitalität, Spontaneität und Zielfreiheit zu gewährleisten (Michalak et al., 2007).

Caspar (1999) beschreibt auch ein Spannungsfeld von (zu) großer Explizitheit von Therapiezielen und der Notwendigkeit der Formulierung bei Therapiebeginn bis hin zur Ansicht, dass der Weg auch beim Gehen entstehen könne. Dieses Feld beinhaltet Zielkonflikte und vermeintliche Übereinstimmung zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en hinsichtlich der Therapieziele. Somit liegen aus seiner Sicht die Anforderungen für Ziele als Grundlage effizienten Handles zwischen einem hohen und geringen Grad der Präzision in der Operationalisierung (Caspar, 1999).

Smith (1994) geht davon aus, dass die meisten Behandlungen implizit oder explizit zielorientiert sind, aber Therapeut(inn)en ihre Ziele oft nicht formulieren. Es ist möglich, dass sie keine Übereinstimmung mit ihren Patient(inn)en in Bezug auf zu verändernde bzw. nicht zu verändernde Bereiche finden. Seiner Meinung nach ermöglicht ein Instrument wie die GAS eine offene Kommunikation über die Therapieziele und die Methoden der Erreichung derselben. Therapeut(inn)en berichteten über geringere Missverständnisse am Anfang einer Therapie, wenn die GAS angewendet wurde (Smith, 1994).

#### 4.1 Kategorisierungen von Therapiezielen

Im Folgenden werden unterschiedliche Systematiken von Zielen beschrieben. Der Anspruch auf Vollständigkeit wird mit dieser Auflistung nicht erhoben, die unterschiedlichen Herangehensweisen, teilweise auf Basis theoretischer Modelle, soll damit verdeutlicht werden. Einige der nachfolgend angeführten Kategorisierungen sind allerdings schon sehr alt.

Schulte-Bahrenberg (1990) hat im Rahmen seiner Dissertation unter Berufung auf mehrere Autoren eine Übersicht über Kategorisierungsmöglichkeiten erstellt (Abbildung 8). Unter Berufung auf Parloff (1967) beschreibt er VERMITTELNDE ZIELE als Zwischenschritte zur Erfüllung methodischer Erfordernisse, die im Laufe des Therapieprozesses zu bewältigen sind. Als ENDZIELE bezeichnet er Globalziele, deren Erreichung Grund für den Beginn einer therapeutischen Behandlung war. Diesen Endzielen entsprechen die Globalziele der Therapeuten (Bezugnahme auf Lohmann, 1980). MITTELFRISTIGE ZIELE beziehen sich auf das Therapieende und die KURZFRISTIGEN ZIELE entsprechen den vermittelnden Zielen nach Parloff.

Bei den Kategorien für Therapieziele bezieht sich Schulte-Bahrenberg auf Schmidtchen (1978). Mit INTERNEN ZIELEN sind jene gemeint, die sich auf die interne therapeutische Situation beziehen. EXTERNE ZIELE betreffen Klient(inn)en in ihrem Verhalten in realen Lebenssituationen.

Bei der Dreiteilung in persönliche, situative und methodische Ziele bezieht sich der Autor auf Minsel (1977). Persönliche Ziele entstehen in der Interaktion von Patient(inn)en und Therapeut(inn)en unter Berücksichtigung von „Normalität und Angemessenheit“ des Verhaltens. Situative Ziele regeln die Interaktion zwischen den beiden Gesprächspartner(inne)n. Methodische Ziele entstehen durch die Erfordernis der Therapiemethode, die möglichst „Lege – artis“ durchgeführt werden sollte.

Die Einteilung in SYSTEMIMMANENTE und NICHTSYSTEMIMMANENTE Ziele beruht auf Möller (1981). Erstere werden durch die Therapierichtung vage vorgegeben, letztere werden von den Patient(inn)en angestrebt.

Bei der letzten Kategorisierung bezieht sich der Autor auf Perez (1976), ebenfalls eine Systematik, die beinahe 50 Jahre alt ist. Je nach Sachverhalt kategorisiert er die Ziele in BEOBACHTUNGSBEGRIFFE (z.B. Zigarettenkonsum pro Tag), DISPOSITIONSBEGRIFFE (z.B. Frustrationstoleranz) oder THEORETISCHE BEGRIFFE (z.B. Verdrängung). Schulte-Bahrenberg sieht die Problematik dieser Kategorisierung in der Schwierigkeit der Bewertung der Zielerreichung, da diese intersubjektiv nachvollziehbar nur bei Beobachtungsbegriffen möglich sei. Soll die Erreichung der Therapieziele von den Patient(inn)en eingeschätzt werden, scheint sich ebenfalls nur die erste Kategorie dafür zu eignen.

Dirmaier (2005) greift in seiner Dissertation eine Kategorisierung von Foster und Mash (1999) sowie von Rosen und Proctor (1981) auf. ULTIMATE GOALS sind Ziele der Patient(inn)en, derentwegen sie eine Behandlung beginnen. Sie sind aus subjektiver Sicht der Patient(inn)en besonders wichtig und deren Erreichung sollte auch von den Patient(inn)en selbst bewertet werden.

Unter Berufung auf Michalak et al. (2001) unterteilt Dirmaier die Ziele der Patient(inn)en in implizite (Lebensziele- oder pläne) und explizite Ziele (z.B. Bewältigung spezifischer Ängste). INSTRUMENTAL GOALS werden von Therapeut(inn)en festgelegt. Dahinter steckt die Annahme, dass diese Ziele zur Erreichung der ultimativen Ziele notwendig sind.

Bei motivationalen Zielen handelt es sich um mentale Repräsentationen von erwünschten oder unerwünschten Person-Umwelt-Bezügen der Person auf sich selbst. ANNÄHERUNGSZIELE entstehen aus Grundbedürfnissen und VERMEIDUNGSZIELE aus Verletzung derselben (Grosse-Holtforth & Grawe, 2000).

Persönliche Zielsetzungen werden als Anliegen, Projekte oder Bestrebungen einer Person beschrieben die zum Ausdruck bringen, wonach eine Person strebt.

Grosse-Holtforth (1999, zitiert nach Dirmaier, 2005) differenziert die motivationalen Ziele deutlich von den Therapiezielen, da letztere eindeutig erreichbar sein müssen. Dabei stehen diese in der Hierarchie der Patient(inn)en weit oben, während Therapieziele nur ein Mittel zum Zweck seien, um das ganz große Ziel zu erreichen. Ein weiterer Unterschied bestünde darin, dass motivationale Zielsetzungsprozesse auch

unbewusst ablaufen können, während Therapieziele präzise formuliert und ausgehandelt werden (Dirmaier, 2005).

Bullinger und Ravens-Sieberer (2000) betonen in ihren Kategorisierungen die unterschiedliche Ausgangslage der Rehabilitand(inn)en und das primäre Ziel der Kostenträger, die Rehabilitand(inn)en möglichst erfolgreich wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Aus ihrer Sicht ist eine Vielfalt an Rehabilitationszielen auch deshalb nötig, weil damit einzelne Erkrankungen genauer betrachtet werden können.

Wichtige Ziele neben der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung seien die Stärkung der Verantwortlichkeit der Patient(inn)en für ihre Gesundheit und die Motivation zu präventivem Verhalten (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2000).

Ähnlich wie die zuletzt genannten Autoren sehen Trachsel, Itten, Stauffer, Grosse Holtforth und Hofer (2008) eine wichtige Unterteilung darin, zwischen STÖRUNGSSPEZIFISCHEN und STÖRUNGSÜBERGREIFENDEN ZIELEN zu unterscheiden.

Kossak (2011) unterteilt die Ziele in der Tradition der kognitiv-behavioralen Methoden unter Berücksichtigung der Imagination und Hypnose. Unter Punkt 4.3.1 wird auf die Methodik Zielformulierung und die Zielerreichung der Verhaltenstherapie noch näher eingegangen.

Verschiedenen Ebenen von Therapiezielen werden von Strauß (1999) differenziert. Die Bewertung der Zielerreichung bei ambulanter Psychotherapie oder bei psychosomatischer Rehabilitation müsse von der Evaluation klassischer psychotherapeutischer Interventionen differenziert werden. Innerhalb der beiden genannten Bereiche werde nach intrapsychischen, interpersonalen, körperbezogenen, sozialmedizinischen und rehabilitativen Zielen differenziert (Strauß, 1999).

### **Schulte-Bahrenberg, Thomas, 1990**

#### **Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg**

- Unmittelbare und vermittelnde Ziele, Endziele
- Persönliche Zielorientierungen Klient(in)/Therapeut(in)
- Interne und externe Therapieziele; Inhalts- und Funktionsziele
- Persönliche, situative und methodische Ziele
- Systemimmanente und nichtsystemimmanente Ziele
- Ziele in Beobachtungsbegriffen, Dispositionsbegriffen und theoretischen Begriffen

### **Dirmaier, Jörg, 2005**

#### **Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen**

- Ziele die von Patienten für eine Therapie formuliert werden und Ziele, die von Therapeuten in einer Therapie verfolgt werden (kurz-, mittel- oder langfristige Ziele)
- ultimate goals vs. instrumental goals - implizite vs. explizite Ziele
- motivationale Zielsetzungen - Annäherungs- und Vermeidungsziele
- persönliche Zielsetzungen

### **Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U.; 2000**

#### **Indikatoren des Rehabilitationsergebnisses**

- Übergreifende Ziele
- Krankheitsspezifische Ziele
- Individualspezifische Ziele
- Nah- und Fernziele

### **Kossak, Hans-Christian, 2011**

#### **Sinnvolle Werte und Lebensziele entwickeln**

- Lebensziele
- Therapieziele
- Handlungsziele
- Ziele aus der Vergangenheit
- Langzeitziele
- Zwischenziele

### **Strauß, Bernhard, 1999**

#### **Therapieziele in der psychoanalytischen Literatur**

- intrapsychische Ziele
- interpersonale Ziele
- körperbezogene Ziele
- sozialmedizinische Ziele
- rehabilitative Ziele

### **Michalak, Grosse Holtforth & Berking, 2007**

#### **Patientenziele in der Psychotherapie**

- Ziele der Therapeut(inn)en, der Patient(inn)en und des sozialen Umfelds
- Ziele mit hoher vs. niedriger Kongruenz zu den Motiven
- Intrinsische versus extrinsische Ausrichtung von Zielen
- Intrinsische und extrinsische Ziele

**Abbildung 7** Therapieziel-Kategorisierungen verschiedener Autor(inn)en

Michalak et al. (2007) beziehen bei der „Produktion“ von Therapiezielen neben den Therapeut(inn)en und Patient(inn)en das soziale Umfeld mit ein, das häufig eine möglichst rasche und optimale Behandlung (wenn nicht sogar Heilung) der Betroffenen erwarte. Sie betonen die Wichtigkeit der Kongruenz zwischen Zielen und Motiven, die einer Analyse bedarf. Dazu kommt noch der Aspekt der intrinsischen und extrinsischen Motivation, wobei sich letztere ungünstig auf die Zielerreichung auswirkt. Schließlich gehen die Autoren noch auf den Faktor externaler und internaler Ziele ein.

## 4.2 Erarbeitung von Zielen im Allgemeinen

Nachfolgende Punkte sind vor allem aus meiner Perspektive, jener einer Evaluatorin, wichtig. Für die Erarbeitung von Zielen – oder auch Indikatoren – lohnt es sich, Anregungen aus anderen (Wissenschafts-)Feldern zu nehmen. In den Bereich der Evaluation haben die SMART-Kriterien bereits Eingang gefunden und werden in verschiedensten Anwendungsfeldern zur Zielbestimmung angewandt.

**Tabelle 5 SMART-Kriterien nach Doran (1981)**

Letter	Major Terms Doran 1981	Doran 1981	Minor Terms
<b>S</b>	Specific	target a specific area for improvement	Significant, Stretching, Simple
<b>M</b>	Measurable	quantify or at least suggest an indicator of progress	Meaningful, Motivational, Manageable
<b>A</b>	Assignable	specify who will do it	Accepted, Appropriate, Achievable, Agreed, Actionable, Ambitious, Aligned, Aspirational, Attainable
<b>R</b>	Realistic	state what results can realistically be achieved, given available resources	Relevant, Resourced, Resonant
<b>T</b>	Time-related	specify when the result(s) can be achieved	Time-Oriented, Time framed, Timed, Time-based, Timeboxed, Timely, Time-Specific, Timetabled, Time limited, Trackable, Tangible

Die SMART – Kriterien (Doran, 1981) stammen aus dem Bereich der Wirtschaft und des Projektmanagements. Die Buchstaben sind ein Akronym für „**S**PECIFIC **M**EASURABLE **A**CCEPTED **R**EALISTIC **T**IMELY“. Im englischen Sprachraum existieren noch viele weitere Möglichkeiten der Bedeutung der einzelnen Buchstaben. Die in Tabelle 5 angeführten weiteren Begriffe sind online unter [http://en.wikipedia.org/wiki/SMART\\_criteria](http://en.wikipedia.org/wiki/SMART_criteria) abrufbar.

Auch wenn die SMART-Kriterien nicht 1:1 in den Bereich der Rehabilitation oder Psychotherapie übertragen werden können, lohnt sich eine Auseinandersetzung mit diesem Konstrukt. Vor allem aus dem Blickwinkel der Evaluation, und weniger aus dem der Psychotherapie.

Die deutsche Übersetzung der SMART-Kriterien und die nachfolgenden Erläuterungen wurden wörtlich der Internetseite [partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://partizipative-qualitaetsentwicklung.de) entnommen.

Ein Ziel ist dann SMART formuliert, wenn es folgenden Kriterien entspricht:

- S** **Spezifisch:** Ist das Ziel konkret und eindeutig? Das heißt, ist klar, was sich bei wem verändert haben soll?
- M** **Messbar:** Ist es möglich, zu überprüfen, ob das Ziel erreicht wurde? Nicht jedes Ziel bzw. jede Zielerreichung ist *in Zahlen* messbar – es gibt auch andere Wege, zu beurteilen, ob ein Ziel erreicht wurde. Hilfreich sind in jedem Fall Indikatoren (lat. *indicare* „anzeigen“), die Aufschluss darüber geben, ob ein beabsichtigter Prozess erfolgt ist. Indikatoren für die Akzeptanz einer Aktion könnten z.B. die Höhe der Besucherzahlen, die Stärke des Beifalls oder Rückmeldungen von der Zielgruppe sein. Gute Indikatoren entsprechen den „ZWERG“-Kriterien, d.h. sie sind zentral, wirtschaftlich, einfach, rechtzeitig und genau.
- A** **Attraktiv:** Ist das Ziel für alle Beteiligten erstrebenswert? In manchen Quellen wird das „A“ der SMART-Kriterien auch als „akzeptabel“, „aktionsorientiert“, „ambitioniert“, „anspruchsvoll“, „aktivierend“ oder „angemessen“ verstanden. Letzteres bedeutet, dass ein Ziel der Problemlage der Zielgruppe angemessen sein sollte. „Ambitioniert“ und „anspruchsvoll“ bezieht sich darauf, dass ein Ziel nicht zu niedrig gesteckt sein sollte. Im Gegenteil, oft sind Anstrengungen nötig, um wichtige Ziele zu erreichen. „Aktivierend“ betont die Bedeutung, bei der Zielgruppe Lust auf eine Beteiligung zu machen.

S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Spezifisch</b></li> <li>• Ziele müssen eindeutig definiert sein (nicht vage, sondern so präzise wie möglich)</li> </ul>
M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Messbar</b></li> <li>• Ziele müssen messbar sein (Messbarkeitskriterien)</li> </ul>
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Akzeptiert</b></li> <li>• Ziele müssen von den Empfängern akzeptiert werden/sein (auch: angemessen, attraktiv, ausführbar oder anspruchsvoll)</li> </ul>
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Realistisch</b></li> <li>• Ziele müssen möglich sein</li> </ul>
T	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terminisierbar</b></li> <li>• zu jedem Ziel gehört eine klare Terminvorgabe, bis wann das Ziel erreicht sein muss</li> </ul>

Abbildung 8 SMART-Kriterien zur Zieldefinition (partizipative-qualitaetsentwicklung.de)

**R Realistisch:** Ist das Ziel auch tatsächlich erreichbar? Ein Ziel sollte auch nicht zu hoch gesteckt, sondern mit den vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen realisierbar sein. Andernfalls sind Enttäuschungen und sinkende Motivation die Folge.

**T Terminierbar:** Ist das Ziel in einem überschaubaren Zeitraum erreichbar? In manchen Quellen wird das „T“ der SMART-Kriterien mit „terminiert“ beschrieben, womit darauf verwiesen wird, dass der Zeitraum bestimmt werden sollte, in dem das Ziel zu erreichen ist. [partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://partizipative-qualitaetsentwicklung.de)

Die Autor(innen) betonen, dass es häufig zu einem Spannungsverhältnis der Kriterien kommen kann. Z.B. kann ein Ziel ambitioniert, aber im Projektzeitraum nicht erreichbar sein.

Auch wenn sich deutliche Unterschiede zur Zielfindung im psychotherapeutischen Setting zeigen, gibt es erstaunlich viele Parallelen. Für ähnliche Konstrukte werden unterschiedliche Begriffe verwendet, die aber demselben Ziel dienen. Der Weg und das Ziel eines Projekts/einer Maßnahme sollen deutlich und transparent werden und die Zielerreichung soll messbar sein. Gerade beim Punkt der Messbarkeit können Gütekriterien aus der klassischen Testtheorie angewendet werden.

Etwas näher an der Definition von Therapiezielen ist die RUMBA-Regel, die von Jäckel, Protz, Maier-Riehle und Gerdes (1997) empfohlen wird.

Danach müssen Ziele	relevant	relevant
	verständlich	understandable
	meßbar	measurable
	beeinflußbar	behavior und
	erreichbar	attainable sein.

Unter diesen genannten Aspekten wurden für sechs Indikationsgruppen der medizinischen Rehabilitation Therapieziele erarbeitet die anhand von Listen den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden.

### **4.3 Erarbeitung von Therapiezielen am Beispiel einiger Therapieschulen**

Im Folgenden werden die Erarbeitung und die Charakteristika von Therapiezielen unterschiedlicher Therapieschulen dargestellt. Anspruch auf Vollständigkeit in Hinblick auf alle Therapieschulen wird mit dieser Auflistung nicht erhoben. Primär werden hier jene Therapien besprochen, die auch im Rahmen der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation zum Einsatz kommen.

Schulte-Bahrenberg (1990) bezeichnet die überwiegenden Formulierungen für Therapieziele hochabstrakt mit wenig Verbindung zur empirischen Ebene. Als Beispiele nennt er „Selbstverwirklichung“ oder „zu sich selbst finden“. Meist handle es sich um positiv konnotierte Begriffe die schwer konkreten Verhalten zuzuordnen seien. Solche Ziele eignen sich seiner Meinung nach kaum für Handlungsanweisungen in der konkreten Praxis oder zur Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen. Er zitiert zwei Autoren, die sehr kritische Begriffe für diese Art der Therapiezielformulierung verwenden. Reiter (1975) bezeichnet sie als „Slogans“ und Szasz (1965) als „Blanks“ oder „Leerformeln“.

Auf die Ziel-Erarbeitung in der Verhaltenstherapie wird aufgrund der Bedeutung derselben für diese Psychotherapierichtung etwas ausführlicher eingegangen.

### 4.3.1 Therapieziele in der Verhaltenstherapie

Reinecker (2005) beschreibt sechs Merkmale der Verhaltenstherapie: eine enge Verbindung zur Grundlagenforschung, die Erklärung, Beschreibung und Veränderung menschlichen Leidens, die systematische Erfassung und Bewertung der Effekte, die Identifizierung aufrechterhaltender Faktoren, die Optimierung der Funktionsfähigkeit einer Person und ihrer Selbstkontrolle, sowie allgemeine, ethische (normative) handlungsleitende Prinzipien.

Der Zielformulierung gehen drei Prozesse voraus: die Klärung der Eingangsbedingungen, die Klärung der Motivation und eine Verhaltensdiagnostik.

Die Festlegung der Therapieziele erfolgt jedoch unabhängig von der Verhaltensanalyse. Der Autor sieht in Therapiezielen immer normative Festlegungen, die auch der Beurteilung von Behandlungsbedarf dienen. Ziele könnten nicht wahr oder falsch sein oder etwa wünschenswert bzw. nicht wünschenswert sein.

Die Vereinbarung von Zielen sei eng mit der individuellen Problematik der Patient(inn)en verknüpft. Aus der deskriptiven Beschreibung der Verhaltensanalyse ließen sich aber nicht direkt Ziele ableiten, da normative Prinzipien mitberücksichtigt werden müssten.

Ziele sollten grundsätzlich

- explizit, d.h. offen angegeben werden
- konkretisiert, d.h. in Details beschrieben werden und
- auf einen Konsens zwischen Therapeut(inn)en und Patient(inn)en beruhen (Reinecker, 2005; S. 45).

In der Verhaltenstherapie werden unter Motivation zur Veränderung kleine Schritte in Richtung Therapieziel verstanden. Die Klärung der Richtung der Veränderungsbereitschaft wird als besonders wichtig erachtet. Das beinhaltet die Frage, was Patient(inn)en tatsächlich bereit sind zu tun, um ein selbst vorgegebenes Ziel zu erreichen.

Die Festlegung der Ziele wird als Kommunikations- und Interaktionsprozess zwischen Therapeut(inn)en und Patient(inn)en beschrieben. Es wird auf eine möglichst konkrete und handlungsbezogene Formulierung der Ziele Wert gelegt. In die Bewältigung dieser

schwierigen Aufgabe fließen Werte und Normen beider Beteiligten ein, soziale Rahmenbedingungen und Motivation spielen ebenso eine wichtige Rolle (Reinecker, 2005).

Serge Sulz (1998) geht in Hinblick auf die Relevanz der Zielanalyse in verschiedenen Therapierichtungen noch einen Schritt weiter. Er meint, dass es kaum eine Psychotherapie gäbe, die der Zielanalyse eine so hohe Bedeutung beimesse wie die Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie. Er sieht die Zielanalyse als Verhandlungsangebot der Therapeut(inn)en an die Patient(inn)en und im kleinsten gemeinsamen Nenner die vorläufigen, zunächst angestrebten Therapieziele. Er spricht von einem affektiv-kreativen Werk und meint, dass es für Therapeut(inn)en keinen Ausweg aus dem ethischen Dilemma der Zieldefinition gibt. Auch er warnt davor, aus der Störung heraus im logischen Gegenteil Ziele zu sehen.

Er beschreibt in seiner Arbeit zur Zielanalyse und Therapieplanung das SORK-SYSTEM, eine Grobgliederung der psychosozialen Homöostase des Menschen.

*„Wenn sowohl die systemische als auch die Selbstregulation des Menschen bei der Zielsetzung berücksichtigt werden sollen, sind Zielsetzungen sowohl bezüglich der Situations- und Konsequenz-Variablen als auch bezüglich der Organismus- und Reaktionsvariablen hilfreich.“ (Sulz, 1998, S. 110)*

S-ZIELE: SITUATION: künftig in Problemsituationen nicht mehr symptomatisch, sondern adäquat reagieren können

O-ZIELE: PERSON: dysfunktionale Überlebensregeln modifizieren und Verhaltens-tendenzen, die gut für die eigene Entwicklung sind, fördern

R-ZIELE: REAKTION: Primäre emotionale Handlungstendenzen zulassen und zivilisieren

S-ZIELE: SYMPTOM: Erkennen der Funktion eines Symptoms und Entwicklung von Alternativen

K-ZIELE: KONSEQUENZ: Erkenntnis, dass neue Problemlösungen nicht zwingend zum Verlust bisheriger Verstärkungen und auch nicht zu bewältigenden Bestrafungen durch die Umwelt führen. (Sulz, 1998, S. 107)

Bei der Zielbestimmung mittels SORK-Schema sollen jeweils die beiden wichtigsten Ziele aus S, O, R und K bestimmt werden, daraus werden die vier wichtigsten gewählt. Dazu wird ein Symptomziel gewählt. Danach ist eine Rangreihung nach Wichtigkeit möglich und ein etwas abstrakteres Gesamtziel kann formuliert werden (Abbildung 10).

Der Autor hat zur Konkretisierung von Zielen einen Leitfaden und ein Formblatt entwickelt und schlägt vor, innerhalb des SORK-Schemas je ein Ziel zu formulieren. Die Wichtigkeit dieser Ziele kann mittels Rating oder dichotom festgelegt werden und schließlich können die Ziele in eine Rangreihe gebracht werden. Er geht davon aus, dass durch dieses schematische Vorgehen keine der vier Hauptvariablen einer Störung außer Acht gelassen werde.

Regressive Ziele von Patient(inn)en müssten besonders beachtet werden, da sie deutliche Zeichen für Widerstand in einer Therapie sind. Zu hoch gesteckte Ziele hingegen erscheinen als ein nicht zu bewältigender Berg. Häufig sei eine gewissenhaft durchgeführte Zielanalyse im Sinne des therapeutischen Problemlöseparadigmas schon die halbe Therapie. Zur Messung der Therapiezielerreichung schlägt er die GAS-Methode vor, die unter Punkt 4.4.2 in dieser Arbeit vorgestellt wird.

Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006) betonen die Wichtigkeit von Lebenszielen und Therapiezielen. Hilfreiche Fragen für Klient(inn)en sind z.B.

*„Welche Ziele sind mir während/für die Therapie wichtig?“*

*„Welche Ziele möchte ich durch die Therapie erreichen?“*

*„Wie wäre die Situation ideal?“*

(Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; S. 235).

Die Autoren gehen davon aus, dass weder Lebens- noch Therapieziele jemals vollständig zu erfassen seien und immer nur als selektive Ausschnitte gesehen werden könnten.

**Sulz, Serge, K.D., 1998**

### **Zielanalyse und Therapieplanung (Kognitiv -Behaviorale Psychotherapie)**

- S-Ziel
- O-Ziel
- R-Ziel
- K-Ziel
- Symptom-Ziel
- Gesamtziel

**Strauß, Bernhard, 1999**

### **Therapieziele in der psychoanalytischen Therapie**

- Entwicklungshemmungen aufheben
- Aspekte des Selbst
- Bezogenheit auf Mitmenschen
- Akzeptierung der Realität
- Erlebnisfülle und Lebendigkeit
- Coping-Mechanismen
- Integrative Kapazität
- Selbstanalytische Fähigkeiten
- Symptomatologie

**Eckert, Jochen, 2012**

### **Therapieziele in der Gesprächspsychotherapie**

- Therapieziele, die sich aus der Persönlichkeitstheorie oder der Störungstheorie ergeben
- Therapieziele, die sich aus dem Menschenbild ergeben
- Normative Therapieziele
- Therapieziele, die sich aus dem Gesprächspsychotherapieprozess ergeben
- Therapieziele, die dem Therapieprozeß immanent sind
- Therapieziele, die vom Patienten eingebracht werden

**Cierpka, Zander und Wiegand-Grefe, 1999**

### **Therapieziele in der Familientherapie**

- Normative und idiographische Therapieziele
- Individuelle, familiale und soziale Perspektive
- Therapieziele und Lebensziele
- Bewusste und unbewusste Ziele

**Revenstorf, Dirk, 1999**

### **Therapieziele in der Hypnotherapie**

- Harmonisierung des inneren Milieus
- Erhöhung der Suggestibilität
- Veränderung der Wahrnehmung
- Aktivierung der Vorstellung
- Unwillkürlichkeit
- Nutzung "Stillen Wissens"
- Regression

**Abbildung 9 Therapiezielkategorisierungen unterschiedlicher Psychotherapieschulen**

Patient(inn)en sollten durch die Therapeut(inn)en ermutigt werden, Zielideen zu produzieren. In einem nächsten Schritt werden unrealistische Ideen oder Ziele ausgesondert oder umformuliert. Daraus sollte ein Konsens entstehen, welche Ziele in welcher Reihenfolge bearbeitet werden sollten. Häufig zeigten sich bei näherer Betrachtung ganze Bündel von Unterzielen. Gleichzeitig mit der Konkretisierung der Ziele sollte auch eine Analyse der Ressourcen erfolgen. Die Autoren schlagen folgende Vorgangsweise vor:

- Operationalisieren/Konkretisieren bislang vager Zielperspektiven,
- Überprüfen des Realitätsgehalts der Zielperspektiven,
- Beurteilen der Klientenkapazitäten zum Erreichen potenzieller Ziele,
- Positive Ressourcen oder hemmende Faktoren im sozialen und materiellen natürlichen Umfeld sowie
- Normative Überlegungen/ethisch-moralische Aspekte.

(Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2006, S. 239)

Therapieziele sollten positiv formuliert sein und möglichst konkrete, verhaltensorientierte Beschreibungen von erwünschten Zuständen und Prozessen enthalten. Klient(inn)en sollten sich motorisch, kognitiv-verbal und physiologisch genau auf die einzelnen Manifestationsebenen beziehen können.

Die Therapeut(inn)en sollten die kognitiven und verhaltensmäßigen Voraussetzungen für die Zielerreichung verhaltensdiagnostisch analysieren. Gegebenenfalls sind Zwischenschritte einzuplanen. Diese Schritte sollten mit dem Bewusstsein durchgeführt werden, dass es kein „ideales Persönlichkeitsbild“ gäbe sondern ein hochgradiger Pluralismus an Lebensstilen bestehe. Bei unlösbaren Konflikten hinsichtlich der Zielfindung sei ein Abbruch der Behandlung sinnvoll.

Schon durch diese intensive Zielanalyse komme es zu völlig veränderten Problemsichtweisen und –definitionen und zu neuen therapeutischen Ansatzpunkten. Dabei haben Ziele und Vorstellungen der Klient(inn)en vorrangige Bedeutung und der Verhandlungsprozess soll in einer gleichrangigen, kooperativen Atmosphäre stattfinden.

Den Klient(inn)en wird dabei klar, dass Therapieziele viel verbindlicher sind als Vorsätze im Alltag. Unter Berufung auf Kanfer und Karoly (1972; zitiert nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2006) nennen sie ungünstige Voraussetzungen, die eher Vorsätze als echte Therapieziele erzeugen: wenn sich Personen in Hinblick auf das fragliche Verhalten in einer Konfliktsituation befinden, wenn sie gerade unter den aversen Effekten eines Problemverhaltens leiden, wenn sie in Bezug auf ein Problemverhalten gesättigt sind, wenn Vorsätze sozial anerkannt sind, wenn die Vorsätze einer Person gegenüber geäußert werden, die die Ausführung nicht kontrollieren kann, wenn das Verhalten sehr unregelmäßig auftritt oder Personen bei der Abgabe von guten Vorsätzen positiv verstärkt wurden. Daraus ergeben sich umgekehrt Prädiktoren für einen positiven Verlauf der Zielerreichung.

Zu diesem Zeitpunkt einer Therapie sollten Klient(inn)en fähig sein, Verantwortung für therapeutische Aufgaben zu übernehmen und sich auf Interventionen zu positiven Verhaltensänderungen einlassen können (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2006).

Schulte-Bahrenberg (1990) betrachtet die Zielfindung - neben einer Würdigung um die Bemühungen dazu - kritisch. Die Therapeut(inn)en müssen im Einzelfall entscheiden, welches Verhalten als störend oder problematisch klassifiziert wird. Dazu werden „target behaviours“ formuliert, die in gemeinsamer Abstimmung zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en entwickelt werden. Er zitiert Toman (1978) der bei der Beschreibung der Verhaltenstherapie sogar die Formulierungen „Umerziehung“ oder „Befehle“ gebraucht. Schulte-Bahrenberg stellt die Frage, inwieweit sich die Ziele der Patient(inn)en, wegen der sie in Therapie gekommen sind, darin noch abbilden.

Nimmt man den Begriff „Verhaltenstherapie“ wörtlich, muss man anerkennen, dass zumindest klar ist, worum es in dieser Behandlung gehen wird.

#### **4.3.2 Therapieziele in der psychoanalytischen Therapie**

Der Unterschied zur eben besprochenen Verhaltenstherapie könnte größer nicht sein. Strauß (1999) meint, dass sich die psychoanalytische Therapie mit der Thematik der Therapieziele naturgemäß schwer tue, da sie der geforderten „Tendenzlosigkeit“ der

Analytiker(innen) widerspreche. Ziele der Patient(inn)en und der Analytiker(innen) könnten – zu einem bestimmten Zeitpunkt der Behandlung formuliert – neurotischen Charakter haben und sollten stetig einer Analyse unterzogen werden. Zudem widerspreche der Ansatz dem Menschenbild der Psychoanalyse, weil es „fully functioning person“ - definierbare Verhaltensweisen nicht gäbe. Freud (1916/17; zitiert nach Strauß, 1999) sah die Zielsetzung der Analyse darin, die „Arbeits-, Liebes- und Genussfähigkeit“ der Patient(inn)en wieder herzustellen. Im Laufe der Zeit sei es aber zu einer Konkretisierung von Behandlungszielen gekommen. Er stellt eine Kategorisierung nach Mertens (1990; zitiert nach Strauß, 1999) dar, die neun Kategorien von Therapiezielen enthält. Diese Clusterung geht auf McGlashan und Miller (1982, zitiert nach Strauß, 1999) zurück und weist einen relativ hohen Konkretheitsgrad auf. In einem weiteren Schritt geht der Autor auf die Operationalisierbarkeit psychoanalytischer Therapie ein und macht für alle Cluster (Globalziele) und für die spezifischen Ziele Vorschläge zur Messung der Therapiezielerreichung. Das Repertoire schulenspezifischer wie schulübergreifender Methoden ist dabei erstaunlich groß (Strauß, 1999).

#### **4.3.3 Therapieziele in der Gesprächspsychotherapie**

In der von Rogers begründeten Therapieschule wird Therapie als Lernprozess gesehen, im Zentrum stehen das Erleben und die Bewertung des Erlebens durch die Patient(inn)en. Als Basis dient die Annahme, dass in allen Menschen ein Wachstumspotential stecke, dass sich in der Beziehung zu einer anderen Person, z.B. zu Therapeut(inn)en entfalten könne (Eckert, 2007). Die Lerntheorie mit ihren Experimenten an Ratten oder Lernbeispielen von sinnlosem Silbenmaterial sei jedoch nicht auf den Prozess der Psychotherapie anzuwenden. Im Mittelpunkt der klientenzentrierten Psychotherapie steht die therapeutische Beziehung und nicht Symptome oder problematisches Verhalten. Ziele von Patient(inn)en seien primär mit den Symptomen assoziiert, wegen der sie in Psychotherapie kommen, während die Ziele der Gesprächstherapie auf einer anderen Ebene angesiedelt sind. Entscheidender als eine Therapiezielvereinbarung in Bezug auf die Symptomatik sei eine Abstimmung

darüber, ob der Weg, den die Therapeut(inn)en vorschlagen, für die Patient(inn)en gangbar ist. Besonderer Wert wird auf „informed consent“ gelegt und auf den Grundsatz der Nichtdirektivität. Häufig ändern sich Therapieziele im Verlauf der Therapie und eine mehrfache Messung im Therapieverlauf wird gewünscht. Der Autor beschreibt drei Ebenen der Therapieziele: aus dem Störungsmodell abgeleitete Therapieziele, aus der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie abgeleitete Therapieziele und aus dem Therapieprozess abgeleitete Therapieziele (Eckert, 2007). Eckert definiert aber auch sechs Betrachtungsebenen, sie werden durch Ziele die sich aus dem Menschenbild ableiten, normative Ziele und Ziele der Patient(inn)en ergänzt (Eckert, 2012).

Die zu Beginn der Behandlung vereinbarten individuellen Therapieziele sollten am Therapieende hinsichtlich des Grades der Zielerreichung eingeschätzt werden bzw. ob sich neue Ziele ergeben haben. Veränderungen von Zielen sollten erkannt und mit den Patient(inn)en besprochen werden. Der Autor sieht in der Festlegung von Therapiezielen einen großen Nutzen für die Therapie (Eckert, 2012).

#### **4.3.4 Therapieziele in der Familientherapie**

Die Vertreter unterschiedlicher familientherapeutischer Schulen sind sich einig, dass ein individuelles Problem, eine Beschwerde oder ein Symptom nicht nur auf das Individuum alleine zurückzuführen sei (Cierpka, Zander & Wiegand-Grefe, 1999). Die interpersonalen Beziehungen in Dyaden, Triaden und der Gesamtfamilie seien an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden beteiligt, wenn nicht sogar ursächlich dafür verantwortlich. Die psychotherapeutischen Methoden setzen an den Beziehungsstrukturen an, um dort Veränderungen zu bewirken und somit das Symptom zu beeinflussen.

Zur Bestimmung von Therapiezielen werden drei Perspektiven berücksichtigt: Neben den Therapiezielen der Patient(inn)en seien jene des sozialen Umfeldes und der Therapeut(inn)en wichtig. In die gemeinsame Aushandlung der Ziele sind in der Familientherapie nicht nur Patient(inn)en und Therapeut(inn)en einbezogen, sondern

auch andere Familienmitglieder. Dieses dreiteilige Modell geht auf Strupp und Hadley (1977, zitiert nach Cierpka et al., 1999).

Die Arten von Therapiezielen sind in Abbildung 10 angeführt. Normative Zielsetzungen gelten als Optimalziele, z.B. im Sinne einer „fully-functioning person“, einer autonomen Persönlichkeit. Die idiographischen Zielsetzungen hingegen beruhen auf dem der Therapie eigenen Menschenbild. Die Formulierung von Therapiezielen sei in verhaltenstherapeutischen Settings im Vergleich dazu einfacher, weil sie näher an beobachtbarem Verhalten formuliert seien. Die Therapiezielerarbeitung in der systemischen Familientherapie wird hingegen als dynamischer Prozess gesehen. Die Erstellung von Zielen wird als wichtig erachtet, damit nicht unreflektierte Idealbilder von Veränderungen entstehen.

Es wird in kurzfristige (z.B. Aufbau einer Arbeitsallianz, Reframing der Probleme, Entlastung der identifizierten Patient(inn)en) und langfristige Ziele (z.B. Steigerung der Autonomie, Duldung von Differenzen in der Familie, Erkennen des gemeinsamen Beitrags zum Familienproblem) unterteilt.

Dem gemeinsamen Aushandeln und dem informed consent wird große Bedeutung beigemessen. Zur Evaluation der Therapiezielerreichung wurden in mehreren Studien die GAS-Skalierung, aber auch psychometrische Instrumente eingesetzt (Cierpka et al., 1999).

#### **4.3.5 Therapieziele in der Hypnotherapie**

Nach Revenstorf (1999) bestand das Ziel der Hypnose in der Beeinflussung einer Person. Es handelt sich bei der Hypnose um eine temporär geschwächte Abwehr, um Veränderungen zu erreichen, die sonst blockiert sind. Die Alltagsfunktion des Ich wird in der Hypnose kurzfristig an die Therapeut(inn)en delegiert um Ressourcen zu mobilisieren, die das Alltagsdenken nicht zulasse. Der Autor listet sieben Hauptziele auf denen Unterziele zugeordnet sind (Abbildung 10).

Gerade bei den Therapiezielen werden Unterschiede zu anderen Therapieschulen deutlich: Die Rollenverteilung wird durch die Delegation der Außenkontrolle noch stärker asymmetrisch. Mit einer erhöhten Suggestibilität gehe aber auch eine

Steigerung der Flexibilität und Lernfähigkeit einher. Die Intervention kann so weit gehen, dass Patient(inn)en auch Wertungen suggeriert werden, die z.B. einem missbrauchten Kind gefehlt haben. Dadurch soll den Patient(inn)en ermöglicht werden, sich vom Täterumfeld zu distanzieren.

Die Operationalisierbarkeit der Therapieziele ist bei symptombezogenen Zielen einfach, Veränderungen auf Problemebene seien auch nur an der Reduzierung der Symptome indirekt erfassbar. Besonders schwer zu evaluieren sind Zielerreichungen im Bereich Auffindung und Nutzung impliziten Wissens. Der Autor geht davon aus, dass die Wirkung eng im Zusammenhang mit der Fürsorglichkeit und Zuwendung durch die Therapeut(inn)en verknüpft ist (Revenstorf, 1999).

#### **4.3.6 Therapieziele in der Integrativen Therapie**

Diese Therapieschule wurde in den 60-er Jahren gegründet und sie vereint und enthält Schwerpunkte, die verschiedenen Therapien eigen sind (Petzold, Leuenberger & Steffan, 1999). Unter Bezugnahme auf mehrere Autoren nennen sie die „prozessuale Aktivierung“ unmittelbarer Erfahrung, den interpersonalen und integrativen Fokus, „die Integration von Körper, Seele und Geist“ und den Fokus von Individuum, Gruppe und sozialem Umfeld. Sie sei jedoch kein eklektisches, sondern ein integratives Verfahren. Der Anamnese phase wird besondere Bedeutung beigemessen. Festgelegt werden Metaziele (Leit-, Global- oder Richtziele), Grobziele und Feinziele.

Folgende Richtziele wurden für die Integrative Therapie formuliert:

- Restitution von durch Störungen beschädigter Kompetenz und Performanz
- Bewältigung/Coping als Hilfen bei irreversiblen Störungen und Erkrankungen
- Prophylaxe als präventive Maßnahmen, um Störungen oder Erkrankungen zu vermeiden
- Entwicklung als Maßnahmen zur Förderung von persönlichen Potentialen (Petzold et al., S. 215).

Die Grobziele werden unterteilt in persönlichkeitsbestimmte und strukturelevante Ziele, kontextbezogene Ziele und kontinuumbezogene Ziele.

Die Ziele werden taxonomisch geordnet, sowie nach ihrer Bedeutung für die Patient(inn)en und nach ihrer sequenziellen Bedeutung. Die Beschreibung der Entstehung ist hochkomplex. Es wird Wert auf empirische Belege für die Wirksamkeit der Therapie gelegt, wozu unterschiedlichste psychometrische Instrumente eingesetzt wurden (Petzold et al., 1999).

#### **4.3.7 Therapieziele im Psychodrama**

Da in der Reha-Klinik mehrere Therapeut(inn)en Psychodrama-Ausbildung aufweisen und nach dieser Methode arbeiten, wird auch auf diesen Ansatz etwas ausführlicher eingegangen.

Die Ausführungen über Ziele im Psychotherapieprozess von Psychodrama sind dem Buch von Michael Schacht (2009) entnommen. Seiner Ansicht nach geht gestörtes Erleben und Handeln mit Strukturen vergleichsweise niedriger Komplexität einher. Die Interaktionen zwischen Eltern und Kind organisieren sich auf Strukturen aufeinander abgestimmten Handelns und erfordern vom Kind Anpassungsleistungen im Rahmen von kreativ-spontanen Problemlösungen. Bei unsicher vermeidenden Bindungen beispielsweise sei die Komplexität des Handelns und Erlebens stark eingeschränkt, wodurch der künftige Selbstorganisationprozess behindert oder blockiert werde. Sicher gebundene Kinder könnten affektive Erregung ausdrücken und mit Hilfe der Eltern regulieren, während unsicher gebundene Kinder Affekte nicht spüren und nicht ausdrücken können, weil sie nie gespiegelt wurden. Die Störungen des Erlebens und Handelns resultieren aus einem Wechselspiel von äußeren Belastungen und kreativen Anpassungsleistungen, wobei die Strategie unsicher gebundener Kinder primär in der Unterdrückung ihrer Affekte bestehe. Die Handlungsstrukturen etablieren sich und künftige Beziehungen werden durch eigene Rollenerwartungen geprägt.

In Anlehnung an Grawe und Moreno sowie an das Rubikon Modell unterscheidet Schacht (2009) zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen. Bedürfnisbefriedigung sei nur über Annäherungsziele möglich, diese könnten auch tatsächlich erreicht werden. Vermeidungsziele hingegen seien immer nur vorübergehend und nie dauerhaft zu erreichen. Sie erfordern stetige Kontrolle und binden so viel

Aufmerksamkeit. Im Verlauf der Entwicklung verfestigen sich die Annäherungs- und Vermeidungsziele und Menschen schreiben anderen habituell und unreflektiert Rollen zu und verhalten sich dementsprechend.

Schacht geht auf die Annäherungs- und Vermeidungsziele auf besondere Weise ein. Er beschreibt PERFEKTE ZIELE. Perfekte Ziele sind illusionär erhöht und werden auf der psychosomatischen und psychodramatischen Rollenebene reguliert. Es werden Ziele angestrebt, die sich am perfekten Ideal orientieren – wissend, dass sie nie erreicht werden können. Dahinter stehen Gedanken wie „Ich muss das Ideal um jeden Preis erreichen“. Gleichzeitig mit dem Streben nach Erreichung der perfekten Leistungsfähigkeit müsse die eigene Fehlerhaftigkeit oder Schwäche ebenso perfekt vermieden werden. So kommt Schacht zum Schluss, dass mit perfekten Annäherungszielen immer perfekte Vermeidungsziele einhergehen – und vice versa. Er betont, dass die perfekten Annäherungsziele nicht die positiven Qualitäten aufweisen, die Annäherungsziele im Allgemeinen haben. Er sieht in perfekten Annäherungszielen den Ausdruck passiver Bedürfnisse nach Zuwendung und Anerkennung und aktiver Liebe. Perfekte Vermeidungsziele hingegen dienen der Wahrung der eigenen Autonomie. Beide Arten perfekter Ziele führten jedoch unweigerlich zu einer Absage an eine Ich-Du-Begegnung.

Die Konsequenzen solcher Ziele zeigen sich in der Interaktion mit anderen Menschen. Betroffene erleben sich einerseits nicht verantwortlich für ihr Handeln und sehen sich ausschließlich als Opfer, oder komplementär, entlasten sie Täter in ihrem Umfeld, indem sie ihr Gegenüber entlasten (Schacht, 2009).

Durch die Ausführungen von Schacht wird deutlich, dass die Analyse der Annäherungs- und Vermeidungsziele der Patient(inn)en eine besondere Bedeutung für den Therapieprozess hat.

## **4.4 Methoden zur Therapiezielbestimmung und zur Messung der Therapiezielerreichung**

Bei der Zusammenstellung verschiedener Methoden zur Bestimmung von Therapiezielen und zur Messung der Therapieziel-Erreichung wird auf Beispiele aus der älteren Literatur vor 1980 mit Ausnahme der GAS bewusst verzichtet.

Beginnend mit einem qualitativen Verfahren zur Erfassung von Veränderungen werden danach vier Methoden zur Erfassung von Therapiezielen und der Bewertung der Erreichung derselben vorgestellt.

### **4.4.1 Change Process Research**

Die erste vorgestellte Methode zur Psychotherapie(prozess)forschung ist ein qualitatives Verfahren im Rahmen eines Interviews und wurde nicht zur reinen Zielerreichungsmessung konstruiert. Aufgrund des Potenzials dieser Methode sei sie an dieser Stelle erwähnt, da sie eine wertvolle Ergänzung zur eher quantitativ orientierten Ziel(Ergebnis-)messung darstellt. Vor allem deshalb, weil anhand von Therapieziel-Erreichungs-Skalen nur intendierte Veränderungen, die explizit festgehalten wurden, erhoben werden. Weitere positive Effekte einer Therapie, oder gegebenenfalls negative Effekte einer Therapie sind damit nicht erfasst.

In der Reha-Klinik wird das nachfolgend dargestellte Interview seit etwa zwei Jahren im Rahmen des psychotherapeutischen Abschlussgesprächs verwendet.

Elliott, Slatick und Urman (2001) sehen die Tradition der Psychotherapieforschung einerseits in der Messung des Outcomes und andererseits in der Prozessforschung. CHANGE PROCESS RESEARCH soll eine Brücke zwischen den beiden Disziplinen schlagen. Diese Methode soll sowohl den Prozess der Veränderung beschreiben und herausfinden, wie und warum Veränderungen in der Therapie geschehen. Die Autor(inn)en plädieren für den Einsatz qualitativer Methoden in der Psychotherapieforschung und beschreiben drei Methoden. Change Interview, Helpful Aspects of Therapy Form (HAT) und Brief Structured Recall (BSR).

Das Change Interview (Elliott, Slatick & Urman, 2001) erfasst drei wichtige Arten von Information:

1. Durch die Patient(inn)en wahrgenommene Veränderungen im Verlauf der Therapie
2. Das Verständnis der Patient(inn)en über den Ursprung der Veränderungen und hilfreiche Aspekte in der Therapie
3. Hinderliche oder schwierige Aspekte in der Therapie

Das Interview soll helfen zu verstehen, welche Veränderungen aus Sicht der Patient(inn)en eingetreten sind, die möglicherweise mit traditionellen Messinstrumenten nicht erfasst werden (Tabelle 6). Patient(inn)en sollen die Chance haben, Veränderungen in ihren eigenen Worten zu beschreiben und die Therapie mit ihren Ergebnissen zu reflektieren.

Dabei sollen therapeutische und extratherapeutische Faktoren hinsichtlich ihres Anteils an der Veränderung eingeschätzt werden. Und schließlich sollen negative Veränderungen oder hinderliche Faktoren erhoben werden. Es sollen so viele Details wie möglich erfragt werden, dadurch kann das Interview für die Patient(inn)en durchaus anspruchsvoll sein. Es bietet die Chance, Veränderungen aus der Sicht der Patient(inn)en zu sehen. Als Auswertungsmethode der erhobenen Daten wird Grounded Theory empfohlen (Elliott, et al., 2001).

Für die Verwendung des Change-Interviews in der Reha-Klinik wurden die Fragen angepasst und dem Team der Bezugstherapeut(inn)en präsentiert. Es ist im Bogen zur Abschlussevaluation der Bezugstherapeut(inn)en enthalten und wird von den Mitarbeiter(inn)en in unterschiedlicher Intensität genutzt. Eine Analyse der Ergebnisse wurde bisher noch nicht durchgeführt.

Tabelle 6 Change Interview Outline (Elliott et al., 2001)

Oberkategorien	Fragen	Formulierungen für den Einsatz in der Reha-Klinik
1. General experience of therapy	What has therapy been like for you (so far)? How has it felt, to be in therapy	<b>Allgemeine Erfahrungen:</b> Wie war die Therapie/ der Reha-Aufenthalt für Sie? Wie hat es sich angefühlt, in Therapie / in der Reha zu sein?
2. Changes	How are you doing now? What changes, if any, have you noticed in yourself since therapy started?	<b>Veränderungen:</b> Wie geht es Ihnen jetzt? Was hat sich verändert? Wenn sich etwas verändert hat, welche Veränderungen haben Sie in sich bemerkt, seit die Therapie / Reha begonnen hat?
3. Attributions	In general, what do you attribute these various changes to? In other words, what do you think might have brought them about? (Both, inside and outside therapy)	<b>Zuschreibungen:</b> Im Allgemeinen, worauf führen Sie diese Veränderungen zurück? Anders formuliert, was denken Sie, hat diese Veränderungen bewirkt?
4. Helpful aspects	What have been the most helpful things about your therapy so far? (general aspect, specific events) What made these things so helpful for you?	<b>Hilfreiche Aspekte der Therapie:</b> Was waren die hilfreichsten Aspekte der Therapie/des Aufenthalts (Allgemeine Aspekte und spezifische Ereignisse). Was machte sie so hilfreich?
5. Hindering aspects	What kinds of things about the therapy have been hindering, unhelpful, negative or disappointing for you?	<b>Hinderliche Aspekte:</b> Welche Aspekte der Therapie/der Reha waren für Sie hinderlich, wenig hilfreich, negativ oder enttäuschend?
6. Difficult, but OK aspects	Where there things in the therapy which were difficult or painful but still OK or helpful?	<b>Schwierige Aspekte – aber OK:</b> Hat es Punkte in der Therapie/im Aufenthalt gegeben, die schwierig oder schmerzhaft waren, aber trotzdem in Ordnung oder hilfreich?
7. Missing aspects	Was there anything missing from your treatment?	<b>Fehlende Aspekte:</b> Gab es irgendetwas, das Ihnen in der Behandlung gefehlt hat?
8. Research aspects	What has it been like four you to be involved in this research?	nicht verwendet
9. Suggestions	Do you have any suggestions for us, regarding the research or the therapy?	<b>Vorschläge:</b> Haben Sie Vorschläge für uns, wie wir die Therapie, den Aufenthalt verändern oder verbessern können?

#### 4.4.2 Goal Attainment Scaling GAS

Kiresuk und Sherman (1968) plädieren für eine vergleichbare Messung von Erfolgen durch gesundheitsbezogene Maßnahmen bei unterschiedlichen Projekten. Es bestehe eine Tendenz immer neue Erfolgskriterien zu entwickeln, die aber schwer auf andere Projekte übertragbar seien. Der Trend zum Einsatz von fixen Assessments in der Evaluation psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungen werde den

individuellen Charakteristiken und Problemen der Patient(inn)en nicht gerecht. Psychometrische Testverfahren alleine könnten den Ansprüchen an die Kontrolle verschiedenen Einflussfaktoren (z.B. soziodemographischer oder krankheitsbezogener Natur) nicht gerecht werden. Sie sehen in der GAS eine Methode, die sowohl die Definition der Therapieziele als auch die Messung der Erreichung erlaube.

**Tabelle 7 Skalierungsmöglichkeiten der GAS**

Skalierung Kiresuk & Sherman (1968)	Skalierung Kiresuk, Smith & Cardillo (1994)	Skalierung Roecken & Weis (1987)	Protokoll eines Patienten Sozialverhalten:	T-Score
Most unfavorable treatment outcome thought likely -2	Much less than expected -2	wesentlich schlechter als erwartet -2	Keinerlei persönliche Beziehungen zu anderen Menschen	<b>30</b>
Less than expected success with treatment -1	Somewhat less than expected -1	etwas schlechter als erwartet -1	Persönliche Beziehung zu einem Mitbewohner der Reha-Einrichtung	<b>40</b>
Expected level of treatment success 0	Expected level of outcome 0	erwartetes Ergebnis 0	Persönliche Beziehungen zu zwei oder mehr Mitbewohnern	<b>50</b>
More than expected success with treatment +1	Somewhat more than expected +1	etwas besser als erwartet +1	Persönliche Beziehungen zu einer Person außerhalb der Einrichtung	<b>60</b>
Best anticipated treatment success +2	Much more than expected +2	wesentlich besser als erwartet +2	Persönliche Beziehungen zu zwei oder mehr Personen außerhalb	<b>70</b>

Die Skalierung der GAS ist fünfstufig und sollte mindestens an den Endpunkten „-2“ und „+2“ hinreichend präzise formulierte Zustände aufweisen, die unabhängigen Beobachter(inne)n eine objektive Einschätzung der Zielerreichung ermöglichen. Die Ausprägung in der Mitte wird mit „0“ codiert und enthält jenen Zustand bzw. Outcome, der am wahrscheinlichsten im Rahmen der Behandlung erreicht werden

kann. Somit wird eine Skalierung des Outcomes in einer Variable mit dem Mittelwert 0 und der Standardabweichung 1 geschaffen (Kiresuk & Sherman, 1968).

Als Beispiel für eine Skalierung mittels GAS sei hier ein Teil des Protokollbogens für den Bewohner einer psychiatrischen Übergangseinrichtung angeführt (Roecken & Weis, 1987) angeführt (Tabelle 7), kombiniert mit den Skalierungen der GAS nach Kiresuk und Sherman (1968) und Kiresuk, Smith und Cardillo (1994).

Der beschriebene Patient startete bei einem Ausgangsniveau von -1 und erreichte beim Follow up den Wert 0. Roecken und Weis (1987) beschreiben unter Berufung auf Garwick (1977) folgende Herausforderungen bei der praktischen Anwendung des Verfahrens:

1. Der Prozess der Skalenkonstruktion selbst: Operationalisierung vor allem von kognitiven Therapiezielen, Vermeidung vager Formulierungen, vergleichbare Skalenabstände;
2. Realitätsgrad der festgelegten Zielvorgaben: Vermeidung „zu leichter“ und „zu schwieriger“ Ziele;
3. Relevanz der festgelegten Ziele unter klinischen Gesichtspunkten: Vermeidung von zwar leicht operationalisierbaren, aber für den Klienten wenig bedeutsamen bzw. trivialen Zielen;
4. Schwierigkeit, relevante Ziele bereits in den ersten Therapiestunden zu identifizieren und das voraussichtliche Abschneiden korrekt einzuschätzen, Zielveränderungen im Therapieverlauf (Roecken & Weis, 1987; S. 161)

Die GAS wurde nicht nur im psychiatrischen Bereich eingesetzt sondern auf viele weitere Bereiche übertragen (Smith, 1994). Ihr Einsatz könne sowohl den Prozess wie auch die Definition von Outcomes von Behandlungen erleichtern. Mit Hilfe dieser Technik sei es möglich, direkt, genau und ziemlich einfach jenen Beitrag an Veränderung zu messen, der durch die Behandlung zustande gekommen ist. Wenn jedoch Informationen über einen genauer Status (z.B. Leistung) nötig sind, könne die GAS nicht alleine angewendet werden. Zum Einsatz der GAS sei jedoch Training nötig.

Im Buch „Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement“ werden hilfreiche Hinweise zur Skalierung mittels GAS gegeben (Kiresuk, Smith, Cardillo, 1994). Eine Besonderheit der GAS liegt in den psychometrischen Eigenschaften. Auf Basis testtheoretischer Überprüfungen wurden für ein bis acht skalierte Ziele - für die Summenwerte der Zielerreichung - T-Werte angegeben (Cardillo, 1994).

#### 4.4.3 ICF-orientierte Erarbeitung von Therapiezielen

Manfred Nosper (2008) hat mehrere psychometrische Instrumente entwickelt, die an die Dimensionen der ICF angelehnt sind. Nach der Entwicklung des ICF AT-50 und dem ICF 3F Psych wurde ICF-Ziele Psych entwickelt.

Die Anwendung wird wie folgt beschrieben: Im ersten Schritt werden aus dem Core-Set Ziele ausgewählt (Tabelle 8). Die Kriterien dafür sind: Die Dimension ist individuell betroffen, die Dimension ist therapiebedürftig, eine spezifische Therapie wird geplant und durchgeführt und die individuellen Ziele sind bis zum Ende der Therapie voraussichtlich erreichbar.

Die einzelnen Ziele werden hinsichtlich des Schweregrads ihres Problems/ihrer Beeinträchtigung klassifiziert:

0	keine	keine Beeinträchtigungen
1	leicht	leichte Symptomatik, funktional gesund
2	mittelgradig	mittelgradige Symptomatik, Selbstversorgung nicht eingeschränkt, noch arbeitsfähig, Teilhabe am sozialen Leben/Arbeitsleben nicht eingeschränkt
3	schwer	ausgeprägte Symptomatik, leistungsgemindert bis arbeitsunfähig, Selbstversorgung noch möglich, Teilhabe am sozialen Leben/Arbeit eingeschränkt
4	sehr schwer	sehr schwer ausgeprägte Symptomatik, Selbstversorgung stark eingeschränkt, leistungsunfähig/arbeitsunfähig, Teilhabe am sozialen Leben/Arbeit nicht möglich

Die Ziele der Patient(inn)en sollten zusätzlich, möglichst im Freitext auf einem separaten Blatt notiert werden.

Bei Abschluss der Behandlung wird der Schweregrad der Beeinträchtigung wieder bewertet und die Zielerreichung eingeschätzt. Die Zielerreichung kann nach folgendem Schlüssel bewertet werden:

-2 viel schlechter, -1 etwas schlechter, 0 unverändert, +1 nur wenig besser, +2 viel besser, +3 sehr viel besser

Durch die Berechnung von Mittelwerten in den Dimensionen kann der mittlere Schweregrad ermittelt werden. Zusätzlich kann ein Gesamtwert für den ICF-Ziele Psych berechnet werden.

**Tabelle 8 Therapieziele auf Basis der ICF-Dimensionen nach Nosper (2009)**

<b>ICF – Dimension</b>	<b>Unterkategorie</b>	<b>Anzahl Ziel-Items</b>
<b>Schädigungen/Funktionsstörungen</b>	Somatisch	10
	Psychisch	18
	Spezifische Funktionsstörungen bei Abhängigkeitskranken	4
<b>Aktivitäten</b>	Selbstversorgung	9
	Soziales Leben	13
	Arbeitsbezogene Aktivitäten	12
<b>Teilhabe</b>	Am Leben in der Gemeinschaft	4
	Am Arbeitsleben	8
<b>Kontextfaktoren</b>	Umweltfaktoren	7
	Personenbezogene Faktoren	12

Dieser Ziele-Bogen unterscheidet sich von anderen Ziele-Bögen oder –Checklisten durch einen erkennbaren medizinischen Blickwinkel und ist nicht primär für das Selbstrating der Patient(inn)en geeignet. Der Autor betont aber die Wichtigkeit der Sichtweise der Rehabilitand(inn)en und deren Verantwortlichkeit am Rehabilitationsprozess. Das Core-Set ICF Psych Ziele soll das Rehabilitationsteam unterstützen, alle relevanten Komponenten zu berücksichtigen, den Schweregrad zu bewerten und den Rehabilitationserfolg adaptiv zu testen (Nosper, 2010).

#### **4.4.4 Weitere Methoden zur Erarbeitung von Therapiezielen**

Im Folgenden werden eher quantitative Ansätze zur Erfassung von Therapiezielen und der Bewertung der Erreichung vorgestellt.

Das Kategoriensystem individueller Therapieziele KITZ (Heuft, Senf, Wagener, Pintelon & Lorenzen, 1996) ist Bestandteil des Psy-BaDP (Basisdokumentation Psychotherapie; Heuft & Senf, 1998). Die Autoren sehen in der Einbeziehung individueller Therapieziele eine Verzahnung der drei Ebenen „Systemanalyse – Handlungsanalyse – Prozessanalyse“. Die Kategorisierung der Therapieziele sollte Aufschluss darüber geben, welche Inhaltskategorien von welchen Patient(inn)en primär angegeben werden und in welchem Ausmaß sie erreicht werden. Damit sollte auch die Kluft zwischen allgemeingültigen Interventionszielen und institutioneller Variabilität geschlossen werden. Der Bogen wurde in Anlehnung an die GAS erstellt und sollte ein schulenübergreifendes Ergebnisinstrument sein. Bei der Erstellung des Instruments wurden die Therapieziele von Patient(inn)en und Therapeut(inn)en unabhängig voneinander erstellt, was zu grundlegenden Unterschieden in der Zielformulierung führte. Therapeut(inn)en verwendeten häufiger abstrakte und theoriegeleitet formulierte Ziele. Am häufigsten wurden Ziele zu Selbstwertproblemen, Ängsten, Abhängigkeits- oder Loslösungsproblemen und zur Lebenszufriedenheit genannt. Häufig wurden auch symptomnahe Formulierungen genannt. Die Inhalte der Ziele wurden theoriegeleitet fünf Hauptkategorien untergeordnet: psychoneurotische, psychosoziale, narzisstische, körperbezogene sowie explizit verhaltenstherapeutisch formulierte Therapieziele. Das ursprüngliche Kategoriensystem ITZ wurde überarbeitet und in KITZ – Kategoriensystem Individueller Therapieziele umbenannt. Es umfasst fünf Oberkategorien und 130 Unterkategorien. Die Hauptkategorien lauten wie folgt: „intrapyschische Probleme und Konflikte“, „interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte“, „körperbezogene Probleme und Symptome“ und „Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht“.

Die Erreichung wurde anhand der folgenden Skalierung eingeschätzt: Ziel entfallen, Ziel nicht erreicht, Ziel teilweise erreicht, Ziel erreicht, mehr erreicht als Ziel.

Patient(inn)en werden aufgefordert, bis zu maximal fünf Therapieziele für die aktuelle Behandlung zu formulieren und zusätzlich ein bis drei Kriterien zu benennen, an denen die Zielerreichung überprüft werden kann (Heuft & Senf, 1998).

Grosse Holtforth (2001) kritisiert am KITZ die deutlich psychoanalytische Ausrichtung des Instruments, die an der Kategorienbenennung deutlich wird. Grosse Holtforth zitiert ein weiteres Instrument zur Erfassung von Therapiezielen von Faller und Gossler, ebenfalls aus dem Jahr 1998. 563 Therapieziele wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und in 18 Kategorien zusammengefasst (Grosse Holtforth, 2001).

Jörg Dirmaier (2005) hat im Rahmen einer Dissertation ein Kategoriensystem psychotherapeutischer Zielsetzungen aus Vorarbeiten weiterentwickelt. Dieses Verfahren ist zur therapeutenseitigen und patientenseitigen Zielerfassung entwickelt worden. Dazu wurden aus 1192 Entlassungsberichten 7157 Therapieziele extrahiert und codiert. Es sollte sich besonders gut für den Einsatz bei stationärer Psychotherapie eignen und dadurch somatische und edukative Ziele hinreichend erfassen.

Es entstand ein System von 147 Kodierungsmöglichkeiten auf drei Abstraktionsebenen: 21 Hauptkategorien, 87 Kategorien und 39 Unterkategorien, die innerhalb von vier Zieldimensionen aufgeteilt sind:

- psychosoziale Zieldimension
- somatische Zieldimension
- edukative Zieldimension
- Aktivität & Partizipation

Damit bezieht sich das Instrument auf wesentliche Bereiche der medizinischen Rehabilitation unter Bezugnahme auf das ICF.

Es zeigte sich im Rahmen einer, im Längsschnitt angelegten Evaluationsstudie von N = 1.905 Patient(inn)en, dass die Instrumente praktikabel und valide sind. Die Therapeut(inn)en hatten abhängig von Diagnose, Symptombelastung oder funktioneller Einschränkung signifikant unterschiedliche Schwerpunkte bei den Zielsetzungen (Dirmaier, 2005).

#### **4.4.5 PARZIVAR – Partizipative Zielvereinbarung mit PatientInnen in der Rehabilitation**

PARZIVAR entstand im Rahmen des Förderschwerpunkts „Versorgungsnahe Forschung: Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ und ist ein Manual für Ärzte/innen, Therapeut(inn)en und Pflegende. Dibbelt, Dudeck, Glattacker, Greitemann, Jäckel, Pollmann, Schaidhammer und Wulfert (2009) beschreiben die Bedeutung von Zielvereinbarungen insbesondere im medizinischen Kontext. Patient(inn)en seien vielfach noch zu wenig aufgeklärt und könnten keinen Bezug zwischen ihren persönlichen Anliegen und therapeutischen Maßnahmen oder Zielsetzungen sehen. Die ärztliche Seite hingegen befürchte, Patient(inn)en zu überfordern – wodurch eine Lücke entstehe. Das Forschungsprojekt beinhalte auch Schulungen für Behandler(innen), damit diese mit ihren Patient(inn)en zu einer gemeinsamen, teilhabe- und umsetzungsorientierten Zieldefinition gelangen können. Als Grundlage dienten dem Team motivations- und volitionspsychologische Ansätze sowie das ICF-Konzept der WHO.

Auch im medizinischen Bereich kommen, so die Autor(inn)en, die Patient(inn)en häufig mit diffusen, unklaren oder unrealistischen Zielen, die häufig auf Symptome fixiert sind. In diesem Kontext sei es besonders wichtig, die positiven Folgen zu erarbeiten, welche durch die Rehabilitation entstehen können. Anders als im psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kontext müssen die Behandler(innen) den Patient(inn)en ihre Zielvorstellungen erkenntlich machen, und welche Vorteile eine Zielerreichung mit sich bringen würde.

Die Autor(inn)en beschreiben vier unterschiedliche Entwicklungslinien:

- Kurz- vs. langfristige Ziele
- Unspezifische vs. spezifische Ziele
- Symptomorientierte vs. Funktionsziele
- Klärungsziele vs. Ergebnisziele

Im Anhang des Manuals finden sich Formulare zur Zielvereinbarung, welche indikationsübergreifend anwendbar sind. Sechs Punkte werden als entscheidend für die partizipative Zielvereinbarung gesehen:

1. Maßnahmen mit langfristigen wichtigen Lebenszielen verknüpfen und umgekehrt
2. Wichtige Lebensziele mit konkreten Maßnahmen verknüpfen, die wichtige Schritte zur Umsetzung markieren
3. Unspezifische Ziele spezifisch machen. d.h. konkrete Handlungen zu benennen
4. Quantifizierbare Indikatoren (Parameter) für die Zielerreichung finden
5. Klärungsbedarf zu erkennen und Klärungsziele zu benennen
6. Ziele, die in medizinischer Fachsprache formuliert sind, in allgemein verständlicher Sprache zu übersetzen oder zu erklären (Manual, S. 11).

Anhand von elf Punkten wird das Vorgehen erläutert, ein Bestandteil ist z.B. eine Zwischenbilanz bei Reha-Mitte. Hier zeigen sich einige deutliche Unterschiede zum Setting von psychiatrischer Rehabilitation, aber auch viele Gemeinsamkeiten. So ist das Formular von PARZIVAR grundsätzlich auch für die medizinisch psychiatrische Rehabilitation anwendbar, die Nähe zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen wird am Formular deutlich. Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt auf einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen 0 = gar nicht, 1 = etwas (25 %), 2 = zur Hälfte (50 %), 3 = fast vollständig (75 %) und 4 = voll und ganz (100 %).

Zur Konkretisierung der Ziele werden den Behandler(innen) Leitfragen bereitgestellt, mit Hilfe derer Globalziele von Patient(inn)en auf messbare und erreichbare Größen herunter gebrochen werden können.

Das Manual enthält auch einen Bogen für die Zeit nach der Rehabilitation, mit dessen Hilfe ganz konkrete Handlungsschritte zur Gesundung geplant werden können. Des Weiteren, wie Zielformulierungen von Patient(inn)en in Übereinstimmung mit dem ICF aussehen können.

Als Fazit des Einsatzes von PARZIVAR sehen die Autor(inn)en den Effekt, dass Behandler(innen) und Patient(inn)en gezwungen werden, gemeinsam Zielsetzungen zu reflektieren und sich Patient(inn)en stärker wahrgenommen fühlen (Dibbelt et al., 2009)

#### **4.4.6 Berner Inventar für Therapieziele BIT**

Martin Grosse Holtforth (2001) hat mit dem BIT ein Kategoriensystem für Therapiezielinhalte geschaffen, das zuerst als BIT-T und danach als BIT-C konstruiert wurde. Da dieses Verfahren Hauptbestandteil des empirischen Teils dieser Arbeit ist, wird es etwas im Detail dargestellt.

Der Autor entwickelte das System vor dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer Behandlungen aus dem Wunsch heraus, ein ökonomisches Erfassungsinstrument für Therapieziele zu entwickeln. Er sieht Therapieziele als mittelfristige Ziele, die mit den Therapeut(inn)en ausgehandelt und verfolgt werden.

Das BIT-T wurde bewusst möglichst theoriefrei auf empirischer Datenbasis konstruiert. Aus archivierten Akten von 300 Patient(inn)en der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern wurden 1031 Therapieziele erhoben die über 2000 Zielinhalte enthielten. 22 Psychotherapeut(inn)en ordneten diese Ziele selbst definierten Kategorien zu. Durch Clusteranalysen konnte eine erste Version des Kategoriensystems ermittelt werden. Mit diesem Kategoriensystem wurden auch neue Therapieziele kategorisiert, wobei zwischen Beurteiler(inne)n gute Übereinstimmungen (Cohen's Cappa  $>.70$ ) erzielt werden konnten.

Die Validierung erfolgte über Zusammenhänge der Oberkategorien mit standardisierten Maßen von Symptombelastung und zwischenmenschlichen Problemen.

Von anderen Verfahren unterscheidet sich das BIT-T durch drei Abstraktionsebenen und Kategorienbenennungen, die schulunenabhängig waren. Nachträglich konnten so Therapieziele Kategorien zugeordnet werden.

Im nächsten Schritt wurde aus dem BIT-T ein Verfahren, das den Patient(inn)en direkt zu Bearbeitung vorgegeben werden konnte. Die BIT-C ist sozusagen die Therapiezielcheckliste des Berner Inventars für Therapieziele.

Für die Patient(inn)en-Version des BIT-C wurden die Unterkategorien des BIT-T in einzelne, umgangssprachliche Items umformuliert und ebenfalls umgangssprachlichen Oberkategorien untergeordnet. Inklusive der 24 Items zur Nennung individueller Ziele,

die nicht durch die Items repräsentiert wurden, entstand so eine Version mit 88 Items (Tabelle 9).

Diese 88 potenziellen Ziele bilden den ersten Teil des Instruments. Der zweite Teil dient der Festlegung auf die eigenen, individuellen Therapieziele. Dort sollen die Patient(inn)en handschriftlich bis zu maximal fünf Therapieziele angeben, optimalerweise in eigenen Worten formuliert.

**Tabelle 9** Kategoriensystem der Zielcheckliste des Berner Therapiezielinventars BIT-CP

5 Hauptkategorien		28 Kategorien Mittleres Abstraktionsniveau	64 Ziele
<b>P</b>	Problem- /Symptombezogen	Depressives Erleben Suizidalität und Selbstdestruktives Verhalten, Ängste, Zwänge, Traumata, Suchtverhalten, Essverhalten, Schlaf, Sexualität, Umgang mit körperbezogenen Problemen, Stress, Medikamente, Andere spezifische Probleme	27
<b>I</b>	Interpersonal	Bestehende Partnerschaft, Aktuelle Familie, Herkunftsfamilie, andere konkrete Beziehungen, Alleinsein & Trauer, Selbstbehauptung und Abgrenzung, Kontakt-Nähe-Austausch, Andere interpersonale Ziele/Probleme	16
<b>W</b>	Wohlsein	Bewegung und Aktivität, Entspannung und Gelassenheit, Wohlbefinden, Andere Ziele/Probleme des Wohlseins	6
<b>O</b>	Orientierung	Selbstreflexion & Zukunft, Sinnfindung, Andere Ziele/Probleme der Orientierung	4
<b>S</b>	Selbstentwicklung	Selbstbewusstsein/Selbstwert & eigene Schwächen, Selbstverwirklichung, Selbstkontrolle, Gefühlsregulation, Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung	11
<b>R</b>	Restkategorie	keine/nicht kategorisierbare/andere Ziele	

Der Autor achtete bei der Erstellung des Instruments auf mittlere Item-Schwierigkeiten und geringe bis maximal mittlere Korrelationen zwischen den Items einer Kategorie. Damit sollte gewährleistet werden, dass mit den verschiedenen Items unterschiedliche Zielinhalte erfasst werden.

Bei der Erprobung des Instruments zeigte sich, dass die ganze Bandbreite der Ziele genutzt wurde und nur wenige eigene Formulierungen dazugekommen sind. Die symptombezogenen Ziele waren aber durchwegs dominant in ihrer Häufigkeit. Der Autor sieht darin die Bestätigung, dass Behandlung nicht ausschließlich störungsspezifisch gestaltet sein dürfe und dass die Hauptdiagnose alleine nicht die Art der Zielinhalte bestimme.

Das BIT-C wurde nochmals revidiert, wobei Items umformuliert wurden um eine höhere Trennschärfe zu erreichen. Die Möglichkeit, bei jeder Kategorie zusätzliche Ziele anzumerken wurde weg gelassen.

Das BIT-C kann als Screening von „naiven“ Therapiezielen von Psychotherapiepatient(inn)en vor Beginn der eigentlichen Behandlung eingesetzt werden. Sie sollte aber nicht die gemeinsame Erarbeitung von Therapieziele durch Patient(inn)en und Therapeut(inn)en ersetzen (Grosse Holtforth, 2001).

Die Praktikabilität des Instruments bestätigte sich auch bei Patient(inn)en im stationären Bereich (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

#### **4.5 Ergebnisse zur Evaluation von Therapiezielen**

Das erste Beispiel stammt aus der medizinischen Rehabilitation (Jäckel, Protz, Maier-Riehle, & Gerdes, 1997). Im Rahmen der Erarbeitung eines Katalogs von Therapiezielen wurden Ziele von Patient(inn)en aus „Zusatzbögen“ analysiert und kategorisiert. Dabei wurden die vier Ebenen eines Modells berücksichtigt: die somatische Ebene, die funktionale Ebene, die psychosoziale Ebene und die edukative Ebene. Es zeigte sich, dass mit den je 10 % der häufigsten Ziele pro Indikation etwa 70 bis 80 % aller Therapiezieldefinitionen abgedeckt waren. Psychosoziale und edukative Zielangaben kamen nur sehr selten vor. Die Erarbeitung der Ziele und entsprechender Ziel-Kataloge war ein erster Schritt eines Qualitätssicherungsprogramms in der Rehabilitation. Im nächsten Schritt sollte an der Messbarkeit und Skalierung der Zielerreichung gearbeitet werden, da die Skala von 0 bis 100 Prozent sich als nicht praktikabel zeigte und einen Deckeneffekt aufwies. Die Einstufung wurde von den meisten Anwender(inne)n als pseudogenau eingestuft. Der durchschnittliche Zielerreichungsgrad lag bei 80 % und

der Modalwert betrug 100. Da zum Teil recht unterschiedliche Maßstäbe eingesetzt wurden, ab wann ein Ziel als erreicht klassifiziert werden kann – und ab wann nicht mehr – variierten die Ergebnisse stark (Jäckel et al., 1997).

Im Rahmen des Heidelberger Katamneseprojekts wurden in einem Team aus drei Klinikmitarbeiter(inne)n die Ziele und Zielerreichungsstufen für die Patient(inn)en festgelegt. Dieser Vorgang dauert pro Patient(in) etwa 60 bis 90 Minuten und ist im klinischen Setting kaum realisierbar (Kordy & Hannover, 1999).

Roecken und Weis (1987) berichten über den Einsatz der GAS in einer Übergangseinrichtung. Zur Zielbestimmung wurden zuerst 45 Einzelziele in drei Grobkategorien (Berufliche Rehabilitation, Autonomie der Persönlichkeit und Sozialverhalten) gesammelt. Im Team wurden die Ziele für die Rehabilitand(inn)en ohne deren Einbeziehung erarbeitet, auch hier waren pro Person etwa 60 bis 90 Minuten nötig. Für die Evaluation der Zielerreichung wurden strukturierte Interviews mit den Team-Mitgliedern durchgeführt. Die Einführung der GAS-Skalierung war für die Beteiligten eine Herausforderung und mit hohem zeitlichen Aufwand verbunden. In Kleingruppen wurden Anwendungsbeispiele im Rahmen eines Trainings bearbeitet. Die Ausformulierung der Zielerreichungsstufen war die größte Herausforderung. Durch die Arbeit mit der GAS wurden aber auch die Zielinhalte und Arbeitsschwerpunkte der Einrichtung deutlich. Die möglichst objektive Einschätzung der Zielerreichung durch projektferne Personen wird zwar als Methode der Wahl beschrieben, aber sie bedeutet einen erheblichen Aufwand für die Einrichtung. Abgesehen davon ist es nicht einfach Rater zu finden, die sowohl mit der Anwendung der GAS wie auch mit dem Forschungsfeld vertraut sind. Es wurde auch deutlich, dass sich Therapeut(inn)en mit mehrjähriger Berufserfahrung erheblich leichter mit der Anwendung der GAS getan haben. Schließlich hat die Anwendung einen Effekt auf Seiten der Therapeut(inn)en gebracht: Der Blick für die klinische Urteilsbildung, die verwendeten Indikatoren und unrealistischen Therapieerwartungen wurde geschärft (Roecken & Weis, 1987).

Die Ziele von Patient(inn)en hängen auch in starkem Ausmaß vom Setting ab (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Um zu überprüfen, ob die Ziele Setting-überdauernd sind,

oder ob im Rahmen von ambulanten Psychotherapien andere Ziele verfolgt werden, haben Berking, Dreesen und Jacobi (2004) 242 Patient(inn)en einer stationären psychosomatischen Rehabilitation auch bei der nachfolgenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlung untersucht. Kategorisiert wurden die Ziele anhand des BIT-T, Version 4 (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Den erstgenannten Zielen wurde höhere Bedeutung beigemessen, es handelte sich bei über der Hälfte aller Ziele um symptombezogene Ziele. Sowohl im stationären Setting (Aufnahme und Entlassung) wie auch in der ambulanten Psychotherapie. Die Autoren schlussfolgern, dass die Zielsetzungen nicht durch die verhaltenstherapeutische Behandlung beeinflusst wurden, da schon bei Behandlungsbeginn die symptombezogenen Ziele überwogen haben. Dadurch könne auch nicht gesagt werden, dass die Ziele Setting-abhängig seien. Vielmehr sei die Dominanz symptombezogener Ziele auf die stärkere Belastung der Klientel zurückzuführen, die ein stationäres Setting in Anspruch nehmen. Deutlich wurde die Wichtigkeit von Zielen in Bezug auf den Selbstwert und das Selbstbewusstsein. Insgesamt seien die Therapieziele relativ stabil und längerfristig, da der Aufenthalt einer Rehabilitation selten mit der völligen Zielerreichung endet (Grosse Holtforth et al., 2002).

Ein empirisches Ergebnis zur Konsistenztheorie von Grawe (2001), zitiert nach Berking, Grosse Holtforth und Jacobi (2003) sei hier noch angeführt. Sie gingen der Frage nach, ob sich durch eine stationäre Verhaltenstherapie klinisch relevante Ziele der Patient(inn)en ändern, es zu einer Normalisierung komme und ob der Therapieerfolg höher sei, wenn bei Vermeidungszielen die subjektive Wichtigkeit reduziert wurde. Bei sehr hohen Ausprägungen der Wichtigkeit der Ziele zeigen sich Zusammenhänge mit der Pathologie. Daraus kann geschlossen werden, dass diese Ziele in ihrer starken Ausprägung der Gesundheit eher abträglich sind. Die Skalen Annäherung und Vermeidung wurden mittels FAMOS – Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2000) erhoben. Es zeigten sich bei den überwiegenden Skalen Veränderungen zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Intervention. Bei den Vermeidungszielen war eine Änderung der Wichtigkeit derselben mit positiverem Outcome, der auch die Therapiezielerreichung beinhaltete, assoziiert.

Allerdings seien ausgeprägte Vermeidungsziele nur eine von mehreren Quellen der Inkongruenz. Die Veränderungen fanden jedenfalls in Richtung „Normalisierung“ statt. Die Autoren schlussfolgern, dass die stationäre Verhaltenstherapie auch über den Faktor „Intentionsveränderung“ wirkt (Berking et al., 2003).

Grosse Holtforth (2001) hat in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Klinik 128 zukünftige Patient(inn)en mittels BIT-C befragt. 11 % haben den zweiten Teil des Instruments nicht bearbeitet und im Durchschnitt wurden 20,5 Ziele pro Person angekreuzt (SD = 10,5). 63 % aller Patient(inn)en haben Ziele aus allen Oberkategorien gewählt, und weitere 20 % aus vier Oberkategorien. Bei den fünf wichtigsten Therapiezielen dominierten mit 96 % die problem- und symptombezogenen Ziele vor den selbstbezogenen Zielen mit 54 %. Die Verbesserung des Wohlbefindens war für 45 % und Verbesserungen im zwischenmenschlichen Bereich waren für 35 % der Patient(inn)en relevante Ziele. Am seltensten kamen Ziele zum Bereich Orientierung vor (20 %).

Bei ambulanten Patient(inn)en hingegen fanden sie für die Problem- und symptombezogenen Ziele zwar die höchste Wichtigkeit aber nicht die größte Häufigkeit (60 %) (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). In diesem Sample wurden von 75 % - und somit am häufigsten - interpersonale Ziele genannt. Nur etwa 10 % formulierten ausschließlich problembezogene oder symptombezogene Ziele. Die Autoren folgern daraus, dass Interventionen keinesfalls nur symptombezogen geplant werden sollten und die Therapieziele der Patient(inn)en einen wesentlichen Beitrag zu einer adäquaten Planung der Rehabilitation beitragen können.

Wie weit sich störungsübergreifende Ziele durch störungsspezifische Maßnahmen erreichen lassen wurde von Trachsel, Itten, Stauffer, Grosse Holtforth und Hofer (2008) untersucht. Bei 72 Patient(inn)en einer ambulanten kognitiv-behavioralen störungsspezifischen Gruppentherapie wurden mittels GAS bis zu maximal drei Therapieziele operationalisiert. Die Zielformulierungen wurden als Behandlungsvertrag gewertet. Von zwei Ratern wurden die Ziele anhand der Kategorien des BIT-T (Grosse Holtforth, 2001) kategorisiert und in störungsspezifische sowie störungsübergreifende

Ziele eingeteilt. Es zeigten sich zwar höhere Effekte bei den störungsspezifischen Messverfahren und Zielen, aber die Effektgrößen lagen dennoch in allen Bereichen im hohen Bereich über 0,7. Somit wurden nicht nur die störungsspezifischen sondern auch die störungsübergreifenden Therapieziele in hohem Ausmaß erreicht.

Inwieweit die Erreichung von Therapiezielen mit den Inhalten zusammenhängt, wurde von Berking, Grosse Holtforth, Jacobi und Herwig (2005) untersucht. Auf die Frage, ob einige Therapieziele leichter zu erreichen seien als andere, konnten sie eine relativ klare Antwort geben. Die Zielerreichung bei stationären Patient(inn)en einer kognitiv behavioralen Behandlung (N = 2.770) variierte deutlich nach Zielinhalt. Insbesondere bei Zielen mit hohem Präzisionsgrad zeigte sich ein mittlerer Effekt nach Kontrolle von einflussreichen Variablen wie Schweregrad der Symptomatik oder Therapiemotivation. Therapieziele zum Wohlbefinden wurden im höchsten Ausmaß erreicht gefolgt von interpersonellen Zielen, Zielen zur Selbstentwicklung und Symptomzielen. Der geringste Grad der Zielerreichung zeigte sich bei den Zielen zu Schlafproblemen und Schmerzen. Patient(inn)en mit stärkerer Symptombelastung erzielten ein geringeres Ausmaß an Zielerreichung, ebenso Patient(inn)en mit geringerer Therapiemotivation (Berking et al., 2005)

#### **4.5.1 Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation**

Da Ergebnisse der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland häufig als Vergleichswerte für Studien der medizinisch psychiatrischen herangezogen werden, wird der nachfolgend dargestellten Arbeit besondere Bedeutung beigemessen.

Matthias Berking (2003) untersuchte im Rahmen seiner Dissertation Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. Er ging den Fragen nach, welche Therapieziele Patient(inn)en in der stationären psychosomatischen Rehabilitation erreichen wollen, welcher Zusammenhang sich mit den Störungen zeigt und ob sich sozialmedizinisch relevante Eigenschaften von Patient(inn)en zeigen, die mit Therapiezielen assoziiert sind. Des Weiteren ob die Erreichung von Therapiezielen mit dem Therapieerfolg

zusammenhängt und ob sich Ziele der Nachbehandlung hinsichtlich ihrer Inhalte von jenen der stationären Behandlung unterscheiden.

Die Therapieziele der Studie wurden nachträglich anhand des BIT-T (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) kategorisiert und der Grad der Zielerreichung wurde anhand der Skalierung von Heuft und Senf (1998) gemessen. In die Analyse gingen Daten von 2.805 Patient(inn)en einer Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie und Verhaltensmedizin der Jahre 1997 bis 2002 ein.

Auf den Bereich der problem- und symptombezogenen Ziele entfiel (von der Gesamtmenge aller Ziele) ein Anteil von 47,5 %. Auf die übrigen Kategorien entfielen zwischen 3 % und 13 %. Betrachtet man nur das Hauptziel liegt der Anteil der problem- und symptombezogenen Ziele sogar bei 61%.

Die Therapieziele der untersuchten Diagnosegruppen variierten stark. Bei Patient(inn)en der Gruppe Schmerz dominierten mit 81 % problem- oder symptombezogene Ziele, während es in der Gruppe Angst nur mehr 67 % und in der Gruppe Depression nur mehr 53 % waren. Somit sind die Therapieziele zwar eindeutig mit der Störung assoziiert aber nicht völlig von dieser Variable determiniert.

Hinsichtlich sozialmedizinisch relevanter Parameter zeigten sich Zusammenhänge zwischen den Therapiezielen und dem Geschlecht, der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und dem Vorliegen eines Gratifikationsbegehrens. Unter den Patient(inn)en mit problem- oder symptombezogenen Zielen waren häufiger Männer, Personen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und geringerer Therapiemotivation. Eine hohe Therapiemotivation zeigte sich bei Patient(inn)en mit orientierungsbezogenen Zielen, auch wenn hier Gratifikationsbegehren vorlagen. Von einem eindeutigen Zusammenhang mit Gratifikationsbegehren kann also nicht ausgegangen werden.

Für die Phase der Nachbehandlung zeigten sich ein höherer Anteil von interpersonalen Zielen und ein geringerer Anteil von problem- oder symptombezogenen Zielen.

Das Ausmaß der Erreichung von Therapiezielen steht in Zusammenhang mit dem Inhalt der Ziele. Je konkreter Ziele formuliert wurden, je spezifischer die Probleme waren, desto höher war die Zielerreichung ausgeprägt. Ziele mit geringerem Grad an

Zielerreichung bezogen sich auf Schlaf, körperliche Schmerzen oder nicht kategorisierbare angstbezogene Probleme (Berking, 2003).

Ziele von Patient(inn)en der Essener Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, die mit Hilfe der ITZ – individuellen Therapieziele aus dem Psy-BaDo erstellt wurden, sind im Rahmen einer Praktikabilitätsstudie untersucht worden (Heuft, Langkafel, Schneider, Stricker, Lange & Senf, 2000). Jedes Ziel wurde mit bis zu drei Kriterien dokumentiert, um am Behandlungsende aus Patient(inn)en-Sicht das Ausmaß der Erreichung besser einschätzen zu können. Von 407 abgeschlossenen Behandlungen lagen Daten von 349 Patient(inn)en vor, die Ziele wurden fünf Hauptkategorien zugeordnet. Am häufigsten wurden Ziele aus der Kategorie „intrapsychisch“ genannt, von 60,5 % der Patient(inn)en und von 55,2 % der Therapeut(inn)en. Am zweithäufigsten wurden Ziele aus dem Bereich „körperbezogen“ von 21,6 % der Patient(inn)en und von 17,9 % der Therapeut(inn)en. Ziele aus dem Bereich „interaktionell“ wurden von 13,7 % der Patient(inn)en und von 17,6 % der Therapeut(inn)en genannt. Hinsichtlich der Zielerreichung zeigten sich bei den Patient(inn)en (22, % erreicht, 53,5 % teilweise erreicht) etwas negativere Werte als bei den Therapeut(inn)en (33,8 % erreicht, 46,3 % erreicht) (Heuft et al., 2000).

Ergebnisse der Anwendung ICF-orientierter Instrumente seien an dieser Stelle noch angeführt. Dietsche, Nosper, Egle, Ulrich und Löschmann (2008) untersuchten die Anwendbarkeit des ICF AT 50 dahingehend, ob die Terminologie der ICF-Prozesse in der Reha abgebildet wird bzw. ob Zusammenhänge zwischen den Beeinträchtigungen und der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen bestehen. Das ICF – Ziele Psych ist ein Instrument zur Ermittlung von Therapiezielen und zur Einschätzung der Zielerreichung. Dieses Instrument beinhaltet die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe des ICF-Modells und der Bogen wurde nicht für die Therapiezuweisung verwendet. Es zeigten sich niedrige positive Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen des Instruments und den Einschätzungen der Mediziner(innen), aber nicht in allen Bereichen. Die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen korrelierte nur minimal mit den Ergebnissen aus dem ICF-AT 50 (Dietsche et al., 2008).

#### **4.5.2 Therapieziele verschiedener Settings und bei verschiedenen Diagnosen**

Berking, Grosse-Holtforth, Jacobi und Kröner-Herwig (2004) gingen der Frage nach, inwieweit Therapieziele störungsspezifisch sind. Es sollte herausgefunden werden, ob anstelle der INDICATIO SYMPTOMATICA nicht die INDICATIO FINALIS Platz greifen könnte. Wenn anstelle der Symptomatik persönlich relevante Ziele den Ausgangspunkt der Methodenwahl stellen, sollte eine effizientere Therapieplanung möglich sein.

Sie untersuchten die primären Therapieziele von 1.253 Patient(inn)en einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiemaßnahme in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Zu Beginn der Behandlung wurden drei Therapieziele gemeinsam von Patient(inn)en und Therapeut(inn)en erarbeitet und schriftlich festgehalten. Am Ende der Behandlung haben die Patient(inn)en die Ziele nochmals niedergeschrieben und die Erreichung bewertet. Die Ziele wurden nach dem Kategoriensystem des BIT-T (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002) kategorisiert. Das primäre Hauptziel wurde in die Analyse einbezogen, kategorisiert auf der mittleren Abstraktionsebene des BIT-T. Es konnten keine dominierenden Zielvorstellungen gefunden werden und der Anteil symptombezogener Therapieziele schwankte zwischen den Diagnosegruppen deutlich. Einzig bei den Schmerzpatient(inn)en zeigte sich mit einem Anteil von 77 % ein deutlicher Überhang symptombezogener Ziele. Bei den Angstpatient(inn)en zeigte sich ein besserer Therapieerfolg, wenn das Hauptziel störungsspezifische Symptome betraf. Bei depressiven Patient(inn)en waren keine dominierenden Therapieziele zu verzeichnen. Die Ergebnisse wurden so interpretiert, dass Therapeut(inn)en wenig Einfluss auf die Erstellung der Therapieziele ausübten und die Streuung der Patient(inn)en-Anliegen deutlich wurde. Gerade bei depressiven Patient(inn)en scheint eine Verfolgung nicht-störungsspezifischer Ziele mit einer deutlichen Symptomreduzierung einherzugehen (Berking et al., 2004). Die ursprüngliche Intention, Zuweisungen zu Therapien anhand von individuellen Therapiezielen zu steuern, scheint damit nicht hinreichende empirische Validität zu erhalten.

Zwar seien einige Ziele prototypisch für einzelne Diagnosen, z.B. Ziele zu Ängsten bei Angstpatient(inn)en und Ziele im zwischenmenschlichen und selbstbezogenen Bereich bei Patient(inn)en mit depressiven Erkrankungen. Sie gehen davon aus, dass

Patient(inn)en mit explizit Problem- oder Symptombezogenen Zielen von einer störungsspezifischen Intervention mehr profitieren als Patient(inn)en, die interpersonale Ziele formuliert haben (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

In einer weiteren Studie haben Grosse Holtforth, Reubi, Ruckstuhl, Berking und Grawe (2004) die Anwendbarkeit des BIT-T auf stationäre Patient(inn)en in einem Schweizer Privatkrankenhaus überprüft. In einem höheren Ausmaß als bei den ambulanten Patient(inn)en wurden problem- oder symptombezogene Ziele genannt (77 %) und interpersonale Ziele wurden von 36 % genannt. Da im stationären Setting auch Patient(inn)en mit Diagnosen der Gruppe F2 nach ICD 10 einbezogen waren, wurde das Fehlen von Zielen zu diesem Störungsbild evident. Auch im stationären waren die Therapieziele nicht völlig von der Diagnose determiniert, am ehesten wiederum bei Angstpatient(inn)en. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Berking et al. (2001) wurden in dieser Studie problem- oder symptombezogene Ziele besser erreicht als interpersonale Ziele. Dieser Unterschied kann aber durch einen hohen Anteil von Schmerzpatient(inn)en in der Studie von Berking erklärt werden.

Die Unterschiede in den Therapiezielen von Angst-Patient(inn)en und Depressions-Patient(inn)en wurden von Grosse Holtforth, Wyss, Schulte, Trachsel und Michalak (2009) in einer weiteren Studie untersucht. Dazu wurden die Daten von 255 ambulanten Patient(inn)en der Universität Bochum (CBT) und eine Gruppe von 73 ambulanten Patient(inn)en einer Klinik in Bern untersucht. Dabei wurden nur Patient(inn)en der Diagnosegruppen Angst und Depression ohne Komorbidität einbezogen. Die Therapieziele wurden gemeinsam von Patient(inn)en und Therapeut(inn)en erarbeitet und durch ein bis fünf Beispiele erwünschter Endzustände ergänzt. Insgesamt gingen 1.040 Ziele in die Analyse ein, durchschnittlich wurden 3,2 Ziele formuliert. Wie erwartet zeigte sich unter depressiven Patient(inn)en eine breitere Palette von Zielen als bei den Angst-Patient(inn)en. Problem- oder symptombezogene Ziele wurden von 50,7 % der Patient(inn)en mit Depression und von 87,8 % der Patient(inn)en mit Angststörungen gewählt. Interpersonale Ziele hingegen wurden von 72,6 % der Depressions-Patient(inn)en und von 33,3 % der Angst-Patient(inn)en gewählt. Damit haben sich vorherige Befunde bestätigen lassen,

dass unter den Angst-Patient(inn)en der Anteil symptombezogener Ziele am höchsten ist (Grosse Holtforth et al., 2009).

#### **4.5.3 Ergebnisse aus katamnestischen Untersuchungen**

So groß das Interesse an den Therapiezielen selbst und an deren Erreichung auch sein mag, bei den katamnestischen Studien psychosomatischer Rehabilitations-Einrichtungen kommen sie eher selten vor. Bekannt ist eine Studie zu psychoanalytischen Therapieverläufen im Rahmen des Heidelberger Katamnese-Projekts aus dem Jahr 1980.

Beutel, Stein En Nosse, Bleichner, Kayser, Schlüter und Kehde (2000) untersuchten den Behandlungserfolg psychosomatischer Rehabilitation anhand einer katamnestischen Studie, die sowohl an den Patient(inn)en wie auch an ihren Hausärzt(inn)en durchgeführt wurde. Insgesamt wurde der Rehabilitationsaufenthalt von über 80 % der Mediziner(innen) und Patient(inn)en als „etwas“ oder „sehr hilfreich“ eingeschätzt. Die Übereinstimmung zwischen Mediziner(inne)n und Patient(inn)en fiel umso höher aus, je mehr psychotherapeutische Zusatzausbildungen bei ersteren vorlagen. Neben psychometrischen Testverfahren wurden Items zur Globalbeurteilung und zur Zufriedenheit vorgegeben. Die Erreichung von Therapieziele wurde in dieser Studie nicht erhoben bzw. nicht publiziert.

Eine andere katamnestische Studie wurde von Schmidt, Nübling und Wittmann (2000) publiziert. In einer Studie an über 2.000 Patient(inn)en in drei Fachkliniken wurden nach einem Jahr Methoden der direkten und indirekten Veränderungsmessung angewandt. Ergebniskriterien waren z.B. Lebensqualität, Umgang mit täglichen Belastungen, Beschwerden, Leistungsfähigkeit oder das Gesundheitsverhalten. Im Bereich von etwa 45 % bis 65 % zeigten sich ein Jahr nach der Rehabilitation positive Veränderungen. Die Erreichung individueller Therapieziele wurde auch in dieser Studie nicht erhoben. Das gleiche gilt für eine katamnestische Studie von Nübling, Bürgy, Meyerberg, Oppl, Kieser Schmidt und Wittmann (2000). Alle Patient(inn)en eines Jahres (1997) wurden bei Entlassung und ein Jahr danach befragt. Die Ergebniskriterien

wurden anhand mehrerer psychometrischer Testverfahren erhoben, wobei die individuelle Therapiezielerreichung nicht berichtet wurde. Positive Effekte in den psychometrischen Testverfahren sowie zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten wurden berichtet (Nübling et al., 2000).

Unzählige weitere katamnestiche Studien haben das Kriterium der individuellen Therapieziel-Erreichung außer Acht gelassen.

## **5 Zusammenfassung und Ableitung der Forschungsfragen**

Die Relevanz von Therapieziele ist belegt. Eine große Heterogenität zeigt sich hinsichtlich der Einstellung therapeutischer Schulen zu Therapiezielen und deren Methoden der Zielfindung und -vereinbarung. Und eine noch größere Heterogenität zeigt sich unter den Patient(inn)en – sowohl was ihre Problemlagen wie auch ihre Ziele betreffen.

Zahlreiche Studien sind in den letzten 20 Jahren zu Therapiezielen publiziert worden und die Heterogenität setzt sich in den Ergebnissen fort.

Es zeigte sich, dass hinsichtlich der Inhalte der Therapieziele keine Gleichverteilung besteht (Berking, 2003) und diese auch in Zusammenhang mit der Diagnose stehen (Berking, 2003).

Inwieweit der Einsatz eines strukturierten Instruments, wie z.B. der BIT-CP, einen Einfluss auf die Inhalte von Therapieziele haben kann, und wie sich die Zielerreichung dadurch verändert, war bisher nicht Gegenstand wissenschaftlicher Studien. Auf diesen beiden Fragen liegt der Hauptfokus dieser Arbeit.

Ein zweiter Fokus beleuchtet die Rolle der Therapieziele im Rahmen der Evaluation von Psychotherapie oder Rehabilitation.

### **Forschungsfrage 1 zum Inhalt und zur Präzision der Therapieziele**

Die medizinisch psychiatrische Rehabilitation in Österreich ist eine junge Disziplin und Ergebnisse zur Wirksamkeit liegen nur in Form von prä-post Messungen und

katamnestischen Befragungen vor. Nach Kordy und Hannover (1999) spielen die Inhalte der Therapieziele in der Evaluation meist keine Rolle mehr.

Im Rahmen dieser Studie soll erhoben werden, welche Ziele von Patient(inn)en medizinisch psychiatrischer Rehabilitation verfolgt werden und wie hoch der Grad der Zielerreichung ist. Damit soll ein Beitrag zur Individualisierung der Evaluation geleistet werden.

Auf deskriptiver Ebene sollen die Ziele mit den Ergebnissen von Berking (2003) verglichen werden. Im stationären Bereich wurden zu 77 % Ziele aus dem Problem- oder Symptombezogenen Bereich genannt, während interpersonale Ziele nur von 36 % der Patient(inn)en genannt wurden (Grosse Holtforth et al., 2004). Es wird erwartet, dass sich ein ähnlicher Überhang Problem- oder Symptombezogener Ziele zeigt wie bei Berking. Dass mit präziser formulierten Therapiezielen tendenziell ein höherer Grad an Zielerreichung einhergeht, wurden ebenso von Berking et al. (2005) belegt.

**Die Hauptfragestellungen dieser Arbeit lauten:**

- **ob sich durch die Einführung des BIT-CP andere Zielinhalte zeigen - gemessen am mittleren Abstraktionsniveau**
- **ob durch die Einführung eines standardisierten Verfahrens zur Erfassung von Therapiezielen der Grad der Präzisierung der Therapieziele steigt, und**
- **ob es einen Zusammenhang zwischen dem Präzisierungsgrad und der Zielerreichung gibt.**

Der Grad der Präzisierung wird anhand des BIT-F bewertet, der vom Autor Martin Grosse Holtforth freundlicherweise zur Verfügung gestellt wird. Die Inhalte der Therapieziele werden anhand des BIT-CP kategorisiert. Soweit es nicht von den Patient(inn)en selbst vorgenommen wurde werden die frei formulierten Therapieziele Kategorien zugeordnet und die Ziele vor Einführung des Instruments nachträglich kategorisiert.

**Forschungshypothese 1a:**

Die Häufigkeiten der inhaltlichen Kategorien des BIT-CP unterscheiden sich vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP signifikant voneinander.

**Forschungshypothese 1b:**

Die formalen Kriterien für Therapieziele sind nach Einführung des BIT-CP signifikant höher ausgeprägt als vor Einführung des BIT-CP.

**Forschungshypothese 1c:**

Je höher die formale Qualität der Therapieziele ist, desto höher fällt die Therapiezielerreichung aus.

**Forschungsfrage 2 zum Grad der Zielerreichung und zur Nachhaltigkeit**

Aufgrund des geringen Anteils von Katamnesestudien, in denen die individuelle Zielerreichung aus aktueller Sicht bewertet wird, soll diese Arbeit einen Beitrag zur Erforschung der Therapiezielerreichung aus dem Blickwinkel der Nachhaltigkeit leisten.

**Die zweite Fragestellung soll klären,**

- **ob der Grad der Zielerreichung nach Einführung des BIT-CP bei der Entlassung höher ist als vor der Einführung des Instruments**
- **ob auch zum Katamnese-Zeitpunkt der Grad der Zielerreichung höher ist als vor Einführung des Instruments**

**Forschungshypothese 2a:**

Der selbst eingeschätzte Grad der Therapiezielerreichung ist nach Einführung des BIT-CP signifikant höher als vor Einführung des BIT-CP.

**Forschungshypothese 2b:**

Der selbst eingeschätzte Grad der Therapiezielerreichung ist zum Katamnesezeitpunkt (ein Jahr nach Reha-Ende) nach Einführung des BIT-CP höher als vor Einführung des BIT-CP.

**Forschungsfrage 3 zur Rolle der Therapieziele in der Evaluation**

Schließlich soll der Stellenwert der Therapieziele in der Evaluation der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation betrachtet werden. Der Zusammenhang zwischen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität ist nicht eindeutig belegt (Donabedian, 2005, Nübling & Schmidt, 1998).

Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Zielerreichung und dem Status bei Behandlungsende ist hingegen belegt (Schulte, 2000).

Bei Methoden der direkten Veränderungsmessung passiere es häufig, dass Patient(inn)en vergessen, wie es ihnen bei Therapiebeginn ergangen sei. Entscheidend für das Urteil sei die Verfassung am Ende der Behandlung. Mehrere Autoren fordern die Einbeziehung der individuellen Therapieziele in die Evaluation (Schüßler, 2009; Rudolf, 1998).

Ebenso belegt ist die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung in Hinblick auf Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Ergebnis (Siegrist et al., 2002).

Heuft et al. (2000) sehen in psychometrischen Ergebnissen eine beschränkte Aussagekraft und fordern ebenso den Einbezug individueller Therapieziele in die Evaluation.

**Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen die Zusammenhänge zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung der Therapieziele explorativ untersucht werden. Dabei werden folgende Variablen in die Analyse einbezogen:**

- **Therapiemotivation**
- **Status der Symptombelastung und Lebensqualität bei Aufnahme und Entlassung**
- **Ausmaß der psychometrischen der Veränderung (indirekte Veränderungsmessung - Differenzwerte psychometrischer Testverfahren)**
- **Ergebnisse der direkten Veränderungsmessung**
- **Zufriedenheit**

Wenn die Therapiezielerreichung tatsächlich etwas anderes misst als Verfahren der direkten oder indirekten Veränderungsmessung, sollten maximal mittlere Korrelationen zwischen den Werten errechnet werden.

## II EMPIRISCHER TEIL

Mein Problembereich 1 lautete: mein Sohn, sich um alles kümmern

Mein Therapieziel 1 lautete: auf mich zu denken

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 2 lautete: schlechtes Gewissen

Mein Therapieziel 2 lautete: keines zu haben

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 3 lautete: nicht "nein" sagen zu können

Mein Therapieziel 3 lautete: es zu können

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 4 lautete: in Stressituationen richtig zu atmen

Mein Therapieziel 4 lautete: Bewusstheit

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

## 6 Ausgangslage

Unmittelbar nach Abschluss des Psychologie-Studiums an der Universität Klagenfurt erhielt ich die Möglichkeit zur Ausbildung zur klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt. Mit Begeisterung habe ich die Aufgabe der Evaluation der Rehabilitationsaufenthalte übernommen - und übe diese Tätigkeit auch heute noch aus.

Im Rahmen einer Fortbildung der Society for Psychotherapy Research (SPR) 2006 in Genf, habe ich Dr. Martin Grosse Holtforth – und mit ihm den BIT-CP – kennengelernt. Dankenswerter Weise ermöglichte er der Reha-Klinik den Einsatz des BIT-CP, meine Neugier über den Effekt dieses Instruments war geweckt.

Bis dato wurden die Therapieziele der Patient(inn)en im Rahmen des psychotherapeutischen Aufnahmegesprächs gemeinsam von Patient(inn)en und Therapeut(inn)en formuliert. Ein Spezifikum der Reha-Klinik besteht darin, dass es keine einheitliche Ausrichtung in Bezug auf eine „Psychotherapie-Schule“ gibt, sondern Therapeut(inn)en verschiedenster Schulen praktizieren. Vertreten sind beispielsweise Verhaltenstherapie, Psychodrama, Gestalttherapie, Systemische Therapie oder Logotherapie nach Viktor Frankl.

Ein weiteres Spezifikum ist die Tatsache, dass aufnehmende Psychotherapeut(inn)en oder Psycholog(inn)en in den meisten Fällen nicht die Bezugsbetreuung der jeweiligen Patient(inn)en übernehmen konnten. Somit fand die Formulierung der Therapieziele vor Beginn der eigentlichen Rehabilitation, und vor dem Kennenlernen der Bezugstherapeut(inn)en statt. Viele Patient(inn)en waren erstmals mit der Situation konfrontiert, Therapieziele zu formulieren. Gerade beim Start der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation in Österreich kam ein kleiner Teil der Patient(inn)en ohne Anliegen bzw. Ziele zum Reha-Aufenthalt, da sie sozusagen „geschickt“ wurden.

## **6.1 Einführung des BIT-CP in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit**

Meine Überlegung bei der Einführung des Instruments war, die erste Woche des Rehabilitationsaufenthalts, die durch viele Aufnahmegespräche und Vorstellungen von Therapien charakterisiert ist, für eine Reflexion und Auseinandersetzung mit den Therapiezielen zu nutzen. Anhand eines standardisierten Instruments sollten die Patient(inn)en Ideen für Therapieziele bekommen um so leichter ihre eigenen Therapieziele formulieren zu können. Die Ausgabe der Bögen erfolgte im Rahmen einer Therapievorstellung. Der bearbeitete Bogen sollte so rasch wie möglich retourniert oder zum psychotherapeutischen Aufnahmegespräch mitgebracht werden. Dort diente er als Basis für die gemeinsame Zielformulierung.

Bögen, die nicht vollständig ausgefüllt waren (dies betraf meist die letzte, handgeschriebene Seite) wurden mit einem Vermerk und einer Bitte an die Patient(inn)en zur vollständigen Bearbeitung retourniert. Patient(inn)en, die Hilfe bei der Bearbeitung benötigten, wurden unterstützt.

Nach Abschluss der Aufnahmewoche wurde die letzte handschriftlich verfasste Seite der Zielchecklisten dreifach kopiert (jeweils nur die Seite mit den eigenen Zielen). Das Original wurde an die Patient(inn)en im Rahmen der ersten Therapiewoche retourniert, ein Exemplar bekamen die Bezugstherapeut(inn)en, ein Exemplar wurde in der Krankenakte abgeheftet und ein Exemplar für diese Studie archiviert.

## **6.2 Aktueller Stand des Einsatzes des BIT-CP in der Reha-Klinik**

Die Erhebung für diese Studie ist schon lange abgeschlossen und das Instrument BIT-CP wurde fix in das umfangreiche Assessment der Reha-Klinik aufgenommen.

Verändert hat sich nur die gemeinsame Erarbeitung der Therapieziele. Die Inhalte der Ziele werden nun nicht mehr im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch, sondern im ersten Einzelgespräch besprochen und dokumentiert. Somit obliegt die Erarbeitung der Therapieziele den Patient(inn)en gemeinsam mit seinem/ihrem Bezugstherapeuten/in.

Unmittelbar nach Einführung des Instruments wurde deutlich, dass die Patient(inn)en eine Fülle von Zielen ankreuzen. Es fiel ihnen schwer, daraus die drei bis fünf tatsächlichen Therapieziele für den Aufenthalt zu extrahieren. Aus diesem Grund wurde jedem Bogen ein Streifen mit 10 roten Punkten beigelegt. Diese sollten helfen, im ersten Schritt die zehn wichtigsten Ziele zu identifizieren, sodass die Reduktion auf drei bis fünf Ziele leichter falle. Diese Vorgangsweise wird bis dato beibehalten.

Andere Instrumente zur Therapieziel-Erarbeitung wurden zwar in Erwägung gezogen, aber das BIT-CP erschien von der Praktikabilität her am geeignetsten.

## **7 Studiendesign**

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine prospektive Studie, die den Effekt des Einsatzes des BIT-CP in der Reha-Klinik auf die Therapiezielformulierung und Therapiezielerreichung messen soll.

Die Vergleichsgruppen werden mit „vor Einführung des BIT-CP“ und „nach Einführung des BIT-CP“ benannt. Einbezogen werden Daten vom Zeitpunkt der Entlassung sowie Katamnese-Daten ein Jahr nach Entlassung. Angewendet werden primär quantitative Methoden.

Zur Einordnung der Therapieziele innerhalb der Gesamtevaluation werden Zusammenhänge mit anderen Ergebniskriterien untersucht. Dieser Teil der Studie hat retrospektiven und explorativen Charakter.

### **7.1 Erhebungsverfahren**

Die im Rahmen der vorliegenden Studie eingeführten Erhebungsinstrumente sind das BIT-CP und das BIT-F von Grosse-Holtforth (2002). Diese beiden Instrumente sind nachfolgend beschrieben. Weitere, in der Klinik verwendete Verfahren, die im Rahmen dieser Studie eine Rolle spielen, sind nur angeführt.

### 7.1.1 Bit CP – Berner Inventar für Therapieziele

Konzeptionell wurde das Verfahren schon unter Punkt 4.4.6 vorgestellt. Die in der Reha-Klinik verwendete Version ist im Anhang A angefügt.

Tabelle 10 Drei Abstraktionsebenen und Ziel-Nummern des BIT-CP

Höchstes Abstraktionsniveau	Kategorie Nummer	Ziel Nummer niedrigstes Abstraktionsniveau	Kategorien Mittleres Abstraktionsniveau	Ziel Nummer frei formulierbare Ziele
<b>P</b> Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome 27 Ziele	1	1-4	Depressives Erleben	104
	2	5-6	Körperliche Selbstverletzung	106
	3	7-10	Ängste	110
	4	11-12	Zwanghafte Gedanken und Handlungen	120
	5	13	Traumatische Erlebnisse	130
	6	14-17	Suchtverhalten (Alkohol, Drogen, Medikamente)	170
	7	18-19	Essverhalten	190
	8	20	Schlaf	200
	9	21	Sexualität	210
	10	22-23	Körperliche Schmerzen und Krankheiten	230
	11	24-26	Schwierigkeiten in bestimmten Lebensbereichen	260
	12	27	Stress	270
<b>I</b> Ziele im zwischenmenschlichen Bereich 16 Ziele	13	28-30	Bestehende Partnerschaft	300
	14	31-33	Elternschaft und aktuelle Familie	330
	15	34	Herkunftsfamilie	340
	16	35-36	Andere Beziehungen	360
	17	37-38	Alleinsein und Trauer	380
	18	39-40	Selbstbehauptung und Abgrenzung	400
	19	41-43	Kontakt und Nähe	430
<b>W</b> Verbesserung des Wohlbefindens 6 Ziele	20	44-45	Bewegung und Aktivität	450
	21	46-47	Entspannung und Gelassenheit	470
	22	48-49	Wohlbefinden	490
<b>O</b> Orientierung im Leben 4 Ziele	23	50-52	Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	520
	24	53	Sinnfindung	530
<b>S</b> Selbstbezogene Ziele 11 Ziele	25	54-55	Einstellung zu mir selbst	550
	26	56-58	Bedürfnisse und Wünsche	580
	27	59-62	Verantwortung, Leistung und Kontrolle	620
	28	63-64	Umgang mit Gefühlen	640

Die Abstraktionsebenen und Ziel-Nummern sind in Tabelle 10 dargestellt.

Die 64 Ziele (niedrigstes Abstraktionsniveau) werden in 28 Kategorien (mittleres Abstraktionsniveau) präsentiert und in fünf Oberkategorien (höchstes Abstraktionsniveau) zusammengefasst.

42 % der Ziele gehören dem Bereich zu Symptomen und Problemen an, die zweitgrößte Gruppe sind Ziele aus dem zwischenmenschlichen Bereich mit 25 %.

In jeder der 28 Kategorien kann ein frei formuliertes Ziel angeführt werden, das im Bogen nicht enthalten ist.

### **7.1.2 BIT – F Berner Inventar für Therapieziele - Formal**

Martin Grosse Holtforth hat freundlicherweise das Berner Therapiezielinventar Formal BIT-F (Versionen IV/V) für die vorliegende Arbeit zur Verfügung gestellt. Eine Publikation zum Instrument kann zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit nicht zitiert werden.

Das Verfahren erfasst die formale Qualität von Therapiezielen, basierend auf Erkenntnissen der Literatur. Die formalen Anforderungen wurden unabhängig von Inhalten definiert und in 14 Kategorien mit unterschiedlicher Anzahl von Unterkategorien zusammengefasst. In Tabelle 11 sind die Kategorien samt Unterkategorien dargestellt.

Im Laufe der Entwicklung des Instruments wurden vom Autor 56 Kriterien in Version I untersucht und überlappende Kategorien eliminiert. Version II enthielt 19 Kategorien, für die Beispiele erfasst wurden.

Nach einer weiteren Überarbeitung entstand Version III mit zehn Kategorien, die im Rahmen einer Studie in Bochum überprüft wurden. Schließlich wurde in Bern die vierte Version mit 13 Kategorien entwickelt.

Zur Anwendung in dieser Studie wurden bei einigen Kategorien die Subkategorien vereinfacht. Dabei waren die Erfahrungen von Dr.<sup>in</sup> Johanna Friedli und ihrem Team aus der Privatklinik Hohenegg (Schweiz) hilfreich, womit Version V des BIT-F in Verwendung war.

Tabelle 11 Kategoriensystem BIT-F

Kategorie	Original	vereinfacht/Verwendung
<b>RICHTUNG DER ERWARTUNG (RdE)</b> Auf wen oder was bezieht sich das Ziel?	1) Person	2
	2) Andere Menschen	1
	3) Umwelt	/
	4) Störung	/
	8) Mehrfachnennung	/
	9) Nicht einschätzbar	0
<b>FORMULIERUNG (F)</b>	1) 1-Wort	1
	2) Wortreihe	2
	3) Vollständiger Satz	3
	4) Mehrfachnennung	3
<b>KOMPLEXITÄT (K)</b>	Anzahl Teilziele insgesamt	Anzahl der Teilziele
<b>HOMOGENITÄT (H)</b>	0) Homogen bei 1 Teilziel	0=kein Ziel
	1) Homogenität bei mehreren Teilzielen	1 Homogenität
	2) Heterogen	2 Heterogenität
<b>BEZEICHNUNG DES PATIENTEN (BdP)</b>	0) Keine	0
	1) Ich (+ mich, meine, mir)	2
	2) Name (+ sich, seine, ihre)	1
	3) Er / Sie (+ sich / seine, Ihre)	1
	4) Patient(in) (+ sich, seine, ihre)	/
	8) Mehrfachnennung	2
<b>VOLLSTÄNDIGKEIT (V)</b>	1) Ist-Sollzustand	2
	2) Sollzustand	2
	3) Istzustand	1
	4) Bereich = Ziel	1
<b>POSITIV - NEGATIV (PN)</b>	1) Positiv	2
	2) Negativ	1
	3) Ambivalent	2
	8) Mehrfachnennung	2
	9) Nicht einschätzbar	0
<b>BEGRIFFLICHKEIT (B)</b>	0) Keine Nennung	0
	1) Beobachtungsbegriffe	2
	2) Theoretische Begriffe	1
	3) Doppelnennung	/
	7) 2) und 0)	/
	8) 1) und 0)	/
	9) nicht einschätzbar	0
<b>SITUATIONSTYP (S)</b> In welcher Situation soll etwas anders gemacht/verändert werden	0) Keine Situation	0
	1) Definierte Situation	2
	2) Nicht näher bezeichnete Situation	1
	3) Situation im Bereich	/
	4) Psychologische Situation	/
	8) Mehrfachnennung	/
	9) Nicht einschätzbar	0

Fortsetzung Tabelle 11: Kategoriensystem des BIT-CP-F

Kategorie	Unterkategorie	
BEZIEHUNGS-SPEZIFISCH (SpB)	1) Trifft nicht zu	0
	2) Trifft zu	1
	3) Allein / ohne Begleitung	/
	8) Mehrfachnennung	/
BEDEUTUNG DES VERBS (BdV)	0) Kein Verb	0
	1) Aktion	/
	2) Zustand	3
	3) Prozess	2
	4) Fähigkeit	1
	5) Wunsch	/
	8) Mehrfachnennung	/
	9) Nicht einschätzbar	0
KOMPARATIV (Ko)	0) Kein Komparativ	0
	1) Komparativ	1
	2) Indirekter Komparativ	/
	8) Mehrfachnennung	/
RESTKATEGORIE (R)	3) Veränderungsziel	2
	1) Erhaltungsziel	1
	2) nicht kategorisierbar	0
SUBJEKTIVE QUALITÄT (sQ)	0) Sehr schlecht	0 neu
	1) Schlecht	1
	2) Gut	2
	3) Sehr gut	3

In der vorliegenden Arbeit wurde die Kategorie Homogenität auf zwei Rating-Möglichkeiten reduziert und damit vereinfacht: Homogenität vs. Heterogenität. In der Kategorie Vollständigkeit wurden nur zwei Ratings benötigt: Sollzustand und Istzustand. In der Kategorie Begrifflichkeit wurde, wie auch vom Team um Dr.<sup>in</sup> Friedli, nur „beobachtbar“ und „nicht beobachtbar“ kategorisiert. Eine Vereinfachung wurde auch bei der Kategorie Situationstyp vorgenommen. Hier wurden nur die beiden Ratings „nicht näher bezeichnete Situation“ und „definierte Situation“ belassen. Auch bei der Kategorie beziehungspezifisch wurden nur zwei Ratings genutzt: „trifft zu“ und „trifft nicht zu“. Bei der Kategorie Bedeutung des Verbs wurde die Ausprägung „Aktion“ nicht genutzt. Eine Umkodierung wurde – wie vom Team um Dr.<sup>in</sup> Friedli – für die Kategorie Komparativ vorgenommen. Hier wurden nur „kein Komparativ“ und „Komparativ“ geratet.

Bei der Kategorie subjektive Qualität hingegen wurde eine Ausprägung hinzugenommen, da ursprünglich nur eine negative und zwei positive Ratings möglich waren.

Ein Kategorisierungsbeispiel ist in Anhang B angeführt.

Für die Kategorien des BIT-F wird ein Summenwert berechnet. Inwieweit diese Vorgangsweise berechtigt ist – im Sinne der Eindimensionalität des Kategoriensystems – wird im Zuge der Analyse geprüft und faktorenanalytisch untersucht.

## **7.2 Auswertungsverfahren**

Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS (Version 14 und 18) und Excel.

Neben Methoden der Deskriptivstatistik werden nachfolgende statistische Verfahren angewendet, die zum Teil direkt vor der Ergebnispräsentation erläutert und begründet werden:

Cronbach's Alpha und korrigierte Trennschärfen wurden im Zuge von Reliabilitätsanalysen für das BIT-F berechnet. Für dieses Verfahren wurde ebenso eine explorative Faktorenanalyse (PCA, Varimax-Rotation) durchgeführt.

Zur Überprüfung der Haupthypothese, der Veränderung der Therapiezielinhalte, wurde ein Chi-Square-Test angewendet. Für die Bewertung des Effekts wurde die Effektgröße  $\omega$  sowie das Konfidenzintervall dafür berechnet.

Zum Mittelwertsvergleich der formalen Qualität der Therapieziele vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP wurde ein unabhängiger t-Test angewendet. Dafür wurde die Effektgröße  $d$  sowie das dazugehörige Konfidenzintervall berechnet.

Spearman Korrelationen und die Korrelation Kendalls tau<sub>b</sub> wurden zur Beurteilung des Zusammenhangs zwischen verschiedenen psychometrischen Ergebnissen berechnet. Für alle Signifikanztests gilt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %.

### 7.3 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobengröße wurde nicht a priori explizit festgelegt bzw. errechnet. Aufgrund des umfangreichen Kategoriensystems des BIT-CP war damit zu rechnen, dass einige Kategorien höchst selten vorkommen würden. Um für die Signifikanztestung mindestens fünf erwartete Fälle - prä und post - auf alle Zellen zu erzielen, erschien eine umfangreiche Stichprobe als notwendig.

#### Sampling

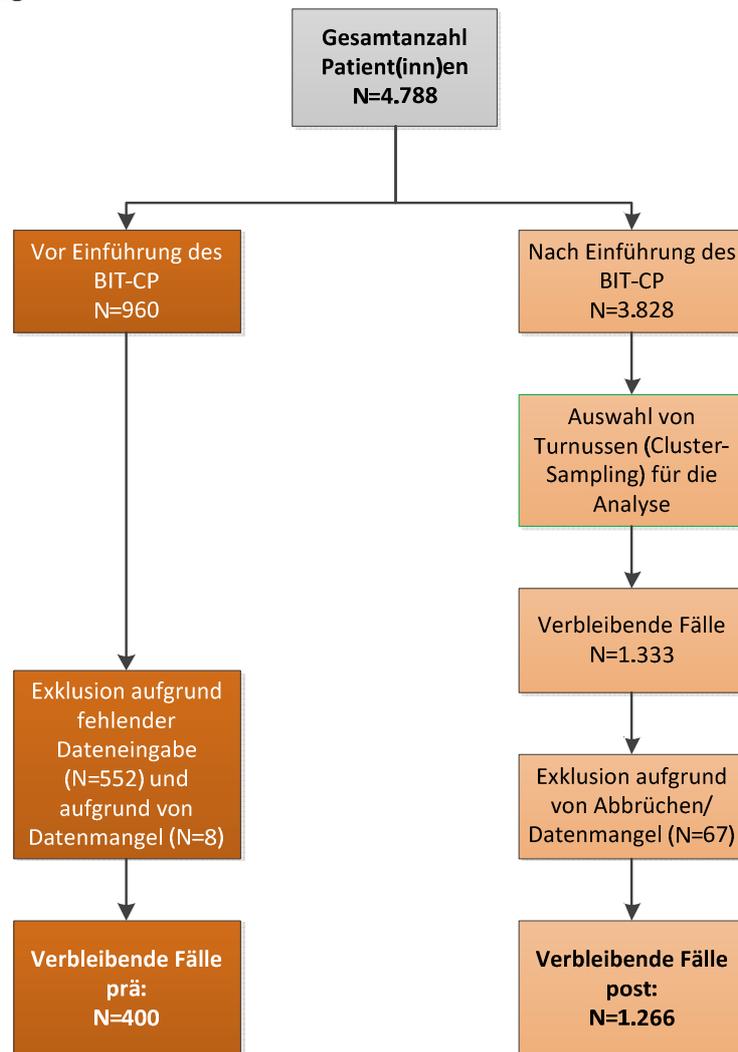


Abbildung 10 Übersicht zum Sampling der Studie

Zum Zeitpunkt der Datenanalyse befanden sich N = 4.788 Patient(inn)en im Datensatz der Reha-Klinik. 960 Patient(inn)en aus dem Zeitraum vor Einführung des BIT-CP und N = 3.828 Patient(inn)en nach Einführung des BIT-CP (Abbildung 10).

Es war geplant, alle Patient(inn)en aus dem Zeitraum vor Einführung des BIT-CP in die Analyse einzubeziehen, was jedoch aufgrund nicht vollständiger Dateneingabe – insbesondere bei den qualitativen Daten – nicht möglich war. Von N = 960 Fällen waren nur N = 408 vollständig im SPSS-File erfasst und in acht Fällen lagen missing values vor. Zum Zeitpunkt dieser Datenerhebung wurden Abbrecher(innen) nicht erfasst.

Für den Zeitraum nach Einführung des BIT-CP standen potenziell N = 3.828 Patient(inn)en im Datensatz für die Analyse zur Verfügung. Im Sinne einer Cluster-Auswahl wurden die ersten 18 Turnusse (T36 bis T53) unmittelbar nach Einführung des BIT-CP und 17 Turnusse zu einem späteren Zeitpunkt (T93 bis T109) gewählt. Analysen der letzten Jahre haben ergeben, dass die Turnusse zueinander überwiegend homogen und in sich heterogen gestaltet sind. Gezielt wurden Turnusse aus der Einführungsphase des Instruments und Turnusse aus dem Regelbetrieb mit dem BIT-CP ausgewählt.

Von den N = 1.333 ausgewählten Fällen nach Einführung des BIT-CP mussten N = 67 Fälle aufgrund von Abbrüchen, Verlängerungen zum nächsten Turnus oder Datenmangel (Verweigerung, sprachlicher oder kognitiver Einschränkung oder zu starker Symptombelastung) von der Analyse ausgeschlossen werden.

Somit verbleiben in der Gruppe vor Einführung des BIT-CP N = 400 Fälle und in der Gruppe nach Einführung des BIT-CP N = 1.266 Fälle. Die beiden Gruppen werden nachfolgend in Bezug auf relevante soziodemographische und krankheitsbezogene Daten dargestellt.

Für die Fragestellungen zum Katamnesezeitpunkt sowie für die Betrachtung der Zusammenhänge von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mussten jeweils andere Stichproben aus dem Datensatz der Reha-Klinik herangezogen werden. Hinsichtlich relevanter soziodemographischer oder krankheitsbezogener Daten unterscheiden sich diese Stichproben nur geringfügig voneinander, es handelt sich hierbei um zeitversetzte Stichproben – je nach Vorhandensein der Daten bzw. je nach Einsatz der interessierenden psychometrischen Testverfahren.

### **7.3.1 Angaben zur Soziodemographie**

Das Durchschnittsalter der Patient(inn)en in der Reha-Klinik liegt bei 43,95 Jahren (SD = 9,36). In der Gruppe vor Einführung des BIT-CP liegt das durchschnittliche Alter bei 42,55 Jahren (SD = 9,35) und in der Gruppe nach Einführung des BIT-CP bei 43,83 Jahren (SD = 9,40). Dieser Unterschied ist zwar signifikant [ $t(1.664) = -2,381$ ;  $p = 0,017$ ], aber mit einer Effektgröße von 0,14 nicht bedeutsam. Dieser Unterschied entspricht den Entwicklungen im Verlauf des Bestands der Reha-Klinik, ähnlich wie beim Geschlecht, wo der Anteil der Männer leicht rückläufig scheint (36,5 % prä vs. 33,7 % post).

Beim Familienstand zeigt sich ein hoher Anteil verheirateter Patient(inn)en (34,7 % prä und 37,7 % post) und ein relativ hoher Anteil lediger Personen (31,0 % prä und 27,7 % post).

Beim höchsten abgeschlossenen Bildungsstatus dominiert die Hauptschule mit 41,5 % prä und 48,0 % post. Hochschulabschluss weisen nur 5,4 % der Patient(inn)en prä und 6,4 % der Patient(inn)en post auf.

Bei der höchsten beruflichen Stellung zeigt sich ein hoher Anteil von missing values.

Der größte Anteil der Patient(inn)en weist einen Lehrabschluss auf (34,4 % prä und 35,2 post). Bei dieser Variable zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen im Ausmaß eines kleinen Zusammenhangs ( $CC = 0,253$ ).

Der aktuelle berufliche Status ist ein wichtiges soziodemographisches Merkmal. In der Gruppe nach Einführung des BIT-CP ist der größte Anteil der Patient(inn)en berufstätig (31,4 %), während in der Gruppe vor Einführung des BIT-CP die größte Gruppe mit 36,9 % Pensionempfänger(innen) waren. Auch wenn dieser Unterschied signifikant ist, ist er mit einem CC von 0,112 nicht bedeutsam.

Alle Angaben zur Soziodemographie sind in Tabelle 12 dargestellt.

### **7.3.2 Angaben zu krankheitsbezogenen Daten**

Bei den Patient(inn)en der Reha-Klinik handelt es sich um eine relativ stark chronifizierte Klientel. 26,1 % der Gruppe vor Einführung des BIT-CP und 24,5 % der Gruppe nach Einführung des BIT-CP leiden seit mehr als 14 Jahren unter ihren

**Tabelle 12 Stichprobencharakteristik (Soziodemographie)**

<b>Variable</b>	<b>vor Einführung des BIT-CP</b>	<b>nach Einführung des BIT-CP</b>	<b>Sig</b>
Stichprobengröße	N = 400	N = 1.266	
<b>Alter</b>	<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>	
	42,55 (9,35)	43,83 (9,40)	<b>sig.</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
bis 30 Jahre	51 (12,8)	150 (11,8)	
31 bis 40 Jahre	93 (23,3)	242 (19,1)	
41 bis 50 Jahre	171 (42,7)	552 (43,7)	
51 bis 60 Jahre	83 (20,7)	309 (24,4)	
älter als 60 Jahre	2 (0,5)	14 (1,0)	
<b>Geschlecht</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
männlich	146 (36,5)	427 (33,7)	
weiblich	254 (63,5)	839 (66,3)	
<b>Familienstand</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
ledig	122 (31,0)	347 (27,7)	
getrennt/geschieden/allein lebend	93 (23,6)	273 (21,8)	
verheiratet	137 (34,7)	472 (37,7)	
in fester Partnerschaft	35 (8,9)	132 (10,5)	
verwitwet	6 (1,5)	22 (1,8)	
sonstiges	1 (0,3)	6 (0,5)	
<b>höchste abgeschlossene Bildung</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
noch in Ausbildung	3 (0,8)	4 (0,4)	
Hauptschule	162 (41,5)	591 (48,0)	
weiterführende Fachschule	88 (22,5)	231 (18,8)	
Matura	67 (17,2)	185 (15,0)	
Hochschulabschluss	21 (5,4)	79 (6,4)	
ohne Abschluss	5 (1,3)	24 (2,0)	
sonstiges	44 (11,3)	115 (9,4)	
<b>höchster beruflicher Status</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>sig.</b>
noch in Ausbildung	6 (1,5)	21 (1,7)	
Lehre	138 (34,4)	445 (35,2)	
Meister/Fachschule	41 (10,3)	221 (17,5)	
Universität/Fachhochschule	25 (6,3)	96 (7,6)	
ohne Abschluss	58 (14,5)	237 (18,7)	
sonstiges	34 (8,5)	8 (0,6)	
<i>keine Angabe</i>	<i>98 (24,5)</i>	<i>238 (18,7)</i>	
<b>aktueller beruflicher Status</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>sig.</b>
berufstätig	102 (25,7)	398 (31,4)	
arbeitslos/Notstand	75 (18,8)	286 (22,6)	
Pensionsantrag gestellt/Übergangsgeld	44 (11,1)	182 (14,4)	
(befristete) Pension	147 (36,9)	331 (26,1)	
sonstiges	30 (7,5)	69 (5,5)	

Symptomen. Je 19 % berichten von einer Dauer der Symptome zwischen acht und vierzehn Jahren. Je 28 % haben eine Erkrankungsdauer im Zeitraum von drei bis zu

acht Jahren berichtet. Unter den weniger chronifizierten Patient(inn)en (bis zu drei Jahre Symptombdauer) sind 25 % der Gruppe vor Einführung des BIT-CP und 29 % der Gruppe nach Einführung des BIT-CP.

Bei der Diagnoseverteilung (Abbildung 11) zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen, der jedoch nur einen schwachen Effekt aufweist [ $\chi^2(8) = 21,09$ ;  $p = 0,007$ ;  $CC = 0,112$ ]. Der Anteil von Patient(inn)en aus der Gruppe F2 ist nach Einführung des BIT-CP mit 5,3 % geringer als vor Einführung des BIT-CP mit 8,0 %.

Der Anteil affektiver Störungen ist gesunken (58,3 % prä vs. 52,3 % post), während der Anteil aus der Gruppe F4 von 26,5 % auf 36,8 % gestiegen ist. Dies ist vermutlich ein Effekt der Schwerpunktsetzung der Reha-Klinik in Bezug auf die Behandlung von traumatisierten Patient(inn)en. Damit verbunden ist auch eine exaktere Diagnosestellung der Folgen von Traumatisierungen. Das hat sich einerseits auf das Zuweiser(innen)verhalten ausgewirkt, zunehmend kommen jedoch auch Patient(inn)en mit dieser Problematik auf eigenen Wunsch, bzw. zu wiederholten Aufenthalten in die Reha-Klinik.

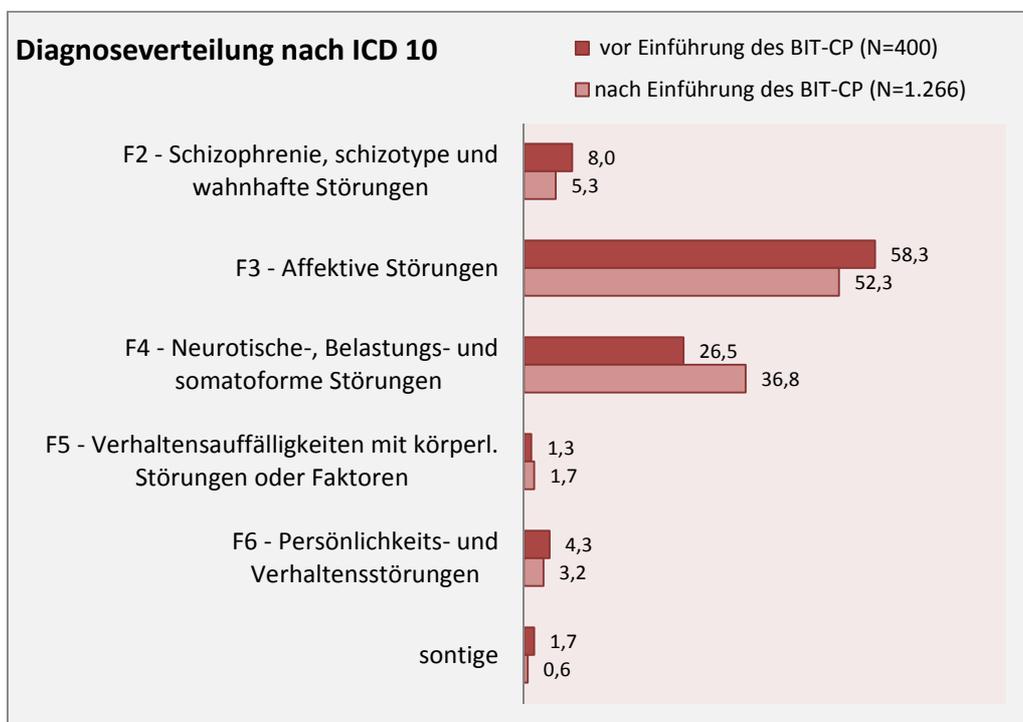


Abbildung 11 Diagnoseverteilung nach ICD 10 für die Gruppen vor und nach Einführung des BIT-CP

Da Patient(inn)en mit traumatischen Erlebnissen eine deutlich stärkere Symptombelastung und geringeren Therapieerfolg – gemessen an der psychometrisch gemessenen Symptomlinderung – aufweisen, kann dieser Sachverhalt bei der Beurteilung des Behandlungserfolgs, bzw. der Therapiezielerreichung eine Rolle spielen.

In 51,3 % der Fälle vor Einführung des BIT-CP und in 46,7 % der Fälle nach Einführung des BIT-CP wurde eine Komorbiditätsdiagnose gestellt. In beiden Gruppen mehr als die Hälfte aus der Gruppe F4.

In 15,5 % der Fälle prä und in 17,1 % der Fälle post wurde eine dritte psychiatrische Entlassungsdiagnose gestellt, wiederum etwa zur Hälfte aus der Gruppe F4.

Mein Problembereich 1 lautete: \_\_\_\_\_

Mein Therapieziel 1 lautete: Lockerer u. selbstbewusster werden

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 2 lautete: \_\_\_\_\_

Mein Therapieziel 2 lautete: Wieder Vertrauen in Menschen gewinnen können

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 3 lautete: \_\_\_\_\_

Mein Therapieziel 3 lautete: Positiv auf den REHA-Aufenthalt zurückblicken können

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

## 8 Ergebnisse

Nachfolgend sind die Ergebnisse der Studie in der Abfolge der prospektiv formulierten Hypothesen dargestellt. Aufgrund der aufschlussreichen Datenmenge, und damit verbundenen zahlreichen Möglichkeiten, werden die Ergebnisse der Hypothesentestung durch relevante deskriptive Ergebnisse ergänzt.

Ein Teil der Tabellen ist im Anhang zu finden.

### 8.1 Überprüfung der Forschungshypothese 1 zu den Inhalten der Therapieziele

Forschungshypothese 1 enthält mehrere Aspekte in Bezug auf Therapieziele, bei denen ein Einfluss durch die Einführung des BIT-CP erwartet wird.

#### **Forschungshypothese 1a:**

Die Häufigkeiten der inhaltlichen Kategorien des BIT-CP vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP unterscheiden sich signifikant voneinander.

#### **Forschungshypothese 1b:**

Die formalen Kriterien für Therapieziele sind nach Einführung des BIT-CP signifikant höher ausgeprägt als vor Einführung des BIT-CP.

#### **Forschungshypothese 1c:**

Je höher die formale Qualität der Therapieziele ist, desto besser fällt die Therapiezielerreichung aus.

#### 8.1.1 Vorbereitung der Daten zur inhaltlichen Kodierung

Einbezogen wurden alle Therapieziele, die von Patient(inn)en zum Entlassungszeitpunkt in der Abschlussevaluation mit eigenen Worten angeführt wurden. Die Anleitung im Fragebogen lautete wie folgt:

7. Was waren Ihre **Problembereiche und Beschwerden**, und **wieweit** haben Sie im Rahmen Ihres Rehabilitationsaufenthalts Ihre **Therapieziele erreicht**?

Mein **Problembereich 1** lautet: \_\_\_\_\_

Mein **Therapieziel 1** lautet: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Insgesamt wurde den Patient(inn)en die Möglichkeiten gegeben, die Erreichung von fünf Therapiezielen zu bewerten. Im Zuge der Anpassung der Erhebungsinstrumente wurde eine Reduktion auf drei Ziele vorgenommen, sowohl zum Entlassungszeitpunkt wie auch bei der katamnestischen Befragung. Die Bewertung der Zielerreichung aus Sicht der Bezugstherapeut(inn)en ist in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Wie unter Punkt 7.3 angeführt konnten die Ziele von N = 400 Patient(inn)en vor Einführung des BIT-CP und N = 1.266 Patient(inn)en nach Einführung des Instruments in die Analyse einbezogen werden. Der Anteil von Patient(inn)en ohne ein einziges Therapieziel lag vor Einführung des BIT-CP bei 3,3 % und nach Einführung des BIT-CP bei 8,5 %.

**Tabelle 13**      **Anteile von Patient(inn)en ohne Angabe von Therapiezielen vor und nach Einführung des BIT-CP**

Anteil von Patient(inn)en ohne Therapieziele	vor Einführung des BIT-CP N = 400	nach Einführung des BIT-CP N = 1.266
<b>1. Therapieziel</b>	3,3 %	8,5 %
<b>2. Therapieziel</b>	8,5 %	16,0 %
<b>3. Therapieziel</b>	20,0 %	24,8 %

Auch bei Therapieziel zwei und drei zeigen sich höhere Anteile von Patient(inn)en ohne formulierte Therapieziele in der Entlassungsevaluation nach Einführung des BIT-CP.

Zur Überprüfung dieser Forschungshypothese wurden insgesamt N = 1.086 Therapieziele vor Einführung des BIT-CP und N = 3.282 Therapieziele nach Einführung des BIT-CP kodiert.

### **8.1.2 Kodierung der Therapieziele nach Einführung des BIT-CP:**

Im ersten Schritt wurden die Therapieziele nach Einführung des BIT-CP kodiert, weil ich davon ausgegangen bin, dass diese näher an den Beispielen des BIT-CP formuliert sind. Nach Kodierung von einigen hundert Therapiezielen wurden die Ergebnisse mit einer Kollegin, Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Andrea Jansche, Verhaltenstherapeutin unter Supervision diskutiert.

Es zeigte sich, dass die Kategorien des BIT-CP nicht ausreichten, um alle Ziele adäquat in Kategorien abzubilden. Zwar bietet das Instrument die Option „nicht kategorisierbar“ zu wählen, damit wäre jedoch ein erheblicher Anteil der Ziele „in einen Topf geworfen“ worden.

Ergänzt wurde das Kategoriensystem des BIT-CP um acht Kategorien mit Zielinhalten, die im BIT-CP nicht enthalten waren (z.B. Ziele zu Symptomen von Schizophrenie).

Zwei Kategorien sind dazugenommen, in denen sehr allgemein formulierte Ziele subsummiert wurden, z.B. „gesund werden“ oder „stabiler werden“. Ein erheblicher Anteil von Zielen bezog sich auf die Reduktion von Medikamenten, häufig in Zusammenhang mit der Schlafqualität.

Die Kategorie „Berufliche Ziele“ wurde aufgrund der Relevanz für den Kostenträger hinzugenommen. Ein erheblicher Anteil von Zielen bezog sich auf die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit oder Konzentration, ohne Bezugnahme auf psychotherapeutische/psychologische Themen und wurde als zusätzliche Kategorie aufgenommen.

Weiters wurden zwei Kategorien, die sich auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit bezogen, hinzugezogen, da sie in ihrer Relevanz im vorhandenen Kategoriensystem aus meiner Sicht zu wenig berücksichtigt wurden. Diese beiden Ziele sind aufgrund der Wichtigkeit im therapeutischen Setting hinzugekommen.

Die in Tabelle 14 dargestellten Kategorien wurden induktiv aus dem Datenmaterial gewonnen. Dazu war es nötig, mehrere Materialdurchgänge durchzuführen. Der Anteil von Zielen, die eigentlich keine Therapieziele sind, wäre in einer einzigen Kategorie sehr hoch gewesen.

**Tabelle 14** Im Rahmen der Studie gewonnene Kategorien für Therapieziele

<b>Kategorie</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Beispielziele</b>
Berufliche Ziele	am ehesten im Bereich „Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft enthalten (Orientierung im Leben) oder im Bereich „Schwierigkeiten in bestimmten Lebensbereichen“ (Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome) enthalten. Aufgrund des relativ hohen Anteils an Zielen und der Wichtigkeit – auch von Seiten des Kostenträgers – wurde die Kategorie erstellt.	„Klarheit über berufliche Zukunft erlangen.“ „Wie stelle ich mich der Arbeitsplatzsituation.“ „Meine Arbeitsaufgabe aufzeigen, definieren“ „Prüfung der beruflichen Möglichkeiten“ „Abgrenzung dem Koch gegenüber“ „Wiedereintritt Arbeitsmarkt oder Pension“
Ziele zu Medikation	am ehesten im Bereich „Suchtverhalten (bezogen auf Alkohol, illegale Drogen oder Medikamente)“ enthalten, Problemstellungen der Patient(inn)en bezogen sich jedoch meist auf Schlafmedikation oder z.B. verordnete Medikation gegen Depression	„Reduzierung d. Medikamente“ „Loslösung von den Schlafmitteln“ „Totale Medikamentenumstellung“ „Medikamente abzusetzen“
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit/Konzentration	Nennungen, die sich primär auf die Verbesserung der rein physischen Gesundheit oder Konzentration bezogen haben, ohne Bezug zur psychischen Gesundheit	„Steigerung der Konzentrationsfähigkeit“ „Körperliche Gesundheit“ „Mehr körperliche Energie und Kraft“ „Mehr Ausdauer“
„wieder gesund werden“	sehr allgemeine Formulierungen wie z.B. „dass es mir besser geht“ oder „arbeitsfähig sein“	„Dass es mir besser geht; gesund werden“ „Mein seelisches Befinden zu verbessern.“ „Gesund zu werden“
Stabilität allgemein	sehr allgemeine Aussagen zu Stabilisierung	„Allgem. Stabilisierung, Lebensbewältigung“
Psychosomatik/Auseinandersetzung mit der Erkrankung	Diese Ziele beziehen sich auf eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung und auf Erkenntnisgewinn	„Meine Erkrankung besser annehmen“ „Krankheit verstehen lernen“ „Wie gehe ich damit um u. warum treten sie auf“
Achtsamkeit/Selbstfürsorge	am ehesten in „Bedürfnisse und Ziele“ enthalten (Selbstbezogene Ziele)	„Mehr auf mich zu achten, meine innere Stimme wahrnehmen“
Schizophrenie	im BIT-CP nicht enthalten	„Stimmenhören wegstreiten“
kein Ziel: Therapie genannt		„Massagen“, „Turnen“
kein Ziel: sonstige Bereiche		„Stimmverlust“, „Zwangsstörung“, „Essprobleme“, „Tod der Gattin“
kein Ziel: Bereich Depression		„Depression“, „Niedergeschlagenheit“, „Erschöpfung“
kein Ziel: Bereich Angst		„Panik“, „Angst“, „innere Unruhe“
kein Ziel: Bereich körperl. Erkrankungen		„Schmerzen“, „Tinnitus“, „Schwindel“, „Druck hinter dem Auge“

Aus diesem Grund wurden sie in Gruppen aus den wichtigsten Symptombereichen (Depression, Angst und körperliche Erkrankungen, sowie sonstige Erkrankungen) zusammengefasst. Bei diesen Zielen wurde jeweils nur ein Symptom, aber nie ein Aspekt der Veränderung genannt.

### 8.1.3 H1a: Ergebnis der Signifikanzprüfung zu den Inhalten der Therapieziele

In Summe wurden für N = 400 Patient(inn)en vor Einführung des BIT-CP und für N = 1.266 Patient(inn)en nach Einführung des BIT-CP **N=4.368 Therapieziele** kodiert und analysiert. Im Durchschnitt wurden vor Einführung des BIT-CP 2,72 Therapieziele und nach Einführung des BIT-CP 2,59 Therapieziele formuliert. Somit wurden jeweils alle von Patient(inn)en formulierten Therapieziele (maximal drei) in die Analyse einbezogen.

Die Überprüfung der Hypothese erfolgte mittels Chi<sup>2</sup>-Test in einer Kontingenztafel. Die Voraussetzung, dass maximal 20 % der Zellen  $e_i \leq 5$  aufweisen (Janssen & Laatz, 2005) ist gegeben (2 Zellen/2,3 %). Die standardisierten Residuen wurden zur Interpretation der Signifikanz der Residuen angefordert und sind wie z-Werte zu interpretieren. Nach Eid, Gollwitzer und Schmitt (2011) sollten ohne hinreichende theoretische Absicherung z-Werte zweiseitig ( $<$  oder  $>$  1,96) interpretiert werden. Werte  $>$  bzw.  $<$  2 oder 3 weisen nach Ansicht der Autoren jedenfalls darauf hin, dass es in diesem Teil der Tabelle Abweichungen von der Nullhypothese gibt.

Bei Vorliegen eines signifikanten Ergebnisses wird die Effektgröße  $\omega$  für das Ergebnis des Chi<sup>2</sup>-Tests berechnet. Dazu wird die Formel nach Cohen (1988, S. 222) verwendet.

$$\omega = \sqrt{\frac{c^2}{1-c^2}} \quad \text{und daraus abgeleitet} \quad \omega = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}}$$

Zur Berechnung des Konfidenzintervalls der Effektgröße  $\omega$  wird das Programm NDC von Steiger (online: [statpower.net](http://statpower.net)) zur Berechnung der Nonzentralitätsparameter, sowie die Formel für  $\lambda_u$  und  $\lambda_o$  nach Eid, Gollwitzer und Schmitt (2011) verwendet.

$$\omega_u = \sqrt{\frac{\lambda_u}{n}} \quad \text{sowie} \quad \omega_o = \sqrt{\frac{\lambda_o}{n}} \quad (\text{Eid, Gollwitzer \& Schmitt, 2011, S. 335})$$

### **Ergebnis:**

Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigt ein höchst signifikantes Ergebnis (Chi<sup>2</sup> [42]= 407,044; p < 0,001). Daraus resultiert eine Effektgröße von  $\omega = 0,31$ , was nach Cohen (1988) einem mittleren Effekt entspricht. Das Konfidenzintervall liegt im Bereich 0,26 bis 0,32, womit die mittlere Größe des Effekts<sup>2</sup> eindeutig bestätigt ist.

Damit wird die Annahme aus Hypothese 1a, dass es nach Einführung des BIT-CP zu einer Veränderung der Inhalte der Therapieziele kommt, bestätigt. In welchen Kategorien der mittleren Abstraktionsebene sich tatsächlich signifikante Unterschiede zu den erwarteten Werten zeigen, wird nachfolgend dargestellt. Die z-Werte für die einzelnen Zellbesetzungen sind im Anhang C dargestellt.

Unter den zwölf Kategorien des Bereichs **P Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome** wird in drei Kategorien ein signifikanter Unterschied prä – post festgestellt (Abbildung 12). Therapieziele in Bezug auf traumatische Erlebnisse wurden vor Einführung des BIT-CP von 2,3 % und nach Einführung des BIT-CP von 5,5 % der Patient(inn)en genannt.

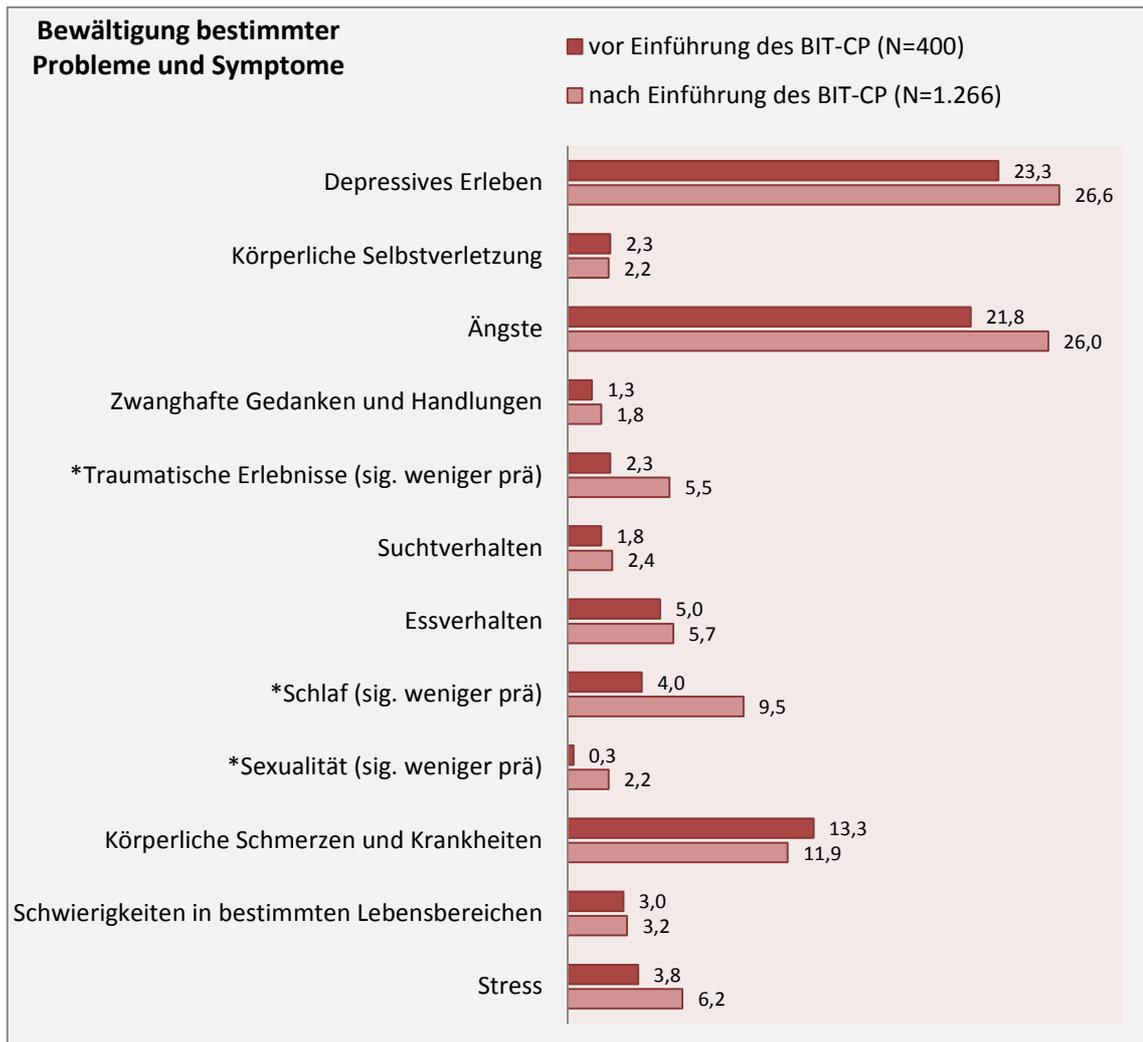
Therapieziele zu Schlaf wurden vor Einführung des BIT-CP von 4,0 % und nach Einführung des BIT-CP von 9,5 % der Patient(inn)en formuliert. Und schließlich wurde das Thema Sexualität vor Einführung des BIT-CP nur von 0,3 % und nach Einführung des BIT-CP von 2,2 % der Patient(inn)en thematisiert.

Die Therapieziele zu depressiven Erleben machen mit 23,3 % prä und 26,6 % post den Hauptanteil unter den Zielinhalten aus. Ähnlich hoch ist der Anteil von Zielen zu Ängsten (21,8 % prä und 26,0 % post). Hier kam es zwar auch zu einem Anstieg der Nennungen, der jedoch nicht signifikant ist.

Nur in der Kategorie Körperliche Schmerzen und Krankheiten kam es zu einem Rückgang des Anteils von Therapiezielen von 13 % auf 11,5 %, der jedoch nicht signifikant ist.

---

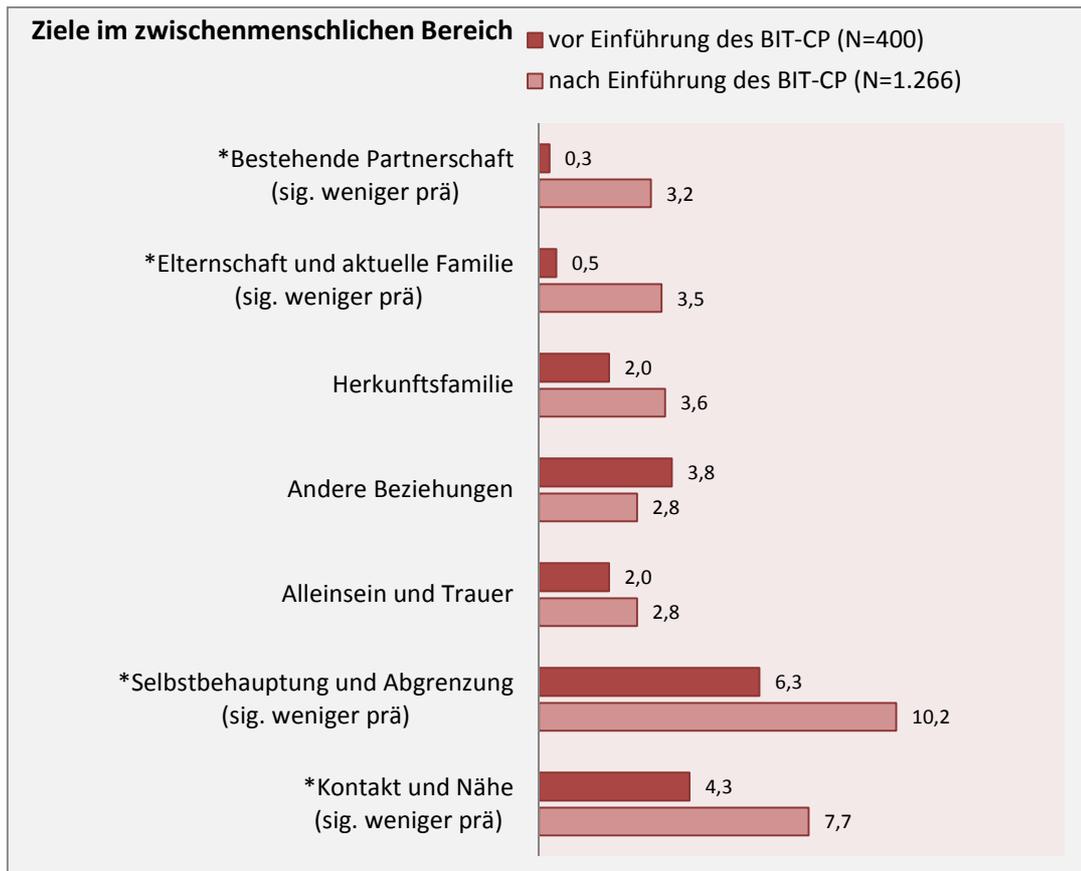
<sup>2</sup> Nach Cohen (1988, S. 227) gelten für die Effektgröße  $\omega$  bei Chi<sup>2</sup> – Tests folgende Richtlinien:  $\omega = 0,10$  – kleiner Effekt,  $\omega = 0,30$  – mittlerer Effekt,  $\omega = 0,50$  – großer Effekt



**Abbildung 12** Veränderung des Anteils von Therapiezielen zu Problemen und Symptomen nach Einführung des BIT-CP

Der Bereich **I mit Zielen im zwischenmenschlichen Bereich** setzt sich aus sieben Kategorien auf mittlerer Abstraktionsebene zusammen. In vier Kategorien zeigen sich signifikant unterschiedliche Zellbesetzungen vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP (Abbildung 13).

Kein signifikantes Ergebnis zeigt sich für die Kategorien Herkunftsfamilie, andere Beziehungen sowie für Alleinsein und Trauer. Alle drei Kategorien kommen in beiden Erhebungszeiträumen in maximal 3,8 % aller Fälle vor.



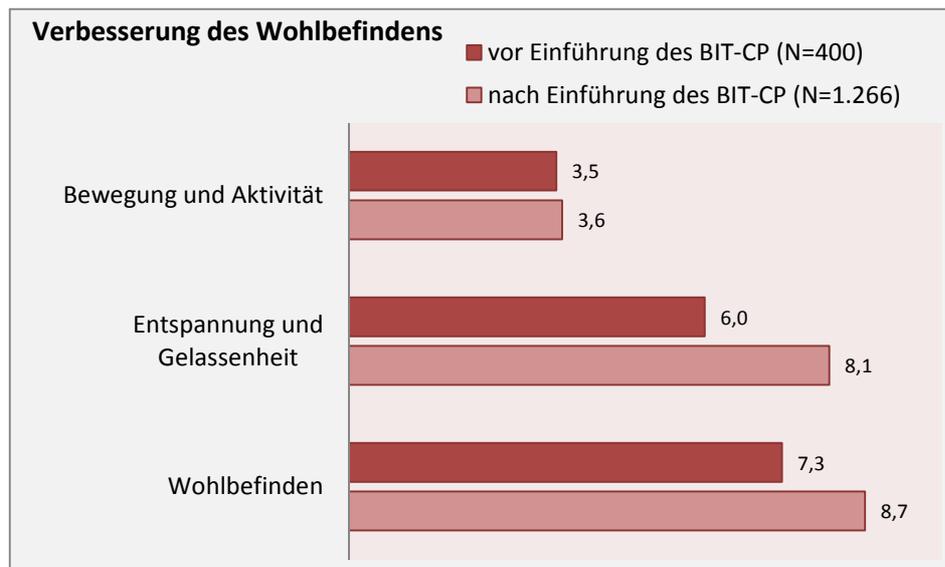
**Abbildung 13** Veränderung des Anteils von Therapiezielen im zwischenmenschlichen Bereich nach Einführung des BIT-CP

Alle vier signifikanten Kategorien kommen nach Einführung des BIT-CP häufiger vor. Die bestehende Partnerschaft wurde vor Einführung des BIT-CP nur in 0,3 % der Ziele thematisiert, nach Einführung des BIT-CP in 3,2 % der Fälle. Ähnlich verhält es sich bei der Kategorie Elternschaft und aktuelle Familie, die vor Einführung des BIT-CP von 0,5 % und nach Einführung des BIT-CP von 3,5 % der Patient(inn)en im Zuge der Therapiezielformulierung thematisiert wurde.

Deutliche Zuwächse zeigen sich auch bei den Kategorien Selbstbehauptung und Abgrenzung (6,3 % prä vs. 10,2 % post) sowie für Kontakt und Nähe (4,3 % prä vs. 7,7 % post).

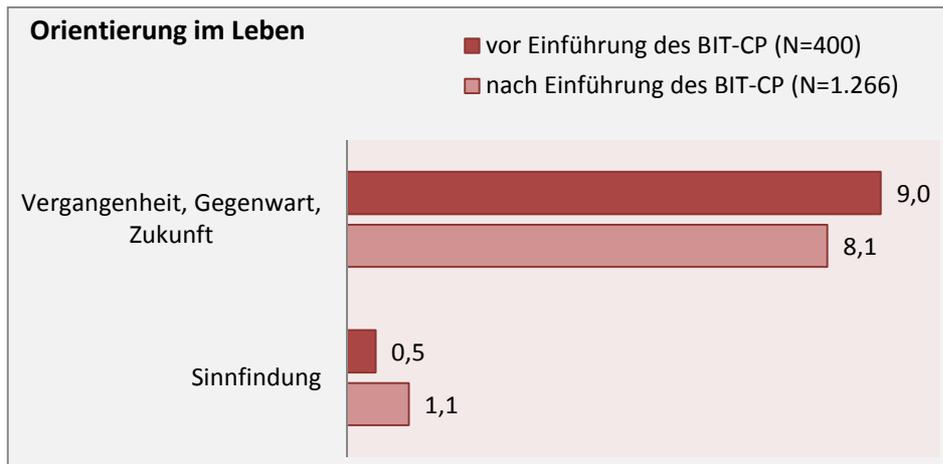
Insgesamt wurden Ziele aus dem zwischenmenschlichen Bereich nach Einführung des BIT-CP signifikant häufiger genannt als vor Einführung des BIT-CP.

Im **Bereich W Verbesserung des Wohlbefindens** zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den Zellbesetzungen vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP (Abbildung 14). Bewegung und Aktivität wurden prä und post mit 3,5 % gleich häufig genannt. Entspannung und Gelassenheit (6,0 % prä vs. 8,1 % post) und Wohlbefinden (7,3 % prä vs. 8,7 % post) kamen nach Einführung des BIT-CP tendenziell häufiger vor.



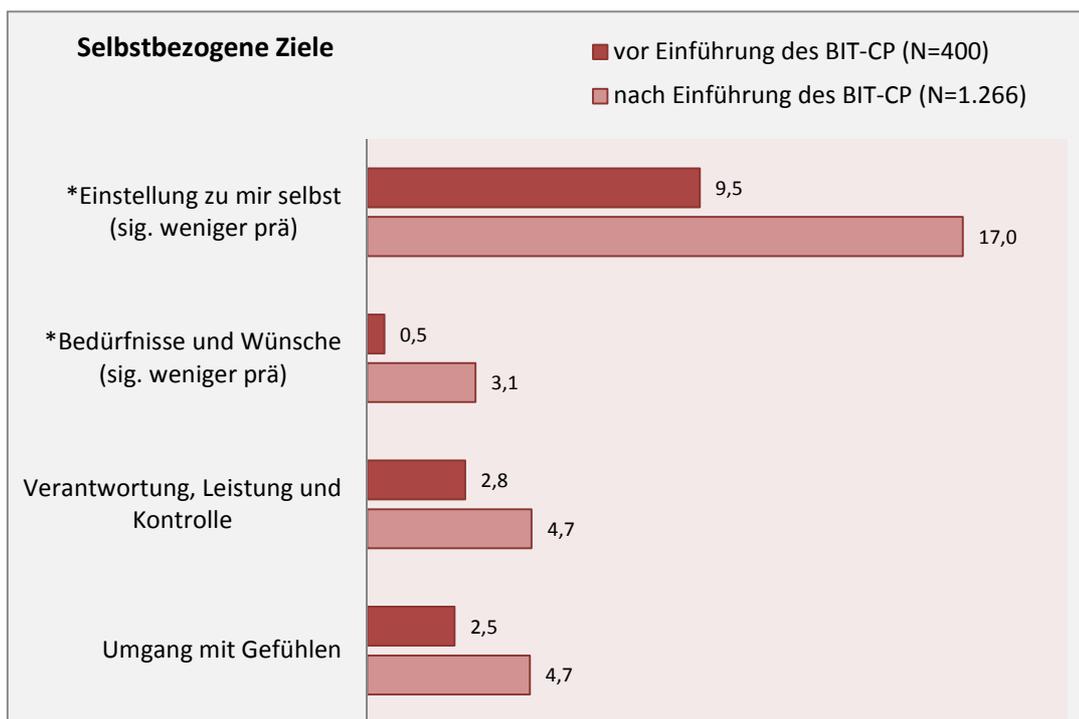
**Abbildung 14** Veränderung des Anteils von Therapiezielen zur Verbesserung des Wohlbefindens nach Einführung des BIT-CP

Der **Bereich O Orientierung im Leben** setzt sich aus zwei Kategorien zusammen, die sich in ihrer Häufigkeit prä und post nicht unterscheiden (Abbildung 15). Der Kategorie Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft wurden 9,0 % der Fälle vor Einführung des BIT-CP und 8,1 % der Fälle nach Einführung des BIT-CP zugeordnet. Die Kategorie Sinnfindung kam in beiden Zeiträumen (0,5 % prä und 1,1 % post) sehr selten vor.



**Abbildung 15** Veränderung des Anteils von Therapiezielen zur Orientierung im Leben nach Einführung des BIT-CP

Im **Bereich S selbstbezogene Ziele** zeigen sich bei zwei von vier Kategorien signifikante Unterschiede in den Beobachtungszeiträumen (Abbildung 16).

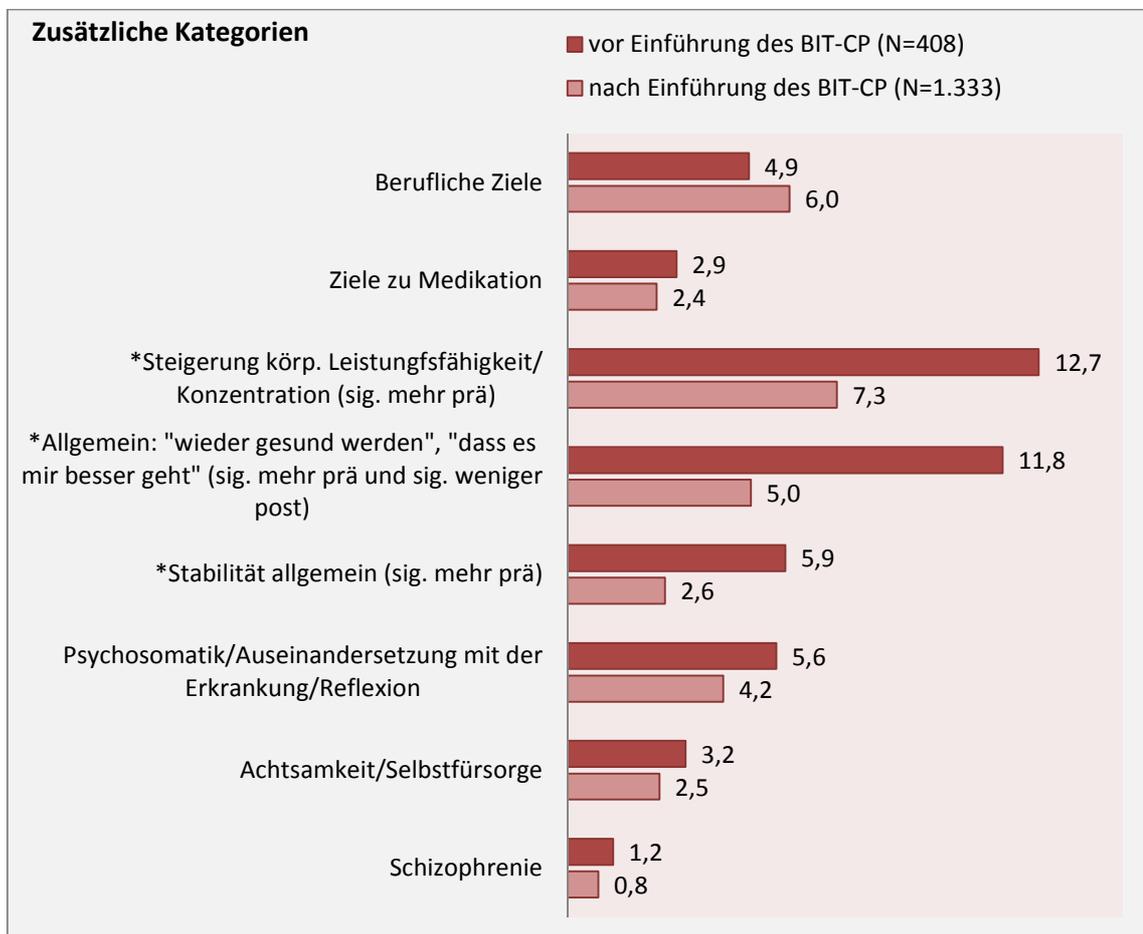


**Abbildung 16** Veränderung des Anteils von Therapiezielen zu selbstbezogenen Zielen nach Einführung des BIT-CP

Ziele aus der Kategorie Einstellung zu mir selbst kamen vor Einführung des BIT-CP nur in 9,5 % der Fälle und nach Einführung des BIT-CP in 17,0 % der Fälle vor. Eine

deutliche Steigerung auf niedrigerem Niveau zeigt sich bei den Zielen zu Bedürfnissen und Wünschen, die in 0,5 % der Fälle prä und in 3,1 % der Fälle post kodiert wurden. Bei den beiden anderen Kategorien zeigen sich tendenziell höhere Anteile nach Einführung des BIT-CP (2,8 % vs. 4,7 %), allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Auch jene **Kategorien, die nicht im BIT-CP enthalten sind**, werden auf signifikante Unterschiede prä – post getestet. Bei acht Kategorien von Zielen werden drei signifikante Unterschiede vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP gefunden (Abbildung 17).



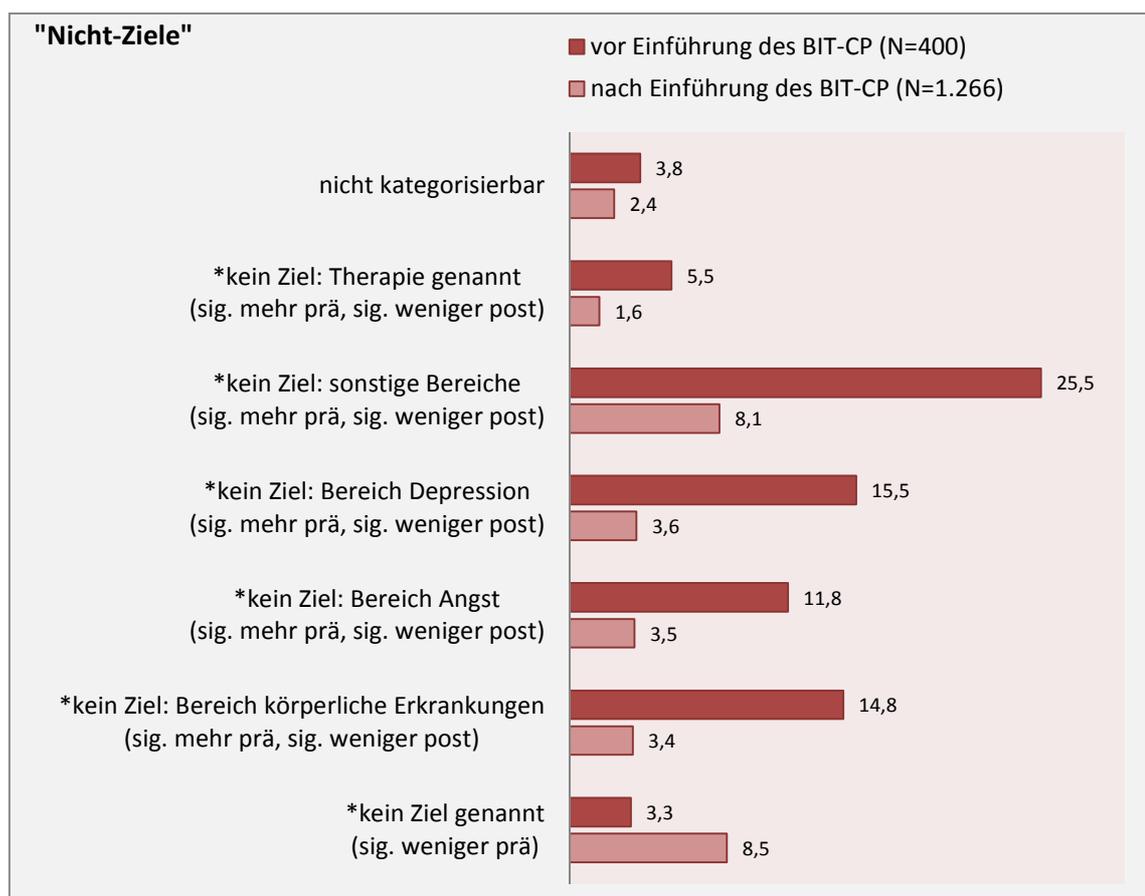
**Abbildung 17** Veränderung des Anteils von zusätzlichen Therapiezielen nach Einführung des BIT-CP I

Keine signifikanten Abweichungen von den erwarteten Zellbesetzungen sind bei den Kategorien berufliche Ziele, Ziele zu Medikation, Psychosomatik/Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Achtsamkeit/Selbstfürsorge und Schizophrenie ermittelt worden.

Ein deutlich geringerer Anteil von Zielen zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (13,0 % prä vs. 7,7 % post) wird festgestellt. Ähnlich wie bei Zielformulierungen im Sinne von „wieder gesund werden“, welche prä in 12 % aller Fälle und post nur in 5,1 % der Fälle kodiert wurden. Auch die sehr allgemeine Formulierung Stabilität wird nach Einführung des BIT-CP mit 2,8 % signifikant weniger häufig kodiert als vor Einführung des BIT-CP mit 6,0 %.

Somit wurden drei sehr unspezifische Kategorien vor Einführung des BIT-CP etwa doppelt so häufig genannt wie nach Einführung des BIT-CP.

Der letzte zu vergleichende Bereich enthält sieben Kategorien von „Nicht-Zielen“. Nur bei einer Kategorie (nicht kategorisierbar) zeigt sich keine signifikante Abweichung der Zellbesetzungen von den erwarteten Werten (Abbildung 18).

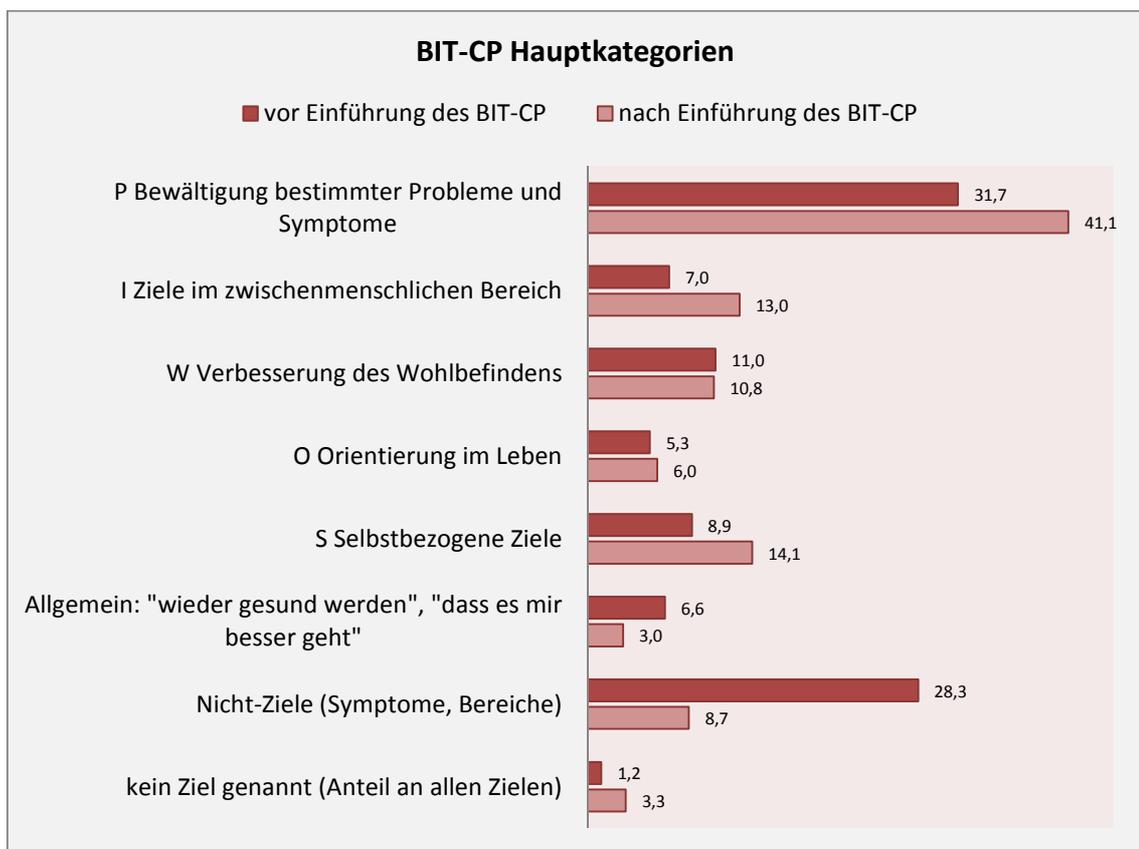


**Abbildung 18** Veränderung des Anteils von zusätzlichen Therapiezielen nach Einführung des BIT-CP II

Es wird auch deutlich, dass vor Einführung des BIT-CP der Anteil von Patient(inn)en ohne einziges Therapieziel mit 3,3 % signifikant geringer ist als nach Einführung des BIT-CP mit 8,5 %.

Vor Einführung des BIT-CP wurde jedoch anstelle eines Therapieziels signifikant häufiger ein Symptom oder ein Bereich genannt. Am deutlichsten ist der Unterschied in der Kategorie sonstige Bereiche, der vor Einführung des BIT-CP bei 25,5 % und nach Einführung des BIT-CP bei 8,1 % lag. Aber auch bei den Bereichen Depressionssymptome (prä 15,5 % vs. Post 3,6 %), Angst (prä 11,8 % vs. Post 3,5 % oder körperliche Erkrankungen (14,8 % prä vs. 3,4 % post) zeigt sich nach Einführung des BIT-CP nur mehr ein Bruchteil des Anteils vor Einführung des BIT-CP.

Auch wenn nach Einführung des BIT-CP die Anzahl an Patient(inn)en ohne Therapieziele gestiegen ist, ist der Anteil von „Nicht-Therapiezielen“ stark zurückgegangen.



**Abbildung 19** Übersicht über die Hauptkategorien des BIT-CP vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP

Die Veränderung auf dem höchsten Abstraktionsniveau ist in Abbildung 19 dargestellt. Hier wird deutlich, dass der Anteil symptombezogener Ziele nach Einführung des BIT-CP mit 41 % sogar deutlich höher ist als vor Einführung des BIT-CP mit 32 %. Der Anteil von Zielen zum zwischenmenschlichen Bereich und zu selbst bezogenen Zielen hat sich beinahe verdoppelt, während Ziele zum Wohlbefinden und zu Orientierung im Leben beinahe gleich hohe Anteile vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP aufweisen.

Die deutlichste Veränderung zeigt sich bei den „Nicht-Zielen“, die sich von 28 % auf ein Drittel reduziert haben.

Die Forschungshypothese 1a, dass es durch den Einsatz des BIT-CP zu einer signifikanten Veränderung der Zielinhalte kommt, kann bestätigt werden.

#### **8.1.4 Vorbereitung der Daten zur Kodierung der formalen Qualität der Therapieziele**

**Daten vor Einführung des BIT-CP:** Zur Überprüfung der formalen Qualität der Therapieziele wurden alle Turnusse mit vollständigen Daten vor Einführung des BIT-CP – Turnus 21 bis Turnus 34 einbezogen. Abbrecher(innen) und Verlängerungen zum nächsten Turnus wurden aus der Analyse (auch aufgrund mangelnder Datenlage) ausgeschlossen. Dies ergab eine Stichprobe von N = 400 Patient(inn)en

**Daten nach Einführung des BIT-CP:** In die Analyse wurden die Daten von 19 Turnussen einbezogen. Die ersten Turnusse nach Einführung des Instruments (T36 bis T41) sowie 13 weitere, zufällig ausgewählte Turnusse. Damit war gewährleistet, dass sowohl Daten der Einführungsphase wie auch Daten aus dem Routinebetrieb einbezogen wurden. Eine Analyse aller N = 1.266 Patient(inn)en des Beobachtungszeitraums nach Einführung des BIT-CP wäre zu aufwändig gewesen. Somit umfasst die Gruppe nach Einführung des BIT-CP für die Daten des BIT-F N = 586 Patient(inn)en.

### **8.1.5 Kodierung der Therapieziele hinsichtlich der formalen Qualität**

Das Instrument BIT-F wurde unter Punkt 712 vorgestellt. Die Kodierung der Daten erfolgte nach Kodiervorgabe von Martin Grosse Holtforth und unter Einbeziehung der Erfahrungen von Dr.<sup>in</sup> Johanna Friedli, Leiterin Qualitätsmanagement der Privatklinik Hohenegg in der Schweiz. Die Kodierung erfolgte aufgrund der Übersichtlichkeit in Excel (siehe Muster Anhang B) und wurde zur Validierung stichprobenweise auch von meiner Kollegin Dr.<sup>in</sup> Andrea Jansche kodiert und anschließend diskutiert. In einigen Punkten wurde die Kodierung – im Vergleich zum Original und zur Vorgehensweise des Teams von Dr.<sup>in</sup> Friedli – noch weiter vereinfacht, wie unter Punkt 712 beschrieben.

Die Kodierung der formalen Qualität wurde aufgrund des hohen Aufwands auf das erste Therapieziel beschränkt.

#### **Dimensionalität des BIT-F**

Wenn es sich beim BIT-F um ein eindimensionales Konstrukt handelt, sollte eine Reliabilitätsanalyse eine hohe interne Konsistenz ergeben. Dazu wurde Cronbach's Alpha sowie die korrigierten Trennschärfen berechnet. Bei einer Anzahl von  $N = 1.037$  (Zielen) und 14 Kategorien zeigte sich eine sehr gute interne Konsistenz von 0,911 (Tabelle 15).

Sieben von vierzehn Kategorien weisen korrigierte Trennschärfen  $>0,8$  auf und drei Kategorien liegen im Bereich zwischen 0,36 und 0,69.

Vier Kategorien korrelieren zwar positiv, jedoch schwach mit den anderen Items. Es handelt sich um die Kategorien „Bezeichnung des Patienten“, „Begrifflichkeit“, „Situationstyp“ und „Beziehungsspezifisch“.

Im Rahmen dieser Arbeit wird eine Überprüfung der  $\tau$ -Äquivalenz der Kategorien nicht durchgeführt. Somit beruht die Annahme der Reliabilität nur auf der Korrelation der Kategorien untereinander.

Aufgrund der insgesamt hohen Reliabilität wurde ein Summenwert für die Kategorien des BIT-F errechnet und die Zeiträume vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP miteinander verglichen.

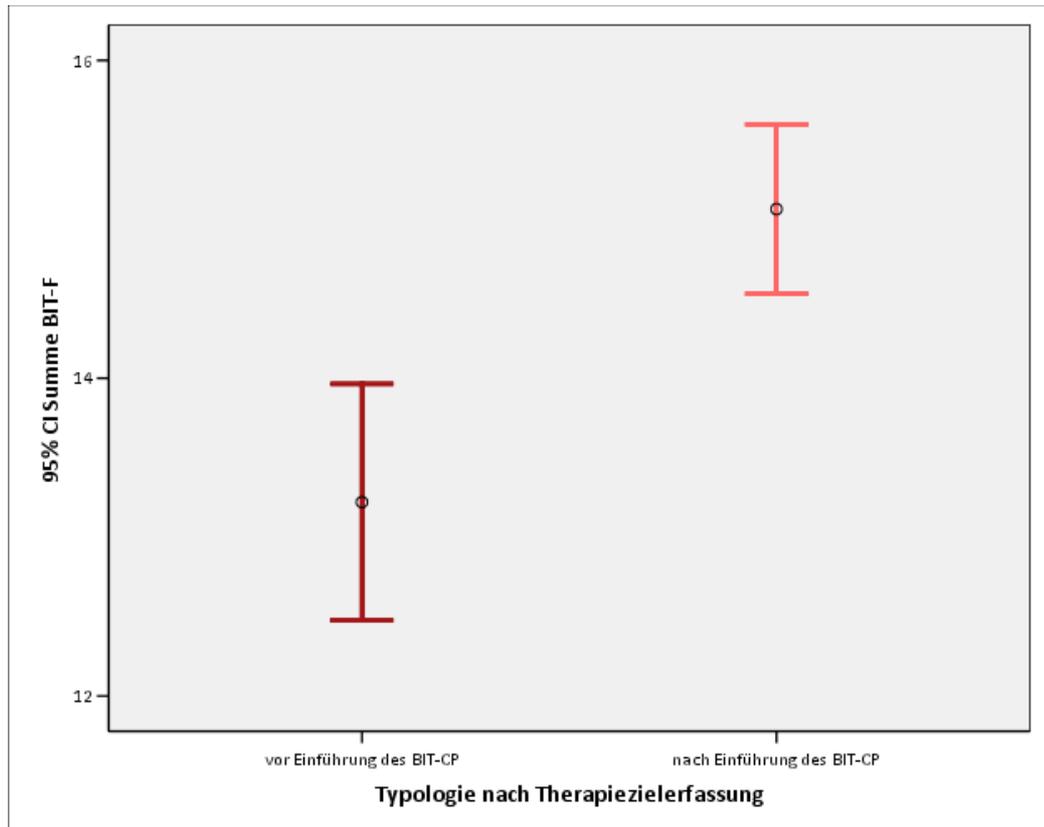
**Tabelle 15 Reliabilitätsanalyse BIT-F**

<b>Item-Total Statistics BIT-F</b>	<b>Scale Mean if Item Deleted</b>	<b>Scale Variance if Item Deleted</b>	<b>Corrected Item-Total Correlation</b>	<b>Cronbach's Alpha if Item Deleted</b>
RdE Z1 Richtung der Erwartung	12,742	41,868	0,905	0,893
Form Z1 Formulierung	12,776	41,375	0,892	0,893
Komplex Z1 Komplexität	13,309	44,648	0,688	0,903
Homog Z1 Homogenität	12,805	42,524	0,826	0,897
<b>BdP Z1 Bezeichnung des Patienten</b>	14,149	49,416	0,220	0,917
Voll Z1 Vollständigkeit	12,905	42,420	0,812	0,897
PosN Z1 PositivNegativ	12,842	42,299	0,849	0,896
<b>Begr Z1 Begrifflichkeit</b>	14,097	49,366	0,200	0,918
<b>Sit Z1 Situationstyp</b>	14,203	50,102	0,260	0,915
<b>Bez Z1 Beziehungsspezifisch</b>	14,329	51,383	0,110	0,916
BdV Z1 Bedeutung des Verbs	13,161	41,979	0,541	0,914
Komp Z1 Komparativ	13,937	48,906	0,363	0,913
Rest Z1 Restkategorie	12,768	41,727	0,910	0,893
subQ Z1 SubjektiveQualität	12,565	39,731	0,862	0,894

### **8.1.6 H1b: Ergebnis der Signifikanzprüfung zur Veränderung der formalen Qualität der Therapieziele**

Die Überprüfung der Signifikanz des Unterschieds im Summenwert des BIT-F vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP (Hypothese 1b) wird mittels t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Zur Berechnung der Effektgröße wird der EffectSizeCalculator von der Homepage der Durham University verwendet.

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Summenwert des BIT-F zwischen den beiden Vergleichszeiträumen. Der Mittelwert lag vor Einführung des BIT-CP bei 13,22 (SD = 7,57) und nach Einführung des BIT-CP bei 15,06 (SD = 6,85). Die Streuung war vor Einführung des BIT-CP deutlich stärker ausgeprägt und der F-Test wies heterogene Varianzen auf ( $F = 17,74$ ;  $p < 0,001$ ). Da die nonparametrische Berechnung mittels U-Test ebenso ein signifikantes Ergebnis bringt, sei hier das Ergebnis des unabhängigen t-Tests berichtet:  $t[1.035] = 4,05$ ;  $p < 0,001$ . Die Effektgröße für diesen Unterschied liegt bei  $d = 0,29$ , was nach Cohen (1988) einem schwachen Effekt entspricht (Konfidenzintervall: 0,13 bis 0,38). Das Ergebnis ist in Abbildung 20 graphisch dargestellt.



**Abbildung 20** Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall für die Summenwerte im BIT-F vor und nach Einführung des Instruments

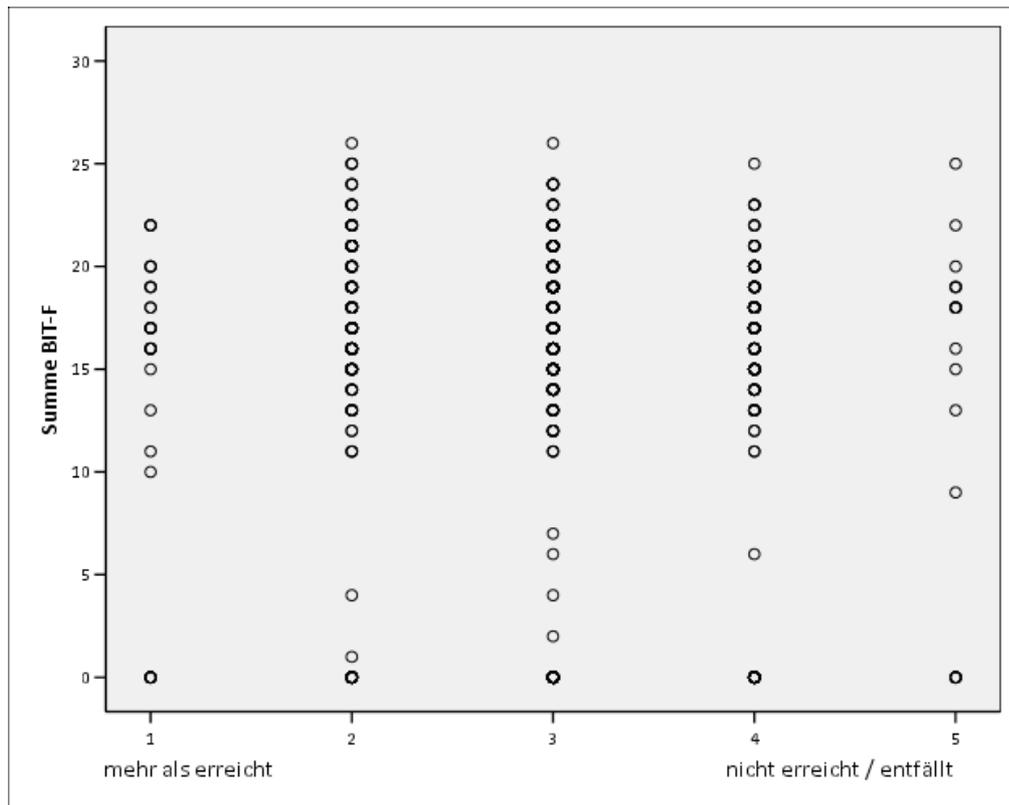
Somit kann die Annahme aus Hypothese 1b, dass es durch die Einführung des Instruments BIT-CP zu einer besseren formalen Qualität der frei formulierten Therapieziele in der Entlassungsevaluation kommt, bestätigt werden.

### **8.1.7 H1c: Ergebnis zur Signifikanzprüfung des Zusammenhangs der formalen Qualität der Therapieziele und der Therapiezielerreichung**

Die letzte Annahme der Hypothese 1 bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der formalen Qualität der Therapieziele und der Therapiezielerreichung. Es wird davon ausgegangen, dass eine bessere formale Qualität mit einer höheren Zielerreichung einhergeht.

Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgt mittels nonparametrischer Spearman Korrelation.

Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erreichung des Therapieziels 1 und dem Summenwert im BIT-F für dieses Ziel ( $r_{\text{Spearman}} = -0,07$ ;  $p = 0,029$ ). Wie in Abbildung 21 ersichtlich, weisen sowohl erreichte, wie auch teilweise oder gar nicht erreichte Therapieziele eine große Streuung im Summenwert des BIT-F auf.



**Abbildung 21** Scatterplot für die Zielerreichung und Summenwert des BIT-F für das Therapieziel 1

Somit muss die Annahme aus Forschungshypothese 1c, dass mit einer höheren Qualität der Formulierung der Therapieziele eine bessere Zielerreichung einhergeht, verworfen werden.

### 8.1.8 Weitere Analysen zum BIT-F: Ergebnis Hauptkomponentenanalyse

Da die Eindimensionalität des BIT-F anhand der Reliabilitätsanalyse nicht eindeutig belegt werden konnte, wird eine explorative Faktorenanalyse (Variamax-Rotation) mit den 14 Kategorien des Instruments durchgeführt. Allerdings muss vorausgeschickt werden, dass es sich bei den Kategorien um ordinale Daten handelt, die nicht normalverteilt sind.

Die Daten weisen eine sehr gute Eignung für eine Faktorenanalyse auf. Das KMO-Kriterium liegt bei 0,936, was nach Kaiser und Rice (1974) einem sehr guten Wert entspricht. Der Bartlett's Test ist signifikant ( $\chi^2 = 13433,23$ ;  $df = 91$ ;  $p < 0,001$ ). Die Varianzaufklärung liegt bei drei Faktoren bei 70,33 %. Der Hauptfaktor erklärt 52,39 % der Varianz. Doppel-Ladungen  $> 0,3$  waren nur bei zwei Items zu verzeichnen.

**Tabelle 16** Rotierte Faktorenlösung des BIT-F

Rotated Component Matrix(a)	Component		
	1	2	3
RdE Z1_RichtungderErwartung	0,961		
Rest Z1_Restkategorie	0,959		
Form Z1_Formulierung	0,923		
Homog Z1_Homogenität	0,909		
PosN Z1_PositivNegativ	0,901		
Voll Z1_Vollständigkeit	0,879		
subQ Z1_SubjektiveQualität	0,874		
Komplex Z1_Komplexität	0,759		
BdV Z1_Bedeutung des Verbs	0,526		0,380
Komp Z1_Komparativ	0,509		-0,308
Sit Z1_Situationstyp		0,827	
Begr Z1_Begrifflichkeit		0,808	
BdP Z1_Bezeichnung des Patienten			0,766
Bez Z1_Beziehungsspezifisch			0,608
Extraction Method: Principal Component Analysis.			
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 4 iterations.			

Beim Ergebnis zeigt sich ein Hauptfaktor **„Formale Qualität“** bestehend aus zehn Items, die allesamt hohe Ladungen auf diesen Faktor aufweisen (Tabelle 16).

Die beiden Kategorien Begrifflichkeit und Situationstyp korrelieren hoch miteinander und beschreiben einen Aspekt von Therapiezielen, der die **„Beobachtbarkeit der Zielerreichung“** „misst“.

Zwei weitere Items messen den Aspekt der Nennung der eigenen Person und der Nennung anderer Personen, im Zuge interpersonaler Ziele. Mit der Kategorie „Bezeichnung des Patienten“ wird beurteilt, ob die „Ich-Form“ verwendet wird, mit der Kategorie „Beziehungsspezifisch“ wird beurteilt, ob sich die Zielerreichung auf eine Person/Personengruppe bezieht. Dieser Faktor wird **„Persönliche Formulierung“** genannt.

Auf eine Berechnung des Mittelwerts der beiden letztgenannten Faktoren wird verzichtet, da jeweils nur zwei Items ihre höchste Ladung darauf haben.

### **8.1.9 Weitere Analysen zum BIT-F: Unterschiede vor und nach Einführung des BIT-CP in den Faktoren für die formale Qualität der Therapieziele**

Nachfolgend wird der Unterschied prä – post in der formalen Qualität der Therapieziele anhand der drei Faktoren aus der Hauptkomponentenanalyse untersucht.

Für den Summenwert der 10 Kategorien des Faktors Formale Qualität zeigt sich ein fast identes Ergebnis wie in Hypothese 1b (t-Test:  $t[1035] = -4,267$ ;  $p < 0,001$ ), mit einer schwachen Effektgröße von  $d = 0,27$  (KI: 0,15 bis 0,40). Der Mittelwert vor Einführung des BIT-CP liegt bei 1,26 (SD = 0,71) und jener nach Einführung des BIT-CP bei 1,44 (SD = 0,64).

Für die Beobachtbarkeit der Zielerreichung zeigt sich prä – post zwar ein signifikanter ( $\chi^2[4] = 13,93$ ;  $p = 0,008$ ), aber unbedeutender Effekt ( $\omega = 0,12$ ), dessen Konfidenzintervall nicht signifikant von 0 verschieden ist.

Der Aspekt der Begrifflichkeit war mit 86 % in beiden Beobachtungszeiträumen beim überwiegenden Anteil der Therapieziele nicht einschätzbar. Theoretische Begriffe wurden kaum genannt, und Beobachtungsbegriffe, die auf konkretes, beobachtbares Verhalten schließen lassen, konnten nur in etwa 12 % aller Fälle kodiert werden.

Ähnlich verhält es sich bei der Kategorie Situationstyp, wo 83 % der Ziele prä und 88 % der Ziele post nicht einer bestimmten Situation zugeordnet werden konnten (Tabelle 17).

**Tabelle 17** Formale Qualität der Therapieziele prä – post in den Faktoren Beobachtbarkeit der Zielerreichung und persönliche Formulierung

<b>Beobachtbarkeit der Zielerreichung in %</b>		
<b>Begrifflichkeit</b>	<b>prä</b>	<b>post</b>
nicht einschätzbar	86,2	86,8
Theoretische Begriffe	1,0	1,4
Beobachtungsbegriffe	12,8	11,8
<b>Situationstyp</b>	<b>prä</b>	<b>post</b>
nicht einschätzbar	83,0	87,7
nicht näher bezeichnete Situation	15,5	11,8
definierte Situation	1,5	0,5
<b>Persönliche Formulierung der Zielerreichung in %</b>		
<b>Bezeichnung der Patient(inn)en</b>	<b>prä</b>	<b>post</b>
kein	92,0	88,2
er/sie/sich/Name	0,3	0,2
ich (+meine, mir)	7,7	11,6
<b>Beziehungsspezifisch</b>	<b>prä</b>	<b>post</b>
trifft nicht zu	98,8	96,9
beziehungsspezifisch	1,2	3,1

Das gleiche Ergebnis zeigt sich für den Faktor persönliche Formulierung. Auch dieses Ergebnis ist signifikant ( $\chi^2[3] = 7,962$ ;  $p = 0,047$ ) aber unbedeutend ( $\omega = 0,09$ ).

Der Hauptaspekt des Faktors persönliche Formulierung ist die Bezeichnung der Patient(inn)en, wie sie sich selbst in die Formulierung des Therapieziels einbringen. 92 % der Patient(inn)en prä und 88 % der Patient(inn)en post haben das Therapieziel ohne eigene Benennung formuliert. Die Formulierungen „ich“, „meine“ oder „mir“ wurden in 7,8 % der Ziele prä und in 11,6 % der Fälle post gebraucht.

## **8.2 Überprüfung der Forschungshypothese 2 zum Grad der Zielerreichung und zur Nachhaltigkeit derselben**

Forschungshypothese 2 enthält zwei Aspekte in Bezug auf Therapieziele, bei denen ein Einfluss durch die Einführung des BIT-CP erwartet wird.

### **Forschungshypothese 2a:**

Der selbst eingeschätzte Grad der Therapiezielerreichung ist nach Einführung des BIT-CP signifikant höher als vor Einführung des BIT-CP.

### **Forschungshypothese 2b:**

Der selbst eingeschätzte Grad der Therapiezielerreichung ist zum Katamnese-Zeitpunkt (ein Jahr nach Reha-Ende) nach Einführung des BIT-CP höher als vor Einführung des BIT-CP.

### **8.2.1 H2a: Ergebnis der Signifikanzprüfung zum Grad der Zielerreichung bei Reha-Ende**

In die Analyse sind alle jene Fälle eingegangen, die im Zuge der inhaltlichen Analyse kodiert wurden; N = 400 Fälle vor Einführung des BIT-CP und N = 1.266 Fälle nach Einführung des BIT-CP.

Ausgeschlossen wurden alle Patient(inn)en die kein Therapieziel formuliert hatten. Weiters jene Fälle, die zwar ein Ziel formuliert, aber keine Bewertung für die Zielerreichung abgegeben haben.

Dabei zeigt sich ein positiveres Ergebnis für den Zeitraum nach Einführung des BIT-CP, wo nur 1,2 % ihre Zielerreichung bei Ziel 1 nicht bewertet haben, während es vor Einführung des BIT-CP 6,2 % waren (Tabelle 18).

Auch beim Ziel 2 zeigt sich ein höherer Anteil von Bewertungen der Zielerreichung (98 %) nach Einführung des BIT-CP als vor Einführung des BIT-CP (87 %).

Noch deutlicher zeigt sich dieser Effekt bei Therapieziel 3, das nur 84 % vor Einführung des BIT-CP, aber 98 % nach Einführung des BIT-CP bewertet haben.

Tabelle 18 Stichprobe für die Bewertung der Zielerreichung bei Reha-Ende

Ziel genannt und bewertet	vor Einführung des BIT-CP		nach Einführung des BIT-CP	
	N	%	N	%
Ziel 1	363	93,8	1.144	98,8
Ziel 2	320	87,4	1.047	98,4
Ziel 3	270	84,4	934	98,1

Bei Ziel 1 zeigen sich beinahe idente Mittelwerte für die Zielerreichung in den beiden Beobachtungszeiträumen ( $M_{\text{prä}} = 2,97$ ;  $SD_{\text{prä}} = 0,80$ ;  $M_{\text{post}} = 2,98$ ;  $SD_{\text{post}} = 0,77$ ), das Ergebnis ist nicht signifikant ( $t[1.505] = -0,202$ ;  $p_{\text{einseitig}} = 0,420$ ).

Das Ergebnis ist in Abbildung 22 exemplarisch dargestellt. Vor Einführung des BIT-CP haben 24,4 % der Patient(inn)en ihr Ziel nicht erreicht, bzw. ist es entfallen, nach Einführung des BIT-CP waren es 21,4 %.

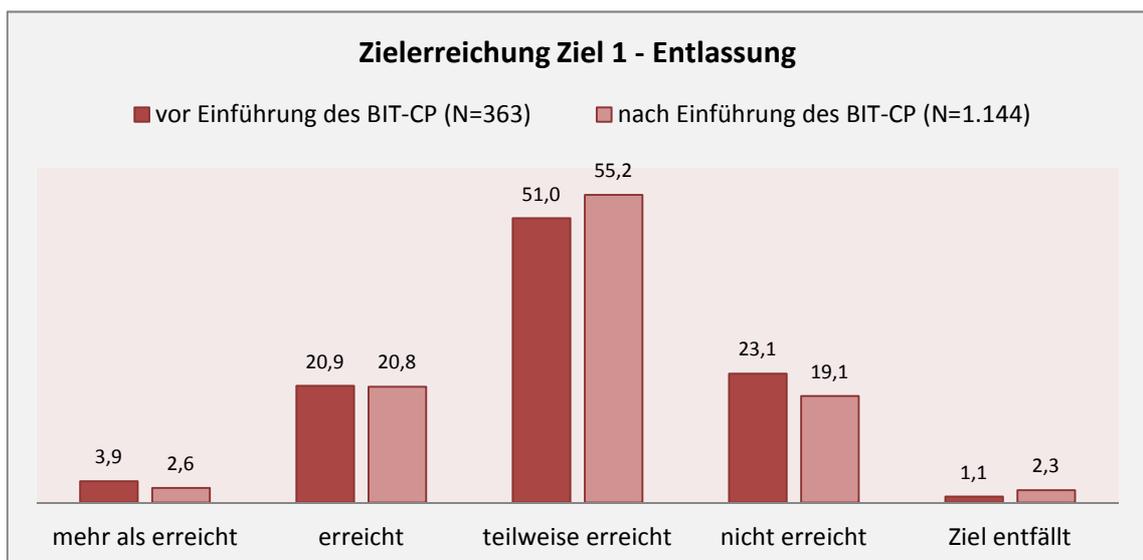


Abbildung 22 Zielerreichung zum Entlassungszeitpunkt vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP

Auch beim zweiten Therapieziel zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen in der Therapiezielerreichung. Der Mittelwert für Therapieziel 1 lag prä bei 3,01 ( $SD = 0,86$ ) und post bei 2,99 ( $SD = 0,80$ ). Auch dieser Unterschied ist bei einseitiger Testung nicht signifikant ( $t[1.365] = 0,249$ ;  $p = 0,401$ ).

Bei Ziel drei liegen ebenso fast idente Werte für die beiden Beobachtungszeiträume vor, beide Mittelwerte betragen 3,0. Natürlich ist auch dieser Unterschied nicht signifikant ( $t[1.202] = -0,010$ ;  $p_{\text{einseitig}} = 0,496$ ).

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Zielerreichung vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP, somit muss die Forschungshypothese 2a verworfen werden. Es muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass vor Einführung des BIT-CP 10 bis 15 % weniger Patient(inn)en ihre Zielerreichung bewertet haben.

### **8.2.2 H2b: Ergebnis der Signifikanzprüfung zum Grad der Zielerreichung zum Katamnese-Zeitpunkt ein Jahr nach Reha-Ende**

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden Daten von Patient(inn)en herangezogen, die an der katamnesticen Befragung teilgenommen haben. Die Repräsentativität dieser Daten wird im Rahmen des Qualitätsberichts geprüft, die vollständigen Ergebnisse werden jährlich auf der Homepage der Reha-Klinik vorgestellt.

Die Rücklaufquote lag beispielsweise im Jahr 2011 bei 44 %. In Hinblick auf relevante Parameter zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern. Es gibt eine leichte Tendenz dahingehend, dass Non-Responder eine etwas stärkere Ausgangsbelastung aufweisen und eher der Gruppe der Pensionsantragsteller oder Pensionsbezieher angehören.

Für den Zeitraum der ersten 10 Jahre des Bestehens der Reha-Klinik ergibt dies insgesamt eine Stichprobe  $N = 1.525$  Patient(inn)en. In die Analyse wurden  $N = 1.094$  Patient(inn)en einbezogen, von denen die Zielerreichung zum Katamnese-Zeitpunkt in SPSS erfasst war; bzw. noch erfasst werden konnte.

Dies ergibt eine Stichprobengröße bei  $N = 210$  Patient(inn)en aus dem Zeitraum vor Einführung des BIT-CP und bei  $N = 884$  Patient(inn)en nach Einführung des BIT-CP.

Bewertungen der Zielerreichung lagen in 89,0 % der Katamnesen vor Einführung des BIT-CP und in 91,0 % der Katamnesen nach Einführung des BIT-CP vor.

Somit verbleiben für das Ziel 1 in der Gruppe vor Einführung des BIT-CP N = 187 Patient(inn)en und in der Gruppe nach Einführung des BIT-CP N = 804 Patient(inn)en (Tabelle 19).

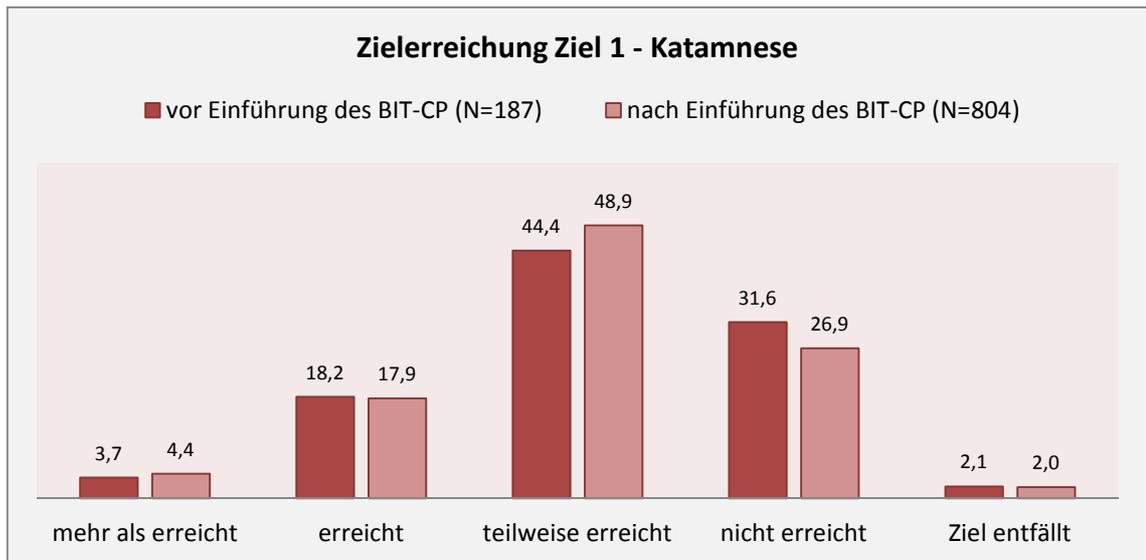
**Tabelle 19** Übersicht über die Angabe von Therapiezielen bei der Jahreskatamnese

		vor Einführung des BIT-CP		nach Einführung des BIT-CP	
		N	%	N	%
<b>Ziel 1</b>	Ziel genannt und bewertet	187	89,0	804	91,0
	kein Ziel definiert	15	7,2	43	4,8
	Ziel nicht mehr erreichbar	1	0,5	24	2,7
	Zielerreichung nicht bewertet	7	3,3	13	1,5
<b>Ziel 2</b>	Ziel genannt und bewertet	154	73,3	683	77,3
	kein zweites Ziel definiert	44	21,0	186	21,0
	Ziel nicht mehr erreichbar	1	0,5	1	0,0
	Zielerreichung nicht bewertet	11	5,2	14	1,6
<b>Ziel 3</b>	Ziel genannt und bewertet	119	56,7	558	63,2
	kein drittes Ziel definiert	81	38,5	316	35,7
	Ziel nicht mehr erreichbar	/	/	/	/
	Zielerreichung nicht bewertet	10	4,8	10	1,1

Für das erste Therapieziel zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen ( $t[989] = 0,870$ ;  $p_{\text{einseitig}} = 0,192$ ). Der Mittelwert für das Ausmaß der Zielerreichung liegt vor Einführung des BIT-CP bei 3,10 (SD = 0,85) und nach Einführung des BIT-CP bei 3,04 (SD = 0,84).

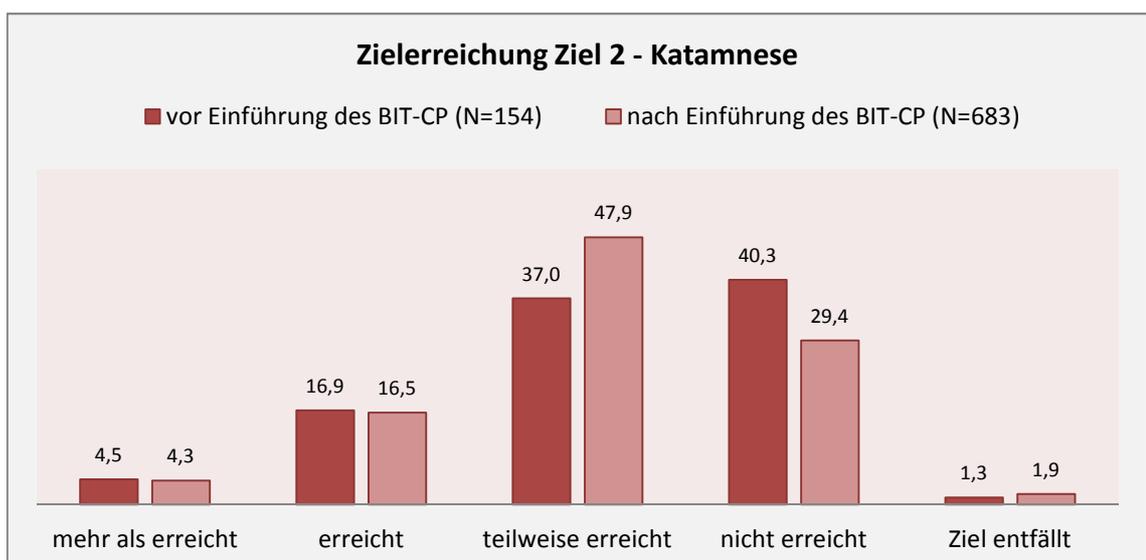
Der Anteil nicht erreichter Therapieziele lag vor Einführung des BIT-CP bei 33,7 %, und nach Einführung des BIT-CP bei 28,9 %.

Der Anteil von Zielen die erreicht wurden, oder mehr als erreicht wurden lag prä bei 21,9 % und post bei 22,3 % (Abbildung 23).



**Abbildung 23** Zielerreichung Ziel 1 zum Katamnese-Zeitpunkt 1 Jahr nach Reha-Ende vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP

Eine leicht positive Tendenz zeigt sich für das Therapieziel 2 zum Katamnese-Zeitpunkt ( $t[835] = 1,151$ ;  $p_{\text{einseitig}} = 0,125$ ), das Ergebnis ist allerdings nicht signifikant. Der Mittelwert für die Erreichung des Therapieziels 2 lag vor Einführung des BIT-CP bei 3,17 (SD = 0,88) und nach Einführung des BIT-CP bei 3,08 (SD = 0,84).

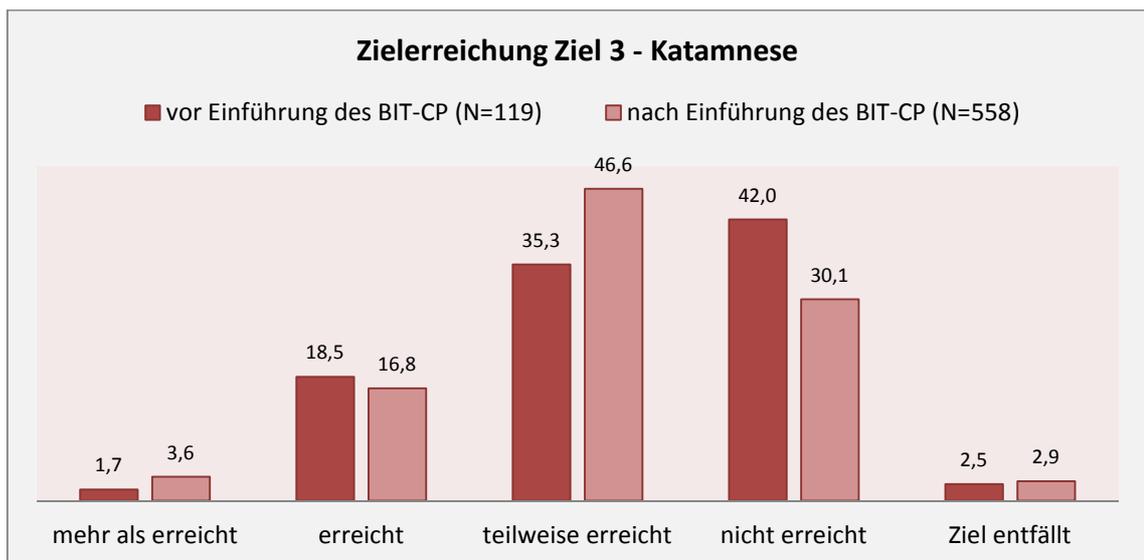


**Abbildung 24** Zielerreichung Ziel 2 zum Katamnese-Zeitpunkt 1 Jahr nach Reha-Ende vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP

Bei Ziel 2 war der Anteil erreichter und mehr als erreichter Therapieziele mit 21 % in den beiden Beobachtungszeiträumen gleich hoch (Abbildung 24). Der Anteil nicht erreichter Ziele war jedoch mit 31,3 % nach Einführung des BIT-CP bedeutend geringer als vor Einführung des BIT-CP mit 41,6 %.

Für das Therapieziel 3 zeigt sich auch kein signifikantes Ergebnis ( $t[675] = 1,567$ ;  $p_{\text{einseitig}} = 0,059$ ) aber ein tendenziell besserer Wert für den Zeitraum nach Einführung des BIT-CP. Der Mittelwert für Ziel 3 lag vor Einführung des BIT-CP bei 3,25 (SD = 0,85) und nach Einführung des BIT-CP bei 3,12 (SD = 0,85).

Der Anteil nicht erreichter Ziele lag vor Einführung des BIT-CP bei 42,5 % und nach Einführung des BIT-CP bei 33,0 % (Abbildung 25).



**Abbildung 25 Zielerreichung Ziel 3 zum Katamnese-Zeitpunkt 1 Jahr nach Reha-Ende vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP**

Der Anteil erreichter oder mehr als erreichter Ziele lag vor Einführung des BIT-CP bei 20,2 % und nach Einführung des BIT-CP bei 20,4 %.

Somit kann die Forschungshypothese 2b, dass die Zielerreichung zum Katamnese-Zeitpunkt nach Einführung des BIT-CP höher ist als vor Einführung des BIT-CP, nicht bestätigt werden.

### **8.3 Ergebnisse der explorativen Forschungsfrage zur Rolle der Therapieziele in der Evaluation medizinisch psychiatrischer Rehabilitation**

Im Zuge der Beantwortung der explorativen Forschungsfrage 3 sollen Zusammenhänge zwischen den drei Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung der Therapiezielerreichung sichtbar gemacht werden. Mit einbezogen werden Daten zum Status der Symptombelastung bei Aufnahme und Entlassung.

Nachfolgend wird die Operationalisierung der einzelnen Dimensionen der Qualität nach Donabedian (2005) beschrieben, in Abbildung 28 sind alle einbezogenen Kriterien graphisch dargestellt.

#### **Datenbasis zur Beantwortung dieser Forschungsfrage:**

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurden keine Daten gesondert erhoben, sondern Daten aus dem Routinebetrieb der Reha-Klinik verwendet. Die Erhebungsverfahren bestehen nur zu einem Teil aus vorgeschriebenen Testverfahren, dies betrifft die Instrumente BSI (Franke, 2000) und WHO-QOL-BREF (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000). Alle übrigen Testverfahren werden zu wissenschaftlichen Zwecken jeweils nur für eine begrenzte Dauer vorgegeben und auf ihre Praktikabilität und den damit erzielbaren Erkenntnisgewinn hin evaluiert.

Aus diesem Grunde wird für die Beantwortung der Forschungsfrage 3 ein aktuellerer Datensatz der Reha-Klinik verwendet, da erst ab 2011 Verfahren der direkten Veränderungsmessung, der Beziehungszufriedenheit sowie ICF-orientierte Verfahren eingesetzt wurden. Es handelt sich um die Turnusse 122 (August 2011) bis 138 (September 2012). Die Stichprobe umfasst N = 706 Personen. Die N-Zahlen bei den Berechnungen schwanken aufgrund der Tatsache, dass einzelne Verfahren versetzt eingeführt bzw. abgesetzt wurden und bei einem geringen Anteil der Patient(inn)en einzelne fehlende Werte zu verzeichnen sind. Therapieziel 1 haben 80 % der Patient(inn)en bewertet, die Ziele 2 und 3 wurden hingegen nur von 70 % bzw. 63 % angegeben oder bewertet.

### **Operationalisierung der Strukturqualität:**

Die Zufriedenheit mit der Strukturqualität wird überwiegend anonym erhoben und kann somit nicht in die Berechnung mit einbezogen werden. Personenbezogen wird die Zufriedenheit beim Entlassungszeitpunkt mittels ZUF 8 (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989) erhoben. Die acht Items des Instruments wurden klinikintern um relevante Items ergänzt.

*Wie zufrieden sind Sie mit der erhaltenen Behandlung im Großen und Ganzen?*

(ZUF 8)

*Wie zufrieden sind Sie mit dem Komfort in der Reha-Klinik? (Zusatzitem)*

*Wie zufrieden sind Sie mit Küche und Service in der Reha-Klinik? (Zusatzitem)*

Aus diesen drei Items wurde ein Mittelwert gebildet, der Ausmaß der Zufriedenheit mit der Strukturqualität abbilden soll. Die Polung ist derart gestaltet, dass höhere Werte für eine höhere Zufriedenheit sprechen.

### **Operationalisierung der Prozessqualität:**

Die Operationalisierung der Prozessqualität erfolgte auf Basis von drei Datenquellen, die alle auf den Einschätzungen der Patient(inn)en basieren:

1. mit Hilfe der Skala „Beziehungszufriedenheit“ des HAQ - Helping Alliance Questionnaire (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995). Dieses Verfahren wurde insbesondere zur Evaluation des therapeutischen Prozesses auf Anraten von Prof. Dr. Volker Tschuschke in der Reha-Klinik eingeführt. Der Mittelwert dieser Skala geht als Variable in die Berechnung ein, höhere Werte stehen für eine höhere Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung.

2. wurden sechs Items aus dem ZUF 8 (Schmidt et al., 1989) einbezogen, die die Zufriedenheit mit der Prozessqualität abbilden.

*Wie würden Sie die Qualität der Behandlung beurteilen? ZUF 8*

*Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der erhaltenen Hilfe? ZUF 8*

*Hat die Reha-Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? ZUF 8*

*Haben Sie die gewollte Art der Behandlung bekommen? ZUF 8*

*Würden Sie die Reha-Klinik weiterempfehlen? ZUF 8*

*Würden Sie wiederkommen, wenn es für Sie nötig wäre? ZUF 8*

3. wurden noch selbst erstellte Items zur Zufriedenheit mit Betreuungs- und Behandlungsangeboten einbezogen:

Ärztliche Gespräche Zusatz-Item

Pflegeteam Zusatz-Item

Einzelgespräche Bezugstherapeut(in) Zusatz-Item

*Würden Sie als Mensch respektiert und ernst genommen?* Zusatz-Item

Aus diesen zehn Items wurde ein Mittelwert errechnet, die die Zufriedenheit mit der Prozessqualität abbilden soll. Die Reliabilitätsanalyse ergab eine interne Konsistenz von  $\alpha = .859$ . Die korrigierten Trennschärfen lagen zwischen .45 und .69. Die Polung ist derart gestaltet, dass höhere Werte gleichbedeutend mit höherer Zufriedenheit sind.

Auch wenn die Verantwortung für die Qualität des Prozesses primär auf Seiten der Reha-Klinik liegt, soll hier eine Prozessvariable auf Seiten der Patient(inn)en – auch von ihnen selbst eingeschätzt - mit einbezogen werden. Zum Entlassungszeitpunkt werden die Patient(inn)en befragt, wie zufrieden sie mit ihrem eigenen Anteil an der Rehabilitation sind.

*Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem eigenen Anteil, mit Ihrer Mitarbeit an der Rehabilitation?*

Dieses Item war auf einer vierstufigen Skala (1 = sehr zufrieden bis 4 = nicht zufrieden) einzuschätzen und geht als Variable in die Bewertung der Prozessqualität ein.

### **Operationalisierung der Ergebnisqualität:**

Die Operationalisierung der Ergebnisqualität erfolgt auf Basis unterschiedlicher Datenquellen und Messmethoden. Primär aus der Perspektive der Rehabilitand(inn)en im Zuge von Selbsteinschätzungen, mittels direkter und indirekter Ergebnismessung. Aber auch aus der Perspektive der Therapeut(inn)en als Methode der Fremdeinschätzung mittels direkter Veränderungsmessung.

### Selbsteinschätzung der Rehabilitand(inn)en – indirekte Veränderungsmessung:

Als Maße für die indirekte Veränderungsmessung wurden die Differenzen der Aufnahme- und Entlassungswerte folgender psychometrischer Testverfahren und Skalen verwendet:

BSI Brief Symptom Inventory (Franke, 2000)

WHO-QOL BREF (Angermeyer et al., 2000)

Global

Physisch

Psychisch

ICF-3F-AT (Nosper, 2009) Kognitive Leistungsfähigkeit

Selbstwirksamkeit

Soziale Kompetenz

Die Differenzen wurden so gebildet, dass höhere Differenzen für eine besser ausgeprägte Veränderung stehen (BSI und ICF-3F-AT: Aufnahme – Entlassung, WHO-QOL-BREF: Entlassung – Aufnahme).

### Selbsteinschätzung der Rehabilitand(inn)en – direkte Veränderungsmessung:

Therapiezielerreichung für drei Therapieziele – Einzel-Items

VEV Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), Verwendung des Rohwerts

BESS – Kurzskala (Schmidt et al., 2008), 6 Items – ergänzt durch die Items:

f) meine Arbeitsfähigkeit ist ...

g) meine Entspannungsfähigkeit ist ...

h) mein Selbstvertrauen ist ...

i) meine Ausgeglichenheit ist ...

Verwendung des Mittelwerts aller 10 Items

HAQ – Helping Alliance Questionnaire – Skala Erfolgszufriedenheit (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995), Verwendung des Rohwerts

1 Item zur Beurteilung des Behandlungserfolgs:

*Wie hoch schätzen Sie, insgesamt betrachtet, den Erfolg der Rehabilitation ein?*

Einschätzung auf einer 4-stufigen Skala (1 = sehr erfolgreich; 4 = nicht erfolgreich)

## Fremdeinschätzung der Rehabilitand(inn)en – direkte Veränderungsmessung:

Zum Entlassungszeitpunkt bewerten die Bezugstherapeut(inn)en dieselben Items der BESS-Skala aus ihrer subjektiven Sichtweise, ebenso das Item zum Rehabilitationserfolg.

BESS – Kurzskaala (Schmidt et al., 2008), 6 Items – ergänzt durch die Items:

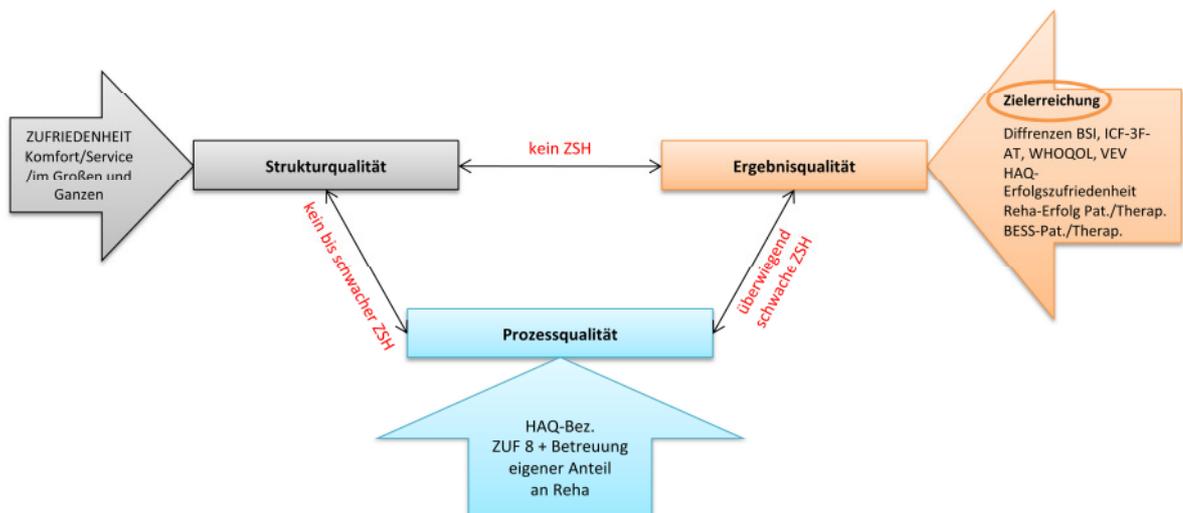
- f) meine Arbeitsfähigkeit ist ...
- g) meine Entspannungsfähigkeit ist ...
- h) mein Selbstvertrauen ist ...
- i) meine Ausgeglichenheit ist ...

Verwendung des Mittelwerts aller 10 Items

1 Item zur Beurteilung des Behandlungserfolgs:

*Wie hoch schätzen Sie, insgesamt betrachtet, den Erfolg der Rehabilitation ein?*

Einschätzung auf einer 4-stufigen Skala (1 = sehr erfolgreich; 4 = nicht erfolgreich)



**Abbildung 26** Variablen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und Zusammenhänge

Eine Gesamtübersicht aller einbezogenen Dimensionen und Variablen findet sich in Abbildung 26.

Die Berechnung der Zusammenhänge erfolgt aufgrund unterschiedlicher Skalenqualität jeweils bivariat zwischen zwei Variablen. Die Skalenqualität variiert zwischen metrischen Variablen (bei meist fehlender Normalverteilung), ordinalskalierten Variablen und in Einzelitems – also kategoriale Daten mit geordneten Kategorien.

Für alle Zusammenhänge zwischen metrischen oder ordinalskalierten Variablen werden Spearman-Korrelationen berechnet. Interpretiert werden Zusammenhänge ab einer Ausprägung von mindestens  $r_{\text{Spearman}} = 0,20$ . Nach Eid, Gollwitzer und Schmitt (2011) sollte die Spearman-Korrelation bei ordinalskalierten Daten mit Bedacht eingesetzt werden, da sie mehr als nur die ordinale Ordnung der Daten in die Korrelation einbeziehe und sensibel auf Fälle reagiere, in denen eine Person auf einem Merkmal einen sehr kleinen und auf dem anderen Merkmal einen sehr großen Rangwert aufweise. Außerdem setze sie die Linearität der Ränge voraus. Es könne zu einer Überschätzung des Zusammenhangs kommen (Eid et al., 2011, S. 520). Da in den vorliegenden Daten jedoch kaum Ausreißer zu erwarten sind, wird die Spearman-Korrelation für alle jene Fälle angewendet, bei denen kaum Rangplatzbindungen zu erwarten sind.

Für Korrelationen einzelner Items mit Skalenwerten oder Differenzen wird Kendalls tau-b berechnet, da nach Leonhart (2010) dieser Koeffizient weniger sensibel auf Rangbindungen reagiere und eine konservativere – und damit niedrigere Zusammenhangsschätzung – ergebe (Leonhart, 2010, S. 129). Janssen und Laatz (2005) betonen aber, dass Kendall's tau b nur Rangbindungen bei einer der beiden Variablen berücksichtige. Auch Bortz und Lienert (2003) sehen im Koeffizienten Kendall's tau einen Vorteil gegenüber der Spearman Korrelation. Letztere setze Äquidistanzen der Messwerte voraus, und Kendall's tau sei damit „die eigentliche“ Rangkorrelation. Aufgrund der vielen Signifikanztests, und der damit einhergehenden  $\alpha$ -Fehler-Gefahr werden nur Koeffizienten interpretiert, deren p-Wert  $<0,001$  beträgt.

### **8.3.1 Zusammenhänge zwischen Struktur- und Prozessqualität**

Es zeigt sich ein schwacher Zusammenhang von  $r_{\text{Spearman}} = 0,364$  zwischen der Zufriedenheit mit der Struktur- und der Prozessqualität (Tabelle 20).

Zwischen der Strukturqualität und der Beziehungszufriedenheit sowie der Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil zeigt sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang ( $p > 0,001$ ).

**Tabelle 20 Korrelationen zwischen der Zufriedenheit mit der Strukturqualität und Kriterien der Prozessqualität**

E: Zufriedenheit mit Prozessqualität (ZUF1,2,3,5,6,7,11,12,13,14)			HAQ: Beziehungszufriedenheit			Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem eigenen Anteil, mit Ihrer Mitarbeit an der Rehabilitation?		
Spearman Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Spearman Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Kendall's tau_b	Sig. (2-tailed)	N
<b>0,364</b>	<b>&lt;,001</b>	<b>621</b>	0,113	0,005	611	-0,149	<,001	618

Der Zusammenhang zwischen Struktur- und Prozessqualität muss somit als nicht bedeutsam bewertet werden.

### 8.3.2 Zusammenhänge zwischen Struktur- und Ergebnisqualität

Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen Struktur- und Ergebnisqualität wurden elf Spearman-Korrelationen und fünfmal Kendalls Tau berechnet (Tabelle 21).

Es zeigte sich bei keinem einzigen Kriterium für die Ergebnisqualität ein Zusammenhang mit der Strukturqualität. Alle Korrelationskoeffizienten lagen deutlich unter 0,20 und die p-Werte erreichten nur in zwei Fällen ein Signifikanzniveau von <0,001.

Es kann auf Basis der vorliegenden Daten davon ausgegangen werden, dass kein Zusammenhang zwischen Struktur- und Ergebnisqualität besteht.

**Tabelle 21 Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der Strukturqualität und Kriterien der Ergebnisqualität**

Erreichung des Therapiezieles 1	Kendall's tau_b	-0,146
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	573
Erreichung des Therapiezieles 2	Kendall's tau_b	-0,139
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	492
Erreichung des Therapiezieles 3	Kendall's tau_b	-0,141
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	445
BSI: Aufnahmewert minus Entlassungswert	Spearman Correlation	0,064
	Sig. (2-tailed)	0,111
	N	614
Differenz Kognitive Leistungsfähigkeit (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,070
	Sig. (2-tailed)	0,133
	N	457
Differenz Selbstwirksamkeit (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,024
	Sig. (2-tailed)	0,617
	N	452
Differenz Soziale Kompetenz (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,001
	Sig. (2-tailed)	0,988
	N	451
Differenz WHO-QOL Global (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,357
	N	593
Differenz WHO-QOL Psychisch (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,098
	Sig. (2-tailed)	0,016
	N	606
Differenz WHO-QOL Physisch (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,045
	Sig. (2-tailed)	0,274
	N	595
VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	Spearman Correlation	0,123
	Sig. (2-tailed)	0,040
	N	278
HAQ: Erfolgsszufriedenheit	Spearman Correlation	0,084
	Sig. (2-tailed)	0,037
	N	611
Beurteilung des Behandlungserfolges Patient(in)	Kendall's tau_b	-0,156
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	616
Beurteilung des Behandlungserfolges Bezugstherapeut(in)	Kendall's tau_b	-0,052
	Sig. (2-tailed)	0,209
	N	583
E: BESS Mittelwert Patient(in)	Spearman Correlation	0,111
	Sig. (2-tailed)	0,006
	N	621
E: BESS Mittelwert Therapeut(in)	Spearman Correlation	0,048
	Sig. (2-tailed)	0,243
	N	601

### 8.3.3 Zusammenhänge zwischen Prozess- und Ergebnisqualität

Zur Beurteilung der Zusammenhänge zwischen Prozess- und Ergebnisqualität werden die drei Kriterien der Prozessqualität jeweils mit allen Kriterien der Ergebnisqualität korreliert.

#### **Korrelationen der HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit mit den Kriterien für Ergebnisqualität:**

Bei der Korrelation der HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit mit den Kriterien für die Ergebnisqualität zeigen sich in elf von 16 Fällen signifikante Zusammenhänge (Tabelle 22).

Kein Zusammenhang mit der Skala Beziehungszufriedenheit zeigt sich bei folgenden

Kriterien:	ICF-3F-AT	alle drei Skalen
	WHO-QOL-BREF	Dimensionen Global und Physisch

Zusammenhang mit der Therapiezielerreichung: Je höher die Beziehungszufriedenheit ausgeprägt ist, desto höher ist die Zielerreichung ausgeprägt – allerdings liegen die Zusammenhänge für Kendalls Tau im Bereich von 0,20 bis 0,24, was als schwach zu bewerten ist.

Zusammenhänge mit der indirekten Veränderungsmessung: Die Skala Beziehungszufriedenheit korreliert schwach mit der Differenz im BSI ( $r_{\text{Spearman}} = 0,226$ ,  $p < 0,001$ ) und ebenso schwach mit der Differenz der Dimension Psychisch im WHO-QOL-BREF ( $r_{\text{Spearman}} = 0,263$ ,  $p < 0,001$ ).

Zusammenhänge mit der direkten Veränderungsmessung: Am höchsten korreliert die Skala Beziehungszufriedenheit mit der Skala Erfolgswzufriedenheit – beides Skalen des HAQ ( $r_{\text{Spearman}} = 0,489$ ,  $p < 0,001$ ). Aber auch mit dem VEV und der BESS-Skala Patient(in) zeigen sich schwache, aber etwas stärkere Zusammenhänge als mit der indirekten Ergebnismessung. Schwache Zusammenhänge zeigen sich mit der BESS-Skala Therapeut(in) sowie mit der Globaleinschätzung des Rehabilitationserfolgs.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Skala Beziehungszufriedenheit schwach mit den Kriterien der Ergebnisqualität korreliert, am stärksten mit den

Messmethoden der direkten Veränderungsmessung, schwach mit den Maßen der indirekten Veränderungsmessung und der Therapiezielerreichung.

**Tabelle 22 Zusammenhänge zwischen der Prozessqualität (Beziehungszufriedenheit: HAQ) und Kriterien der Ergebnisqualität**

Erreichung des Therapiezieles 1	Kendall's tau_b	-0,240
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	570
Erreichung des Therapiezieles 2	Kendall's tau_b	-0,217
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	489
Erreichung des Therapiezieles 3	Kendall's tau_b	-0,209
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	444
BSI: Aufnahmewert minus Entlassungswert	Spearman Correlation	0,226
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	605
Differenz Kognitive Leistungsfähigkeit (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,169
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	449
Differenz Selbstwirksamkeit (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,175
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	444
Differenz Soziale Kompetenz (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,124
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	444
Differenz WHO-QOL Global (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,169
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	583
Differenz WHO-QOL Psychisch (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,263
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	597
Differenz WHO-QOL Physisch (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,175
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	585
VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	Spearman Correlation	0,337
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	277
HAQ: Erfolgsszufriedenheit	Spearman Correlation	0,489
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	612
Beurteilung des Behandlungserfolges Patient(in)	Kendall's tau_b	-0,269
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	609
Beurteilung des Behandlungserfolgs Bezugstherapeut(in)	Kendall's tau_b	-0,251
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	575
BESS Mittelwert Patient(in)	Spearman Correlation	0,325
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	613
BESS Mittelwert Therapeut(in)	Spearman Correlation	0,234
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	593



**Tabelle 23 Zusammenhänge zwischen der Prozessqualität (Zufriedenheit mit der Prozessqualität) und Kriterien der Ergebnisqualität**

Erreichung des Therapiezieles 1	Kendall's tau_b	-0,228
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	574
Erreichung des Therapiezieles 2	Kendall's tau_b	-0,192
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	493
Erreichung des Therapiezieles 3	Kendall's tau_b	-0,178
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	445
BSI: Aufnahmewert minus Entlassungswert	Spearman Correlation	0,235
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	615
Differenz Kognitive Leistungsfähigkeit (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,098
	Sig. (2-tailed)	0,035
	N	457
Differenz Selbstwirksamkeit (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,141
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	452
Differenz Soziale Kompetenz (Aufnahme - Entlassung)	Spearman Correlation	0,109
	Sig. (2-tailed)	0,020
	N	451
Differenz WHO-QOL Global (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,150
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	593
Differenz WHO-QOL Psychisch (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,248
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	606
Differenz WHO-QOL Physisch (Entlassung – Aufnahme)	Spearman Correlation	0,228
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	595
VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	Spearman Correlation	0,322
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	278
HAQ: Erfolgsszufriedenheit	Spearman Correlation	0,252
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	611
Beurteilung des Behandlungserfolges Patient(in)	Kendall's tau_b	-0,315
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	617
Beurteilung des Behandlungserfolges Bezugstherapeut(in)	Kendall's tau_b	-0,246
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	584
BESS Mittelwert Patient(in)	Spearman Correlation	0,346
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	621
BESS Mittelwert Therapeut(in)	Spearman Correlation	0,264
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	602

Zusammenfassend kann auch hier gesagt werden, dass die Zufriedenheit mit der Prozessqualität schwach mit den Kriterien der Ergebnisqualität korreliert, am ehesten auch hier mit den Messmethoden der direkten Veränderungsmessung. Die

Zusammenhänge mit der Zielerreichung sind nicht bedeutsam und mit den Veränderungen im ICF-3F-AT zeigt sich kein Zusammenhang.

### **Korrelationen der Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil am Rehabilitationserfolg mit den Kriterien für Ergebnisqualität**

Da es sich bei der Einschätzung der Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil an der Rehabilitation um ein einzelnes Item handelt, werden nur die Korrelationskoeffizienten für Kendalls Tau interpretiert. Es zeigen sich in elf von 16 Fällen signifikante, aber schwache Zusammenhänge (Tabelle 24). Da dieses Items anders gepolt ist als die beiden anderen Prozessvariablen, weisen die Korrelationskoeffizienten gegenteilige Vorzeichen auf.

Kein Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Prozessqualität zeigt sich bei folgenden Kriterien: ICF-3F-AT                      Selbstwirksamkeit und soziale Kompetenz  
WHO-QOL-BREF                      alle drei Dimensionen

Zusammenhang mit der Therapiezielerreichung: Je höher die Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil an der Reha ausgeprägt ist, desto höher ist die Zielerreichung ausgeprägt, die Werte für Kendalls Tau liegen zwischen -0,23 und -0,29.

Zusammenhänge mit der indirekten Veränderungsmessung: Die Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil korreliert schwach mit der Differenz im BSI ( $r_{\text{Spearman}} = -0,254$ ,  $p < 0,001$ ) und ebenso schwach mit der Skala kognitive Leistungsfähigkeit im ICF-3F-AT ( $r_{\text{Spearman}} = -0,203$ ,  $p < 0,001$ ).

Zusammenhänge mit der direkten Veränderungsmessung: Alle Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil und den Kriterien für die direkte Veränderungsmessung sind signifikant und liegen im niedrigen Bereich zwischen 0,21 und 0,36. Dabei muss berücksichtigt werden, dass für Kendalls Tau geringere Zusammenhänge zu erwarten sind.

**Tabelle 24 Zusammenhänge zwischen der Prozessqualität (Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil an der Rehabilitation) und Kriterien der Ergebnisqualität**

Erreichung des Therapiezieles 1	Kendall's tau_b	0,237
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	573
Erreichung des Therapiezieles 2	Kendall's tau_b	0,286
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	493
Erreichung des Therapiezieles 3	Kendall's tau_b	0,233
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	446
BSI: Aufnahmewert minus Entlassungswert	Kendall's tau_b	-0,254
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	613
Differenz Kognitive Leistungsfähigkeit (Aufnahme - Entlassung)	Kendall's tau_b	-0,203
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	454
Differenz Selbstwirksamkeit (Aufnahme - Entlassung)	Kendall's tau_b	-0,190
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	450
Differenz Soziale Kompetenz (Aufnahme - Entlassung)	Kendall's tau_b	-0,156
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	449
Differenz WHO-QOL Global (Entlassung – Aufnahme)	Kendall's tau_b	-0,127
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	590
Differenz WHO-QOL Psychisch (Entlassung – Aufnahme)	Kendall's tau_b	-0,189
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	604
Differenz WHO-QOL Physisch (Entlassung – Aufnahme)	Kendall's tau_b	-0,170
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	593
VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	Kendall's tau_b	-0,266
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	278
HAQ: Erfolgswzufriedenheit	Kendall's tau_b	-0,261
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	609
Beurteilung des Behandlungserfolges Patient(in)	Kendall's tau_b	0,363
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	617
Beurteilung des Behandlungserfolges Bezugstherapeut(in)	Kendall's tau_b	0,293
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	583
BESS Mittelwert Patient(in)	Kendall's tau_b	-0,304
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	620
BESS Mittelwert Therapeut(in)	Kendall's tau_b	-0,210
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	601

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das einzelne Item zur Einschätzung des eigenen Anteils am Erfolg der Rehabilitation mindestens gleich gut – teilweise sogar höher als die anderen beiden Kriterien – mit den Kriterien der Ergebnisqualität korreliert. Mit den Instrumenten ICF-3F-AT und WHO-QOL-BREF zeigen sich so gut wie keine Zusammenhänge. Die Einbeziehung dieses Items in die Operationalisierung der Prozessqualität scheint gerechtfertigt.

### 8.3.4 Zusammenhänge zwischen Symptombelastung bei Aufnahme und Therapiemotivation mit den Qualitätsdimensionen nach Donabedian

Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Belastung bei Aufnahme und Dimensionen der Qualität nach Donabedian werden erwartet. In Abbildung 27 sind die einbezogenen psychometrischen Daten und die zusammengefassten Ergebnisse dargestellt. Einbezogen wurden alle Dimensionen des WHO-QOL-BREF – also auch soziale Beziehungen und Umwelt, welche bei den Kriterien für die Ergebnisqualität nicht enthalten sind.

Die Therapiezielerreichung korreliert mit einigen der Ausgangswerte leicht. Alle Korrelationen im Detail sind im Anhang F und im Anhang H angeführt.

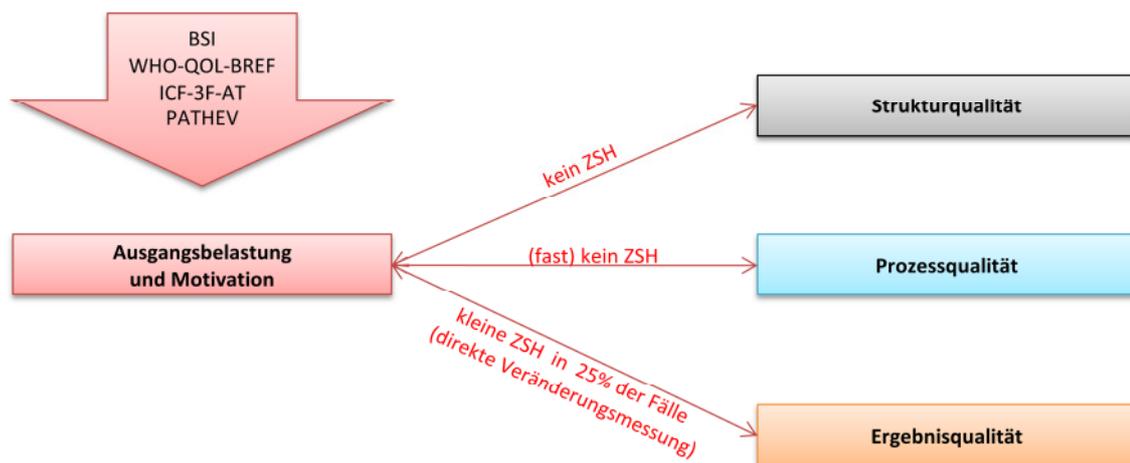


Abbildung 27 Zusammenhänge zwischen der Ausgangsbelastung und Therapiemotivation mit den Qualitätsdimensionen nach Donabedian

### **Zusammenhänge mit der Strukturqualität:**

Es zeigt sich kein einziger bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Ausgangsbelastung und Therapiemotivation mit der Beurteilung der Strukturqualität.

### **Zusammenhänge mit der Prozessqualität:**

Es zeigt sich auch keine einzige bedeutsame Korrelation der Ausgangsbelastung mit der Prozessqualität, die Korrelationen im Detail sind im Anhang G angeführt.

Von neun möglichen Zusammenhängen zeigen sich drei signifikante, aber schwache Korrelationen mit der Therapiemotivation. Je höher die Skala Hoffnung auf Besserung im PATHEV ausgeprägt ist, desto besser wird die Zufriedenheit mit der Prozessqualität beurteilt ( $r_{\text{Spearman}} = -0,210$ ,  $p < 0,001$ ) und desto besser wird auch die Beziehungszufriedenheit im HAQ bewertet ( $r_{\text{Spearman}} = -0,241$ ,  $p < 0,001$ ).

Und mit höheren Werten der Skala Passung im PATHEV gehen bessere Bewertungen der Beziehungszufriedenheit im HAQ einher ( $r_{\text{Spearman}} = -0,272$ ,  $p < 0,001$ ).

### **Zusammenhänge mit der Ergebnisqualität:**

Bei dieser Analyse wurden aufgrund der umfangreichen Daten die Dimensionen Global, soziale Beziehungen und Umwelt bei der Ausgangsbelastung ausgenommen. Die Korrelationen im Detail sind in Anhang H angeführt. Nur in 25 % aller Korrelationen zeigte sich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Ausgangsbelastung und den jeweiligen Ergebniskriterien.

### **Kein Zusammenhang zwischen Ergebniskriterien und Ausgangsbelastung sowie Therapiemotivation:**

Folgende Ergebniskriterien korrelieren nicht mit den Ausgangswerten der Symptombelastung oder Therapiemotivation:

BSI –	Differenz Aufnahme – Entlassung
ICF-3F-AT	Differenz alle drei Skalen
WHO-QOL-BREF	Differenz alle drei Skalen
Einschätzung Behandlungserfolg global	Bezugstherapeut(in)

### **Kleine Zusammenhänge zwischen Ergebniskriterien und Ausgangsbelastung:**

**Therapiezielerreichung:** Die Erreichung von Therapieziel 1 korreliert schwach mit dem GSI bei Aufnahme ( $r_{\text{Spearman}} = 0,202$ ;  $p < 0,001$ ) und mit der Dimension Physisch im WHO-QOL-BREF ( $r_{\text{Spearman}} = -0,222$ ;  $p < 0,001$ ). Je stärker die Symptombelastung bei Aufnahme und je geringer die physische Lebensqualität, desto geringer fällt die Zielerreichung aus. Bei den Zielen 2 und 3 zeigen sich ähnlich hohe Zusammenhänge in der gleichen Richtung – aber mit mehr Ausgangswerten. Die Zielerreichung von Ziel 2 korreliert auch noch mit der Dimension Physisch im WHO-QOL-BREF, und die Zielerreichung von Ziel 3 auch noch mit den Skalen kognitive Leistungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit im ICF-3F-AT. Auch hier gehen stärkere Beeinträchtigungen – wenn auch in geringem Ausmaß – mit schlechterer Zielerreichung einher.

Die **HAQ** – Skala Erfolgswzufriedenheit korreliert mit acht von neun Ausgangswerten. Je höher die Erfolgswzufriedenheit, desto geringer die Symptombelastung im BSI und desto höher die Lebensqualität, alle drei Korrelationen liegen über 0,3. Mit einer höheren Erfolgswzufriedenheit gehen auch geringere Beeinträchtigungen im ICF-3F-AT einher, diese Korrelationen liegen allerdings nur zwischen 0,2 und 0,3. Und schließlich gehen mit höheren Werten in zwei von drei Skalen der Therapiemotivation höhere Werte in der Erfolgswzufriedenheit einher, die Korrelationen betragen 0,23 bzw. 0,28.

Die **BESS-Skala** korreliert ebenso mit acht von neun Ausgangswerten schwach, mit Werten zwischen 0,20 bis 0,39. Auch hier gilt, dass mit besseren Bewertungen zum Entlassungszeitpunkt durchwegs niedrigere Ausgangsbelastungen einhergehen – einschließlich der Skalen Hoffnung auf Besserung und Passung aus dem PATHEV (Therapiemotivation). Die BESS-Skala, bearbeitet von den Therapeut(inn)en korreliert in vier von neun Fällen mit der Ausgangsbelastung, in gleicher Richtung.

Auch der **VEV** korreliert mit den Ausgangswerten in sechs Fällen dahingehend, dass mit geringerer Ausgangsbelastung und höherer Therapiemotivation (Skalen Hoffnung auf Besserung und Passung) eine positivere Veränderung einhergeht.

Die Globalbeurteilung des **Behandlungserfolgs** korreliert nur mit der Dimension physisch im WHO-QOL-BREF, die Beurteilung von Seiten der Therapeut(inn)en korreliert mit gar keinem Ausgangswert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass zwischen der Ausgangsbelastung und der Einschätzung der Struktur- und Prozessqualität keine bedeutsamen Zusammenhänge nachgewiesen werden können. Beim Zusammenhang der Ausgangsbelastung mit der Ergebnisqualität zeigen sich nur schwache Zusammenhänge mit direkten – nicht aber mit der indirekten Ergebnismessung.

### 8.3.5 Zusammenhänge zwischen Symptombelastung bei Entlassung und den Qualitätsdimensionen nach Donabedian

Auch hier wurden alle Dimensionen des WHO-QOL-BREF in die Analyse einbezogen. Die Hauptergebnisse sind schematisch in Abbildung 30 dargestellt.



Abbildung 28 Zusammenhänge zwischen der Symptombelastung bei Entlassung mit den Qualitätsdimensionen nach Donabedian

#### Zusammenhänge mit der Strukturqualität:

Es zeigt sich kein einziger bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Symptombelastung bei Entlassung mit der Beurteilung der Strukturqualität. Die Korrelationen im Detail sind im Anhang F angeführt.

### Zusammenhänge mit der Prozessqualität:

Bei den Zusammenhängen der Entlassungssymptomatik mit den Variablen der Prozessqualität zeigen sich bei etwa ⅔ der Korrelationen signifikante Ergebnisse, die in Tabelle 25 im Detail dargestellt sind.

**Tabelle 25 Korrelationen der Variablen der Prozessqualität mit Variablen der Symptombelastung bei Entlassung**

		E: Zufriedenheit mit Prozessqualität	HAQ: Beziehungszufriedenheit	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem eig. Anteil/Mitarbeit?
		Spearman	Spearman	Kendall's tau_b
E: GSI	Correlation Coefficient	<b>-0,204</b>	<b>-0,235</b>	<b>0,356</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
	N	<b>621</b>	<b>611</b>	<b>619</b>
E: WHO - Rohwert - Domäne "Global"	Correlation Coefficient	<b>0,235</b>	<b>0,215</b>	<b>-0,301</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
	N	<b>614</b>	<b>604</b>	<b>611</b>
E: WHO - Rohwert - Domäne "Physisch"	Correlation Coefficient	<b>0,211</b>	<b>0,202</b>	<b>-0,326</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
	N	<b>614</b>	<b>604</b>	<b>612</b>
E: WHO - Rohwert - Domäne "Psychisch"	Correlation Coefficient	0,196	<b>0,259</b>	<b>-0,332</b>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
	N	618	<b>608</b>	<b>616</b>
E: WHO - Rohwert - Domäne "Soziale Beziehungen"	Correlation Coefficient	0,157	<b>0,236</b>	<b>-0,245</b>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
	N	615	<b>605</b>	<b>613</b>
E: WHO - Rohwert - Domäne "Umwelt"	Correlation Coefficient	<b>0,277</b>	<b>0,276</b>	<b>-0,239</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
	N	<b>618</b>	<b>608</b>	<b>616</b>
E: Kognitive Leistungsfähigkeit	Correlation Coefficient	-0,102	-0,182	<b>0,335</b>
	Sig. (2-tailed)	0,027	<0,001	<b>&lt;0,001</b>
	N	467	459	<b>464</b>
E: Selbstwirksamkeit	Correlation Coefficient	-0,130	-0,173	<b>0,370</b>
	Sig. (2-tailed)	0,005	<0,001	<b>&lt;0,001</b>
	N	463	455	<b>460</b>
E: Soziale Kompetenz	Correlation Coefficient	-0,164	-0,195	<b>0,341</b>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<b>&lt;0,001</b>
	N	462	455	<b>459</b>

Anmerkung: Zufriedenheit mit dem eigenen Anteil ist negativ gepolt

Je höher die körperliche und psychische Symptombelastung im BSI bei der Entlassung ausgeprägt ist, desto geringer ist die Zufriedenheit mit der Prozessqualität, desto geringer ist die Beziehungszufriedenheit im HAQ ausgeprägt und desto unzufriedener

sind die Patient(inn)en mit ihrem eigenen Anteil am Reha-Erfolg. Die Korrelationen sind schwach und liegen zwischen 0,20 und 0,36.

Bei den Dimensionen Global, Physisch und Umwelt zeigen sich gleich hohe Zusammenhänge mit der Prozessqualität. Alle drei Prozessvariablen korrelieren mit den drei Dimensionen dahingehend, dass bei geringerer Lebensqualität zum Entlassungszeitpunkt die Prozessqualität negativer beurteilt wird.

Bei den Dimensionen Psychisch und soziale Beziehungen gilt das nur für die Skala Beziehungszufriedenheit im HAQ und den eigenen Anteil am Reha-Erfolg, nicht aber für die Zufriedenheit mit der Prozessqualität.

Und schließlich zeigen die ICF-3F-AT-Skalen auch hier wieder ihren Unterschied zu den anderen psychometrischen Instrumenten. Sie korrelieren nicht mit der Zufriedenheit mit der Prozessqualität oder der Beziehungszufriedenheit im HAQ. Es zeigt sich aber, dass mit schlechteren Werten in diesen drei Skalen eine negativere Bewertung des eigenen Anteils am Reha-Erfolg einhergeht, die Werte für Kendall's Tau liegen zwischen 0,34 und 0,37.

#### **Zusammenhänge mit der Ergebnisqualität:**

Bei dieser Analyse wurden - wie schon bei der Ausgangsbelastung - aufgrund der umfangreichen Daten die Dimensionen Global, soziale Beziehungen und Umwelt bei Entlassung ausgenommen. Alle Zusammenhänge zwischen Symptombelastung bei Entlassung und den Kriterien der Ergebnisqualität sind signifikant, die Korrelationen im Detail sind in Tabelle 26 angeführt. Aus diesem Grund macht eine detaillierte Besprechung der Zusammenhänge keinen Sinn.

Es ist festzuhalten, dass alle Ergebniskriterien mit allen Belastungs- bzw. Lebensqualitätswerten bei Entlassung höchst signifikant korrelieren. In allen Fällen gehen stärkere Symptombelastung oder geringere Lebensqualität bei Entlassung mit einer geringeren Verbesserung während des Reha-Aufenthalts einher. Auch wenn für die Therapiezielerreichung und Beurteilung des Behandlungserfolgs „nur“ Kendall's tau<sub>b</sub> errechnet wurde, zeigen sich Zusammenhänge zwischen 0,27 und 0,40.

Tendenziell korrelieren auch hier die Maße der direkten Veränderungsmessung stärker mit der Symptombelastung als die Maße für die indirekte Veränderungsmessung.

**Tabelle 26 Korrelationen zwischen der Symptombelastung bei Entlassung und Kriterien der Ergebnisqualität**

		E: GSI	E: Phys.	E: Psych.	E: KL	E: SW	E: SK
E: Erreichung des Therapiezieles 1	Correlation	0,360	-0,379	-0,398	0,287	0,323	0,280
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	574	566	570	423	420	419
E: Erreichung des Therapiezieles 2	Correlation	0,343	-0,340	-0,406	0,292	0,351	0,271
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	493	486	490	376	374	373
E: Erreichung des Therapiezieles 3	Correlation	0,379	-0,397	-0,399	0,294	0,349	0,305
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	445	439	443	348	346	345
BSI: Aufnahmewert - Entlassungswert	Correlation	-0,638	0,485	0,522	-0,425	-0,471	-0,438
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	620	609	613	463	459	458
Diff. Kognitive Leistungsfähigkeit AE	Correlation	-0,352	0,282	0,298	-0,480	-0,413	-0,348
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	458	452	456	458	454	453
Differenz Selbstwirksamkeit A-E	Correlation	-0,415	0,360	0,389	-0,434	-0,569	-0,432
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	453	448	452	453	453	452
Differenz Soziale Kompetenz A-E	Correlation	-0,286	0,218	0,263	-0,268	-0,352	-0,388
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	452	447	451	452	452	452
WHO-QOL-BREF: Global Differenz E-A	Correlation	-0,251	0,230	0,258	-0,183	-0,205	-0,187
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	594	588	592	444	440	439
WHO-QOL-BREF: Psychisch Differenz E-A	Correlation	-0,421	0,411	0,535	-0,295	-0,324	-0,311
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	607	603	607	456	452	451
WHO-QOL-BREF: Physisch Differenz E-A	Correlation	-0,353	0,490	0,377	-0,292	-0,310	-0,308
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	596	596	596	448	444	443
VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	Correlation	-0,632	0,623	0,663	-0,508	-0,629	-0,534
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	279	279	279	136	134	134
HAQ: Erfolgszufriedenheit	Correlation	-0,610	0,567	0,641	-0,529	-0,552	-0,502
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	610	604	608	459	455	455
E: Beurteilung des Behandlungserfolges	Correlation	0,373	-0,394	-0,405	0,290	0,323	0,297
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	617	609	613	463	459	458
Behandlungserfolgs (Bezugstherapeut)	Correlation	0,319	-0,318	-0,363	0,281	0,300	0,277
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	588	577	581	439	435	434
E: BESS Mittelwert Patient(in)	Correlation	-0,656	0,658	0,649	-0,536	-0,549	-0,503
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	621	614	618	467	463	462
E: BESS Mittelwert Therapeut(in)	Correlation	-0,413	0,403	0,450	-0,355	-0,408	-0,360
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	605	595	599	453	449	448

Anmerkung: Für die Variablen Therapiezieleerreichung und Beurteilung des Behandlungserfolgs wird Kendall's tau\_b angegeben, sonst Spearman Korrelationen

### 8.3.6 Zusammenhänge der Ergebniskriterien

Um den Stellenwert der Therapiezielerreichung in der Gruppe der Ergebniskriterien zu analysieren, werden die Ergebniskriterien untereinander korreliert. Alle Einzelkorrelationen sind aufgrund des Umfangs in Anhang I angeführt.

#### **Korrelationen der Therapiezielerreichung mit den anderen Ergebniskriterien:**

Mit den Kriterien für die direkte Veränderungsmessung korrelieren die drei Therapieziele schwach mittelmäßig (Werte für Kendall's tau b von 0,4 bis 0,48), sofern diese Bewertungen von den Patient(inn)en stammen. Mit den Einschätzungen der Therapeut(inn)en korrelieren die Zielerreichungen nur schwach – was auch an der mäßigen Korrelation von Selbst- und Fremdeinschätzung liegt.

Mit den Kriterien für die indirekte Veränderungsmessung korrelieren die drei Therapieziele schwach (BSI, Selbstwirksamkeit) bis gar nicht (WHO-QOL-BREF und ICF-3F-AT).

#### **Sonstige Zusammenhänge:**

Die Differenz im BSI korreliert mit allen anderen Ergebniskriterien signifikant – sowohl mit Maßen der direkten wie auch der indirekten Veränderungsmessung. Die Spearman-Korrelationen liegen zwischen 0,26 und 0,60. Am schwächsten fallen die Korrelationen für die Bewertungen durch die Therapeut(inn)en aus.

Die Differenzen der Skalen des ICF-3F-AT korrelieren eher schwach mit den anderen Ergebniskriterien, am stärksten mit der BESS-Skala oder dem VEV.

Die Differenzen der drei WHO-QOL-BREF Dimensionen korrelieren schwach mittelmäßig mit dem VEV und der BESS-Skala.

Unter den Korrelationen der Ergebniskriterien zeigen sich in 86 % aller Fälle zwar signifikante, aber meist schwache Zusammenhänge. Dabei korrelieren die Therapieziele trotz konservativer Schätzung gleich hoch mit den anderen Kriterien, wie diese untereinander zusammenhängen. Es zeigt sich kein einziger starker Zusammenhang, sodass bei dieser Fülle von Daten nicht direkt von redundanter Information gesprochen werden kann.

## **9 Diskussion und Ausblick**

Die theoretische und empirische Auseinandersetzung mit den Therapiezielen der Patient(inn)en in der Reha-Klinik Klagenfurt aus unterschiedlichen Perspektiven hat sich gelohnt und war sehr spannend. Die Art und Weise, wie die Fragebögen zum Entlassungszeitpunkt oder zum Katamnese-Zeitpunkt bearbeitet wurden, zeugt in vielen Fällen von hoher Sorgfalt und großem Bemühen, auch noch ein Jahr nach Ende der Rehabilitation.

Die breite Datenbasis entspricht einem naturalistischen prä-post-Design – mit allen Vor- und Nachteilen. Kontrollgruppen stehen im Rehabilitationsbereich nur im Zuge von Forschungsprojekten zur Verfügung, sodass dies nicht als Schwäche dieser Arbeit bewertet werden kann. Wie Rudolf (1998) sehe ich den Nutzen einer solchen Studie in der Vermehrung von Handlungswissen und nicht unter dem Anspruch, Grundlagenforschung zu betreiben.

Das breite Spektrum der Patient(inn)en ist gut abgebildet, es erfolgte keine Selektion nach Diagnosen oder sonstigen Kriterien, sodass die Ergebnisse auf die Gesamtgruppe der Rehabilitand(inn)en der Reha-Klinik übertragbar sind. Der Anteil von Rehabilitand(inn)en mit mangelhaften Daten liegt unter 5 %. Bei der Verallgemeinerung der Daten auf die gesamte medizinisch-psychiatrische Rehabilitation ist insofern Vorsicht geboten, als andere Kliniken nicht das exakt gleiche Setting anbieten. So unterscheidet sich die Reha-Klinik Klagenfurt hauptsächlich durch das Konzept der geschlossenen Gruppen.

### **Veränderung der Inhalte der Therapieziele**

Der Hauptfokus der Arbeit liegt auf den Inhalten der Therapieziele zum Entlassungszeitpunkt, so wie sie die Patient(inn)en im Fragebogen zur Abschlussevaluation handschriftlich festgehalten haben. Es wurde erwartet, dass sich durch die Vorgabe des BIT-CP ein breiteres Repertoire an Therapiezielen zeigt. Inwieweit sich die Ziele der Patient(inn)en im Laufe des Aufenthalts verändert haben, wurde im Rahmen dieser Studie nicht untersucht. Auch nicht, wie hoch die

Übereinstimmung der Zielinhalte zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en zum Entlassungszeitpunkt ist.

Die Inhalte der Therapieziele haben sich nach Einführung des BIT-CP tatsächlich signifikant geändert. In der Kategorie problem- und symptombezogener Ziele sind Ziele im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen, zu Schlaf und zu Sexualität nach Einführung des BIT-CP signifikant häufiger vorgekommen als vor Einführung des BIT-CP. Insgesamt hat der Anteil von Zielen dieser Kategorie zugenommen und stieg von 32 % auf 41 %. Dies liegt aber daran, dass Ziele aus diesem Bereich vor Einführung des BIT-CP signifikant häufiger als Probleme formuliert wurden. So wurden z.B. „Depression“, „Schmerz“ oder „Ängste“ vor Einführung des BIT-CP häufig als Therapieziel genannt. Die gedankliche Fokussierung der Patient(inn)en lag also weit mehr auf den Symptomen als auf künftigen Zuständen.

Unter den Zielen im zwischenmenschlichen Bereich ist der Anteil von Zielen zu den Themen Elternschaft und Familie (3,5 %), Selbstbehauptung und Abgrenzung (10,2 %) sowie Kontakt und Nähe (7,7 %) nach Einführung des BIT-CP beinahe doppelt so hoch wie vorher. Auch nach Einführung des BIT-CP kommen Ziele der Kategorie Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome etwa dreimal so häufig vor wie Ziele zum zwischenmenschlichen Bereich.

Nur geringfügig haben sich die Anteile in den Kategorien Verbesserung des Wohlbefindens (11 % aller Ziele) und Orientierung im Leben (6 % aller Ziele) geändert.

Erfreulicherweise gab es einen Zuwachs in der Kategorie zu selbstbezogenen Zielen insgesamt von 9 % auf 14 %. Der Anteil von Zielen der Kategorie „Einstellung zu mir selbst“ ist von 9,5 % auf 17 % gestiegen. In dieser Kategorie sind Ziele zur Selbstakzeptanz, zu eigenen Wünschen und Bedürfnissen und zum Selbstwert enthalten.

Viele Ziele konnten nicht im Kategoriensystem des BIT-CP eingeordnet werden, deshalb wurden neue Kategorien hinzugenommen. Dies betraf insbesondere die große Gruppe der „Nicht-Ziele“, deren Anteil sich nach Einführung des BIT-CP um zwei Drittel von 28 % auf 9 % reduziert hat. Vor Einführung des BIT-CP wurden viel häufiger

Symptome als Therapieziele genannt oder sehr allgemeine Formulierungen wie „wieder gesund werden“ oder „die Leistungsfähigkeit steigern“. Die neuen Kategorien machten mehrere Materialdurchgänge nötig, was mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden war. Insgesamt wurden 4.368 Therapieziele von 1.266 Patient(inn)en kategorisiert, die einen guten Querschnitt für alle Reha-Patient(inn)en darstellen.

Erstaunlicherweise ist aber auch der Anteil von Patient(inn)en, die in der Entlassungsevaluation keine Therapieziele formuliert haben, signifikant von 5,1 % auf 12,4 % gestiegen. Inwieweit das mit der Einführung des BIT-CP zusammenhängt, kann nicht gesagt werden. Im Zweifelsfall muss dieser Fakt als nicht intendierte Wirkung zur Kenntnis genommen werden. Andererseits haben vor Einführung des BIT-CP etwa 15 % weniger ihre Zielerreichung bewertet, womit in diesen Fällen die Formulierung des Therapieziels an Bedeutung verliert. Dies kann durchaus als intendierte Wirkung der Einführung des Instruments bewertet werden. Es erscheint auch ganz plausibel, dass ein Therapieziel wie z.B. „Depression“ nur mit Widerstand als „erreicht“ bewertet wird.

#### **Diskussion:**

In der vorliegenden Studie zeigte sich eine ähnliche Dominanz problem- und symptombezogener Ziele wie in einer Studie von Berking et al. (2004). Bei 242 Patient(inn)en einer stationären psychosomatischen Behandlung zeigte sich ein Anteil von 41 % bis 44 % an Zielen aus der Kategorie P problem- und symptombezogener Ziele, in der vorliegenden Studie sind es (nach Einführung des BIT-CP) ebenso 41 %. In ihrer Studie lag jedoch der Anteil nicht kategorisierbarer Ziele lediglich bei 4 % bis 7 %. Die Verteilung der Hauptkategorien nach Einführung des Instruments ist auch bei den übrigen Kategorien ähnlich. Interpersonale und selbstbezogene Ziele kommen mit 14 % etwa gleich häufig vor wie in der Studie von Berking et al. Die Autoren meinen, dass die Dominanz der Kategorie zu problem- oder symptombezogenen Zielen insbesondere auf Patient(inn)en mit starker Symptombelastung zurückzuführen sei.

Dieser Aspekt könnte gerade in Bezug auf die Klientel der Reha-Klinik zutreffend sein. Vergleicht man die Ausgangsbelastung der Patient(inn)en im BSI mit jener, die in der MESTA-Studie (Steffanowski et al., 2007) berichtet wird, zeigt sich für die Klientel aus

Klagenfurt eine deutlich stärkere Symptombelastung. Während der Ausgangswert im GSI in der MESTA-Studie mit 1,14 (SD = 0,68) angegeben wird, liegt er bei der Klientel in Klagenfurt bei 1,44 (SD = 0,75). Der Entlassungswert im GSI liegt in der MESTA-Studie im Mittel bei 0,69 (SD = 0,60) und in Klagenfurt bei 1,06 (SD = 0,78). D.h., die Werte bei Entlassung sind in Klagenfurt beinahe gleich hoch wie bei den Patient(inn)en der MESTA-Studie bei Aufnahme. Während die Effektgröße in der MESTA-Studie im Mittel bei 0,57 liegt, liegt sie in Klagenfurt bei 0,48.

Schüßler (2009) bezeichnet in der Psychotherapie Effektgrößen von 0,3 bis 0,7 als mittel, die Differenz zwischen Therapie und Placebo liege bei einer Effektgröße von 0,48.

Berking et al. (2005) konnten nachweisen, dass Patient(inn)en mit starker Symptomatik die meisten Ziele im geringeren Ausmaß erreichten als Patient(inn)en mit geringerer Beeinträchtigung. In der vorliegenden Studie hat sich das insbesondere für die Symptombelastung zum Entlassungszeitpunkt gezeigt, mit dem Status bei Aufnahme korrelierte die Zielerreichung schwach.

Ich denke, diese Unterschiede müssen bei der Interpretation der gesamten Daten berücksichtigt werden. Und ich gehe völlig mit Berking et al. (2004) d' accord wenn sie meinen, dass die stationäre Behandlung in der Regel nicht mit dem vollständigen Erreichen der Therapieziele beendet werden kann.

Es stellt sich also nicht nur die Frage nach der Möglichkeit eines wiederholten Rehabilitationsaufenthalts sondern generell nach dem Dosis-Wirkungs-Verhältnis. Steffanowski et al. (2007) konnten im Zuge der MESTA-Studie belegen, dass volkswirtschaftlich pro Patient(in) ein Netto-Nutzen von 2:1 und nach zwei Jahren von 4:1 bei durchschnittlichem Effekt und durchschnittlicher Stabilität vorliegt. Eine Verkürzung der Rehabilitationsphase gefährdet sowohl den Effekt als auch die Nachhaltigkeit.

Auch Schüßler (2009) zitiert eine Meta-Studie, die belegt, dass mehr Therapiestunden zu einer stärkeren Symptomreduktion führen. Er kommt zum Schluss, dass die meisten

klinischen Störungen einen längeren therapeutischen Ansatz benötigen, wenn nicht nur die vordergründige Symptomatik sondern auch auslösende Faktoren oder interpersonell-kontextuelle Lebensfaktoren bearbeitet werden sollen.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt zur Sicherung der Nachhaltigkeit ist die Thematik der Nachsorge. Die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Behandlung kann durch Web-basierte Nachsorgeprogramme geschlossen werden. Zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Arbeit wurde gemeinsam mit einer anderen Rehabilitationseinrichtung beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger ein Antrag auf Unterstützung eines Pilotprojekts für Web-basierte Nachsorge eingereicht.

Inwieweit die Zielinhalte der Patient(inn)en vor Einführung des BIT-CP und nach Einführung des BIT-CP von den Therapeut(inn)en beeinflusst wurden, kann natürlich nicht exakt gesagt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Anteil vor Einführung des BIT-CP höher war als nach Einführung des BIT-CP. Durch die Bearbeitung des BIT-CP haben die Patient(inn)en die Möglichkeit, sich ohne äußere Einfluss mit ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen auseinander zu setzen.

Heuft et al. (1996) kommen zum Schluss, dass der Prozess der Zielfindung nicht frei von Asymmetrie sei. Probleme der Patient(inn)en seien nicht von objektiven oder strukturellen Erkenntnismerkmalen der Patient(inn)en ableitbar. Die therapietheoretische Affinität sowie Berufs- und Alltagserfahrungen, aber auch gesellschaftliche Wertevorstellungen haben einen Einfluss darauf, was als Interventionsziel definiert wird. Sie meinen aber auch, dass die Definition von Therapiezielen ein erhebliches therapeutisches Potential freisetze und sehen, unter Berufung auf Grawe, Psychotherapie als Prozess der ständigen Definition, Re-Definition und Klärung.

Durch die jahrelange Beschäftigung mit dieser Studie und den Therapiezielen der Patient(inn)en habe ich schon den Eindruck gewonnen, dass durch den Einsatz des BIT-CP die Asymmetrie ein klein wenig verringert wurde.

Der Zuwachs an selbstbezogenen Zielen und Zielen im zwischenmenschlichen Bereich korrespondiert meiner Ansicht nach auch mit den Zielen der Pensionsversicherungsanstalt als Kostenträger. Sie sieht eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires, den Aufbau sozialer Kompetenzen und eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit als wichtige Ziele. Die Zuweisung zur Rehabilitation erfolgt dennoch wohl überwiegend nach dem Prinzip der „*indicatio symptomata*“ und weniger nach der „*indicatio finalis*“.

Das Instrument BIT-CP selbst hat sich jedenfalls bewährt und wurde fix in das Assessment der Reha-Klinik aufgenommen. Ein großer Vorteil des BIT-CP liegt in der Form der Präsentation der endgültigen Ziele für den Reha-Aufenthalt. Die handschriftlich zu verfassende Seite erfordert eine intensivere Auseinandersetzung als das reine Ankreuzen von Zielen.

### **Formale Qualität der Therapieziele**

Die formale Qualität der Therapieziele ist nach Einführung des BIT-CP wie erwartet signifikant gestiegen. Die Anwendung des BIT-F zur Beurteilung der formalen Qualität der Therapieziele war aufwendig und die Bewertung wurde nur für das erste der drei Therapieziele durchgeführt. Das Instrument weist eine hohe interne Konsistenz bei verschiedenen Skalenqualitäten auf. Im Zuge einer explorativen Faktorenanalyse zeigten sich jedoch drei Faktoren, die wie folgt benannt wurden: „Formale Qualität“ mit zehn Items, „Beobachtbarkeit der Zielerreichung“ und „Persönliche Formulierung“ mit je zwei Items. Bei diesen Faktoren wird auch die Nähe zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen deutlich, was die Bewertung einiger Zielformulierungen erschwerte. Theoretische Begriffe oder Beobachtungsbegriffe kamen zusammengenommen nur in je 14 % aller Ziele vor. Definierte Situationen konnten nur in 1 % der Fälle kodiert werden. Auch persönliche Formulierungen sind nur in 8 % der Ziele prä und in 12 % der Ziele post kodiert worden. Dies hätte die Verwendung von Pronomen wie beispielsweise „ich“ oder „mein/e“ vorausgesetzt. Trotz einer Steigerung des Anteils im Bereich zwischenmenschlicher Ziele wurde nur in 1 bis 3 % aller Ziele „beziehungsspezifisch“ kodiert.

Somit war die Steigerung der formalen Qualität eher auf die Kategorien Richtung der Erwartung, Formulierung, Homogenität, Positiv-Negativ, Komplexität, Bedeutung des Verbs oder Komparativ zurückzuführen.

### **Grad der Zielerreichung**

Die Hypothese, dass der Grad der Zielerreichung nach Einführung des BIT-CP höher sei als vorher, hat sich weder zum Entlassungszeitpunkt noch zum Katamnese-Zeitpunkt bestätigt. In beiden Beobachtungszeiträumen ist zum Entlassungszeitpunkt etwa ein Viertel der Ziele erreicht bzw. mehr als erreicht worden und etwas mehr als die Hälfte der Ziele wurde teilweise erreicht. Somit verbleibt etwa ein knappes Viertel nicht erreichter Ziele. Der gleiche Befund zeigt sich auch für die katamnestiche Befragung. Auch die Annahme, dass mit einer höheren formalen Qualität der Therapieziele auch eine bessere Zielerreichung einhergeht, hat sich nicht bewahrheitet.

### **Diskussion:**

Es kann nicht von einem linearen Zusammenhang der Qualität der Zielformulierung mit den Werten im BIT-F ausgegangen werden. Wenn Aspekte wie „beziehungsspezifisch“ oder „beobachtbar“ nicht zutreffen, ist eine Nicht-Kodierung kein Hinweis auf mangelnde Qualität des Therapieziels. Die Entwicklung eines Faktors mit Kriterien, die grundsätzlich für alle Therapieziele gelten, könnte für die Bewertung der formalen Qualität von Therapiezielen sehr hilfreich sein.

Berking et al. (2004) sehen gerade in Bezug auf die formale Qualität der Therapieziele einen guten und möglichen Beitrag der Therapeut(inn)en. Sie fanden, dass Therapeut(inn)en weniger Einfluss auf die Inhalte, sondern vielmehr auf die Konkretheit, Verhaltensnähe oder Erreichbarkeit der Therapieziele nehmen.

Ich persönlich sehe den Wert des BIT-F auch darin, dass im Zuge einer Team-Besprechung mit Kolleg(inn)en oder Ausbildungskandidat(inn)en die Ziele der Patient(inn)en bewertet werden können, sozusagen als Instrument für die Reflexion der eigenen Arbeit.

Berking et al. (2005) fanden, dass Ziele zum Wohlbefinden und interpersonale Ziele in höherem Ausmaß erreicht wurden als andere Ziele. Dieser Effekt konnte in der

vorliegenden Studie auf den ersten Blick nicht nachgewiesen werden. Allerdings wurden dazu keine detaillierten Analysen durchgeführt.

Zu berücksichtigen ist sicherlich auch die Tatsache, dass die Messung des Therapieerfolgs anhand von Therapiezielen, also höchst individueller Kriterien, nach einer Maßnahme erfolgt, die primär im Gruppensetting und interdisziplinär stattfindet.

Strauß (1999) meint, dass die Abhängigkeit vom Setting bei der Interpretation der Therapiezielerreichung bisher zu wenig berücksichtigt wurde. Patient(inn)en mit unterschiedlichen Problemlagen brauchen auch unterschiedlich lange um Phasen der Remoralisierung, Remediation und Rehabilitation zu erreichen.

Für die Patient(inn)en der Reha-Klinik stellt sich meines Erachtens nach hierbei die Frage, ob ein Zeitraum von fünf bis sechs Wochen ausreicht, um in die volitionale Phase zu kommen (Achtziger & Gollwitzer, 2010). Viele Ziele der Patient(inn)en können erst im realen Umfeld zu Hause endgültig umgesetzt und bewertet werden. In vielen Fällen kommt es wohl zu einer Reduzierung des Anspruchsniveaus der Zielerreichung, da etwa die Hälfte der Therapieziele „nur“ teilweise erreicht wird. Hier zeigt sich, wie wichtig eine Nachsorge für die Patient(inn)en nach dem stationären Aufenthalt ist.

Vergleicht man die Zielerreichung mit den Werten einer Studie von Heuft et al. (1996) für Patient(inn)en stationärer Psychotherapie, zeigt sich ein ähnlicher Grad der Zielerreichung aus Sicht der Patient(inn)en. In der Studie von Heuft et al. wurden 26,6 % der Therapieziele erreicht, in der vorliegenden Studie 23,5 %. Die Ausprägung „teilweise erreicht“ wurde in der Studie von Heuft et al. in 43,3 % der Ziele und in der vorliegenden Arbeit in 55 % der Ziele gewählt. So verbleiben in der Studie von Heuft et al. 28,9 % nicht erreichter Ziele und in der Reha-Klinik 19,1 %. Der Anteil entfallener Ziele ist in beiden Gruppen sehr niedrig.

#### **Zusammenhänge zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:**

Zwischen Struktur- und Prozessqualität zeigt sich überhaupt kein Zusammenhang.

### **Zusammenhänge zwischen Prozess-und Ergebnisqualität**

Die Skala Beziehungszufriedenheit korreliert schwach mit den Kriterien der Prozessqualität. Am stärksten mit den Messmethoden der direkten Veränderungsmessung, jedoch nur schwach mit den Maßen der indirekten Veränderungsmessung und der Therapiezielerreichung.

Auch die Zufriedenheit mit der Prozessqualität korreliert nur schwach mit den Kriterien der Ergebnisqualität, am ehesten auch hier mit den Messmethoden der direkten Veränderungsmessung. Die Zusammenhänge mit der Zielerreichung sind nicht bedeutsam und mit den Veränderungen im ICF-3F-AT zeigt sich kein Zusammenhang.

Das einzelne Item zur Einschätzung des eigenen Anteils am Erfolg der Rehabilitation korreliert mindestens gleich gut – teilweise sogar höher als die anderen beiden Kriterien – mit der Ergebnisqualität. Mit den Instrumenten ICF-3F-AT und WHO-QOL-BREF zeigt sich so gut wie kein Zusammenhang. Die Einbeziehung dieses Items in die Operationalisierung der Prozessqualität scheint gerechtfertigt.

### **Diskussion:**

Donabedian selbst (2005) geht nicht von einem linearen Zusammenhang der Qualitätsdimensionen aus. In Bezug auf die Strukturqualität formuliert er die Annahme, dass nur bei richtig eingesetzten Mitteln qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen sind.

Die Zufriedenheit der Patient(inn)en wird von Autor(inn)en nicht einheitlich der Ergebnis- oder Prozessqualität zugeordnet. Im Rahmen dieser Arbeit wurden einige Aspekte der Zufriedenheit, insbesondere jene mit dem Hotel und dem Service, der Strukturqualität, die meisten Aspekte aber der Prozessqualität zugeordnet. Donabedian (2005) sieht die Zufriedenheit der Patient(inn)en als Teil des Outcomes, Siegrist et al. (2002) ordnen sie auch der Prozessqualität zu. Wiederkommen würden vor allem jene Patient(inn)en, die sich gut betreut fühlen und ihren Behandler(inne)n vertrauen konnten.

Für mich selbst ist das primär eine Frage der Beziehungsgestaltung, bei der die Patient(inn)en einen deutlichen Anteil haben. Gut bewährt hat sich im Zuge dieser

Evaluation ein einzelnes Item zur Zufriedenheit der Patient(inn)en mit ihrem eigenen Anteil an der Rehabilitation. Es korrelierte mit den Veränderungsmaßen mindestens gleich stark wie etablierte psychometrische Testverfahren. Und wenn Patient(inn)en mit dem eigenen Anteil an der Rehabilitation zufrieden waren, schätzten sie auch die Zielerreichung oder die Beziehungsqualität zu den Bezugstherapeut(inn)en besser ein.

Auch Zielke et al. (2002) sehen die Patient(inn)en in der Doppelrolle als Konsument(inn)en und Mitwirkende bei der Leistungserstellung. Die Autor(inn)en sind der Meinung, dass der Zusammenhang zwischen Prozess- und Ergebnisqualität in kausalanalytischen Studien noch nicht hinreichend belegt sei. In der vorliegenden Arbeit konnten zwischen Prozess- und Ergebnisqualität zumindest kleine Korrelationen gefunden werden, die jedoch wenig Varianz aufklären.

#### **Zusammenhänge zwischen Ausgangsbelastung und den Qualitätsdimensionen:**

Zwischen der Ausgangsbelastung und der Einschätzung der Struktur- und der Prozessqualität können keine bedeutsamen Zusammenhänge nachgewiesen werden. Beim Zusammenhang der Ausgangsbelastung mit der Ergebnisqualität zeigen sich nur schwache Zusammenhänge mit direkten – nicht aber mit der indirekten Ergebnismessung. Mit höherer Ausgangsbelastung gehen geringere Therapieeffekte einher.

#### **Zusammenhänge zwischen Symptombelastung bei Entlassung und den Qualitätsdimensionen:**

Es gibt keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Symptombelastung bei Entlassung und der Bewertung der Strukturqualität.

Beim Zusammenhang mit der Prozessqualität zeigen sich in zwei Drittel aller Korrelationen schwache Hinweise darauf, dass mit einer stärkeren Belastung bei der Entlassung die Prozessqualität negativer bewertet wird.

Es kann aber festgehalten werden, dass alle Ergebniskriterien mit allen Belastungs- bzw. Lebensqualitätswerten bei Entlassung höchst signifikant korrelieren. In allen Fällen gehen stärkere Symptombelastung oder geringere Lebensqualität bei Entlassung

mit einer geringeren Verbesserung während des Reha-Aufenthalts einher. Auch wenn für die Therapiezielerreichung und Beurteilung des Behandlungserfolgs „nur“ Kendall's tau<sub>b</sub> errechnet wurde, zeigen sich Zusammenhänge zwischen 0,27 und 0,40. Tendenziell korrelieren auch hier die Maße der direkten Veränderungsmessung stärker mit der Symptombelastung als mit den Maßen für die indirekte Veränderungsmessung.

### **Korrelationen der Ergebniskriterien**

Unter den Korrelationen der Ergebniskriterien zeigen sich in 86 % aller Fälle signifikante, aber häufig schwache Zusammenhänge. Dabei korrelieren die Therapieziele trotz konservativer Schätzung gleich hoch mit den anderen Kriterien, wie diese untereinander zusammenhängen. Es zeigt sich kein einziger starker Zusammenhang, sodass bei dieser Fülle von Daten nicht direkt von redundanter Information gesprochen werden kann.

### **Diskussion:**

Ob nun der Ansatz von Schulte (2000), die indirekte Veränderungsmessung als objektiv und die direkte Veränderungsmessung als subjektiv zu beschreiben, gerechtfertigt ist, sei dahingestellt. Sein Befund, dass die Verfassung am Ende der Behandlung entscheidend sei, wurde aber auch hier belegt.

Während zwischen der Ausgangsbelastung und den Qualitätsdimensionen kaum Zusammenhänge zu finden waren, korrelierte die Belastung bei Reha-Ende überwiegend mit den Qualitätsdimensionen. Auch Schmidt et al. (2008) fanden kaum Zusammenhänge zwischen der Ausgangsbelastung und der BESS-Skala zur direkten Veränderungsmessung.

Mit der Bewertung der Strukturqualität hängt, anders als bei Schmidt et al., die Belastung bei Entlassung allerdings nicht zusammen.

Mit der Prozessqualität zeigen sich schwache Zusammenhänge. Schmidt et al. (2008) fanden mittlere Zusammenhänge zwischen der BESS-Skala und der Zufriedenheit der Patient(inn)en. Auch mit der Globalbeurteilung korrelierte die BESS-Skala mittelstark. Je höher das Ausmaß der Veränderung beurteilt wurde, desto höher wurde auch die Zufriedenheit bewertet. Mit der Therapiezielerreichung korrelierte die BESS-Skala mit

0,66. So starke Zusammenhänge konnten in der vorliegenden Studie nicht gefunden werden. Hier korrelierten die Ergebniskriterien schwach untereinander. Allerdings korrelierte die BESS-Skala mit der Belastung bei Entlassung auch im Bereich von 0,50 bis 0,66. Schmidt et al. (2008) fanden allerdings auch in deutschen Kliniken unterschiedlich starke Zusammenhänge zwischen der direkten Veränderung und der Zufriedenheit.

Die Forderung von Görtelmeyer (2001) nach mehreren Evaluationszeitpunkten scheint berechtigt. Seiner Ansicht nach reichen ja zwei Messzeitpunkte für eine Messung der Veränderung nicht aus. Außerdem sollten neben Veränderungsanalysen auch Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Evaluation einbezogen werden. Diese Forderung formulieren auch Mossbrugger und Schweizer (2002).

Auch die Breite des Assessments zur Evaluation der Rehabilitation kann diskutiert werden. Es ist ein Grenzgang zwischen Überforderung der Patient(inn)en und Anregung zur Reflexion - zwischen überlappenden Ergebniskriterien und lückenhafter Erfassung wesentlicher Aspekte von Prozess und Ergebnis. Die Hinzunahme der ICF-3F-AT-Skalen von Nosper erwies sich beispielsweise als nützlich. Diese Skalen korrelieren kaum oder nur schwach mit den anderen Skalen, weder in Form der Rohwerte noch in Form der Veränderungswerte, zudem weisen sie eine gute Veränderungssensitivität auf.

Nach Schüßler (2009) sind Wirkungen deutlicher, wenn die Therapieziele in die Ergebnismessung einbezogen werden; insbesondere jene Ziele, die „jenseits der Symptome“ angestrebt werden.

Ich persönlich sehe nach dieser intensiven Auseinandersetzung mit den Zielinhalten und der Zielerreichung einen großen Wert dieses Aspekts für die Evaluation der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation.

### **Einschränkungen**

Auch wenn ich selbst keine Psychotherapeutin bin, ist ein „Allegiance-Effekt“ nicht ganz auszuschließen. In der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit wird ein

transparenter Umgang mit allen Daten der Evaluation gepflegt und die Ergebnisse sind online für jedermann zugänglich – natürlich auch für unsere Patient(inn)en.

Trotzdem möchte ich meine Freude über gute Effekte nicht verheimlichen und sehe, ganz im Sinne unseres Qualitätsmanagements, kritische Ergebnisse als Lernmöglichkeit und Herausforderung für das gesamte Team. „Blinde Flecken“ sind dennoch nicht auszuschließen und Anregungen zur Verbesserung der Evaluation willkommen.

Die Analyse der Therapieziele erfolgte nicht spezifisch für einzelne Diagnosegruppen. Dazu muss einschränkend gesagt werden, dass im zeitlich begrenzten Setting der Rehabilitation nicht der Raum für eine manualisierte Diagnosestellung ist und diese nur im Zuge besonderer Fragestellungen durchgeführt werden kann.

Eine weitere Problematik ergibt sich allerdings aus einem Vorteil des Settings. Durch die multiprofessionelle Arbeit mit den Patient(inn)en kann die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen nicht, oder nur in Ausnahmefällen im Zuge einer wissenschaftlichen Studie bewertet werden. So sind unter den Wirkfaktoren nicht nur jene der Therapeut(inn)en, sondern auch jene des gesamten Teams und des Hauses sowie jene der Großgruppe der Rehabilitand(inn)en zu finden.

In Bezug auf den Einsatz und die Ergebnisse des BIT-CP kommt auch noch der Umstand zum Tragen, dass die Therapeut(inn)en der Klinik – aus der Perspektive unterschiedlicher Therapieschulen - in unterschiedlicher Weise mit dem Instrument umgehen. Während einige Therapeut(inn)en sehr gerne die Zielchecklisten in ihre therapeutische Arbeit einbauen, gibt es auch einzelne, die diese überhaupt nicht verwenden. Ich persönlich sehe neben dem grundsätzlich positiven Effekt zielorientierter Therapie auch den Aspekt der Wertschätzung den Patient(inn)en gegenüber. Viele Patient(inn)en haben sich große Mühe bei der Bearbeitung des Instruments gegeben und es ist für die therapeutische Beziehung sicher förderlich, dieses „Produkt“ zu würdigen.

## **Ausblick**

Ein Schwerpunkt künftiger Evaluation sollte in der Erfassung intendierter und nicht intendierter Wirkungen liegen und auch Nebenwirkungen von Rehabilitation bzw. Psychotherapie erfassen. Auch Caspar und Jacobi (2007) meinen, dass Misserfolge in der Therapie, Therapieablehnungen und –abbrüche einer genaueren Betrachtung bedürfen. Auch die Nachhaltigkeit sollte anhand von hinreichend großen Katamnese-Zeiträumen überprüft werden. Der Schwerpunkt sollte ihrer Meinung nach auf naturalistische Studien mit hochkomorbiden Patient(inn)en gelegt werden. Von Interesse seien auch die verschiedenen Einflüsse auf das Ergebnis einer Behandlung (Caspar & Jacobi, 2007).

Ein weiterer Schwerpunkt in der Reha-Klinik Klagenfurt wird die Erfassung der Prozessqualität sein. Dazu wurden erste Ansätze geleistet, aber es gibt Verbesserungspotenzial. Dazu sollte das bisherige Indikatorensystem überarbeitet und ergänzt werden.

Ein Beispiel für einen neuen Forschungsansatz wäre die Studie von Castonguay et al. (2010) mit dreizehn Therapeut(inn)en und 121 Patient(inn)en. Im Laufe der Therapie wurden gemeinsam von Therapeut(inn)en und Patient(inn)en hilfreiche und hinderliche Events der Therapie identifiziert und bewertet. Als Grundlage diente das HAETCAS – Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis System von Elliott (2001). 1.500 Events konnten identifiziert werden, am hilfreichsten war für die Patient(inn)en die Selbsterfahrung und -wahrnehmung. Aktuell wird in der Reha-Klinik schon das Change Interview von Elliott im Zuge des Entlassungsgesprächs angewendet. Allerdings wurden bisher die Notizen der Therapeut(inn)en noch nicht analysiert.

In Bezug auf eine differenziertere Erfassung der Therapieziele wäre auch der Einsatz des FAMOS – Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata von Grosse Holtforth und Grawe (2000) denkbar.

Bisher lag der Schwerpunkt der Evaluation primär auf der Datenbasis der subjektiven Einschätzungen der Patient(inn)en. Ein stärkeres Gewicht sollte künftig die Bewertung durch die Therapeut(inn)en bekommen. Am Ende eines jeden Turnus wird in der Klinik

die Globalbewertung der Therapie von Patient(inn)en und Therapeut(inn)en gegenübergestellt. Wörtliche Kommentare aus der Evaluation werden den Therapeut(inn)en zeitnah zum Entlassungszeitpunkt übermittelt. Leider werden die Ergebnisse der katamnestischen Befragung noch zu wenig an die Therapeut(inn)en als Hauptproduzent(inn)en dieses Ergebnisses kommuniziert.

Spannend wäre auch die Einbeziehung weiterer Stakeholder in die Evaluation der Rehabilitation.

Eine für mich offene Frage ist die Zielsetzung aus Sicht des Qualitätsmanagements in Bezug auf die Therapiezielerreichung. Bei Veränderungswerten psychometrischer Testverfahren gilt eine Richtlinie von Cohen's  $d > 0,5$  als Minimalanforderung für eine erfolgreiche Behandlung (Hiller et al., 2009). Für die Zielerreichung liegen aktuell keine Richtwerte vor, wie eine solche Minimalanforderung aussehen könnte.

Die Implementierung eines Nachsorgeprogramms wurde in der Diskussion schon angesprochen und hat hohe Priorität in der Sicherung der Nachhaltigkeit.

Unter Bezugnahme auf Minsel (1977) zum dunklen Kapitel der Therapieziele in der Psychotherapieforschung meinen Grosse Holtforth et al. (2004), dass mit der Entwicklung des BIT – T und BIT – CP zumindest ein Fackelschein zu sehen sei. Seither ist zum Thema Therapieziele viel geforscht worden. Die Einbeziehung der Therapieziele in die Evaluation von Therapien wurde mehrfach gefordert (Heuft et al., Laireiter et al., 1998, Kossak, 2011). Auch die Pensionsversicherungsanstalt als Kostenträger legt großen Wert auf die subjektive Beurteilung der Therapiezielerreichung durch die Patient(inn)en.

Die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit einer konkreten Therapiezielerarbeitung ist belegt. Auch Steffanowski et al. (2003) konnten im Zuge der EQUA-Studie belegen, dass bei prospektiver Problemmarkierung höhere Therapieeffekte zu erzielen waren als bei retrospektiver Problemmarkierung. Matthias Berking (2003) kommt in seiner Dissertation zum Schluss, dass eine mehrfache Erhebung von Therapiezielen sinnvoll sei, und dies nicht nur in verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Kliniken. Aus seiner Sicht wäre es wichtig, die Ziele dann noch einmal abzufragen, wenn die Patient(inn)en

über das Setting und die Behandlungsmöglichkeiten besser Bescheid wissen. Ziel soll sein, mit den Patient(inn)en hilfreiche Therapieziele zu erarbeiten, die auch erreicht werden können.

Abschließen möchte ich mit ein paar Gedanken von Michalak und Grosse Holtforth. Sie stellten 2006 die Frage „Where do we go from here? The Goal Perspective in Psychotherapy“. Sie kommen zum Schluss, dass Therapieziele, von denen die Patient(inn)en hoffen, dass sie sie im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung erreichen werden, „nur“ als Unterziele ihrer Lebensziele zu sehen sind. Diese können mehr oder weniger gut mit den Lebenszielen korrespondieren. Grundsätzlich wird das Streben nach persönlichen Zielen als förderlich für das Wohlbefinden gesehen. Aber nur bei guter Übereinstimmung der Ziele mit den Bedürfnissen der Patient(inn)en sei mit langfristigen positiven Effekten zu rechnen. Personen, deren Ziele konfliktbehaftet sind, deren Ziele abstrakt formuliert oder in hohem Ausmaß Vermeidungsziele sind, haben eine geringere Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. Die Autoren kommen zum Schluss, dass Therapeut(inn)en frühzeitig im Therapieprozess Inhalt und Struktur der Therapieziele gemeinsam mit den Patient(inn)en erarbeiten, und den Zusammenhang von Zielen, Symptomen und Therapiemotivation besprechen sollten. Allerdings sollten unter einer zu stringenten Zielfokussierung nicht die therapeutische Beziehung und das Erleben im Hier und Jetzt leiden (Michalak & Grosse Holtforth, 2006).

Abschließend kann natürlich die Frage gestellt werden, ob denn die Veränderung der Therapiezielinhalte im Rahmen dieser Studie – auch wenn es sich um einen intendierten Effekt handelt – für die Patient(inn)en Vorteile hat. Ich selbst sehe gerade den Anstieg der selbstbezogenen Ziele als einen Trend weg von den Symptomen hin zu Ressourcen, zu den eigenen Empfindungen, Bedürfnissen und einer gesteigerten Achtsamkeit gegenüber sich selbst. Und möglicherweise auch mehr hin in Richtung auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren einer Erkrankung. Daher ist mein persönlicher Wunsch an alle Patient(inn)en und Nicht-Patient(inn)en dass sie den Mut aufbringen, den eigenen „Rubikon“ zu sehen und zu überqueren.

## Literatur

- Achtziger, A. & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (4. Aufl., S. 309–335). Berlin: Springer.
- Angermeyer, M., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL - 100 und WHOQOL – BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Ambühl, H. & Strauß, B. (1999). Therapieziele: Ein "dunkles Kapitel" der Psychotherapieforschung? In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 7–14). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky: Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Berg, C., Causemann, B., Guenther, D., Hochgesang, T., Müller, R., Neubert, S. & Quack, M. (2009). *Verfahren der Wirkungsanalyse: Eine Landkarte für die entwicklungspolitische Praxis*. Retrieved from [http://www.entwicklung.at/uploads/media/Verfahren\\_der\\_Wirkungsanalyse.pdf](http://www.entwicklung.at/uploads/media/Verfahren_der_Wirkungsanalyse.pdf) Zugriff: 29.03.2012
- Berking, M. (2003). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation* (Dissertation). Georg-August-Universität zu Göttingen, Göttingen. Retrieved from <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=970698062> Zugriff: 26.03.2012
- Berking, M., Grosse Holtforth, M. & Jacobi, C. (2003). Veränderung klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer stationären Verhaltenstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 171-177.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Sag mir deine Diagnose, und ich sage dir, was du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 52, 223–236.
- Berking, M., Dreesen, J. & Jacobi, C. (2004). Was wollen Patienten wann und wo erreichen? Die Veränderungen von Therapiezielen während und nach einer stationären Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 14, 245-252.

- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Sage mir deine Diagnose, und ich sage dir, was du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52(3), 223–236.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research*, 15(3), 316–324.
- Beutel, M., Stein En Nosse, C., Bleichner, F., Kayser, E., Schlüter, K. & Kehde, S. (2000). Katamnestische Beurteilung stationärer psychosomatischer Rehabilitation aus Sicht von Patienten und ihren Hausärzten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 49, 66–74.
- Beywl, W. (2008). *Standards für Evaluation*. Köln: Geschäftsstelle DeGEval.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Broda, M. (1998). Aspekte der Qualitätssicherung in der stationären Verhaltensmedizin. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 277–290). Tübingen: Dgvt.
- Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2000). Indikatoren des Rehabilitationsergebnisses. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 305–322). Berlin u.a.: Springer.
- Burlingame, G. & Strauß, B. (2010). Behandlungseffekte: ambulante Gruppen. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 126–137). Stuttgart u.a.: Thieme.
- Cardillo, J. E. (1994). Summary Score Conversion Key. In T. J. Kiresuk, A. Smith, & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal Attainment Scaling. Applications, Theory, and Measurement* (pp. 273–278). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum.
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2007). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring, & S. K. D. Sulz (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (4. Aufl., Band 1, S. 395–410). München: CIP-Medien.

- Caspar, F. (1999). Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 55-73). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., Damer, D.D., Hemmelstein, N.A., Jackson, J.S, Morford, M., Ragusea, S.A., Roper, J.G., Spayd, C., Weiszer, T., Borkovec, T.D. & Grosse Holtforth, M. (2010). Helpful and Hindering Events in Psychotherapy: A Practice Research Network Study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327–344.
- Cierpka, M., Zander, B. & Wiegand-Grefe, S. (1999). Therapieziele in der Familientherapie. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 165–183). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.th ed.). Hillsdale N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dick, A. (2011). Durch Psychotherapie Freude, Vergnügen und Glück fördern. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 43–54). Berlin, Heidelberg: Springer.
- DeGEval, Standards für Evaluation. Online:  
<http://www.degeval.de/degeval-standards/standards> Zugriff: 12.03.2012
- Deutsche Rentenversicherung, 2011. *Rahmenkonzeption IRENA*. Online unter:  
[http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/37866/publicationFile/19388/irena\\_rahmenkonzeption\\_inkl\\_curriculum.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/37866/publicationFile/19388/irena_rahmenkonzeption_inkl_curriculum.pdf)  
 Zugriff: 12.04.2012
- Dibbelt, S., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B., Jäckel, W. H., Pollmann, H., Schaidhammer, M. & Wulfert, E. (2009). *PARZIVAR Partizipative Zielvereinbarung mit Patient(inn)en in der Rehabilitation: Manual für Ärzte, Therapeuten und Pflegenden*. Retrieved from <http://www.rehaforschung-norderney.de/img/eigene/Manual%20ParZivar.pdf> Zugriff: 10.12.2012
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) : diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (4. Aufl.). Bern: Huber.

- Dietsche, S., Nosper, M., Egle, U.T. & Löschmann, C. (2008). Differenzielle Therapiezuweisungen in der psychosomatischen Rehabilitation mit Hilfe eines ICFR-konformen Fragebogens (ICF AT-50 Psych). In: DRV-Schriften. Band 77, Sonderausgabe der DRV (S. 125 – 126).
- Dirmaier, J. (2005). *Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen. Konstruktion und psychometrische Überprüfung eines Instruments zur therapeutenseitigen Messung von Therapiezielen* (Dissertation). Universität Hamburg, Hamburg.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691-729. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44 (3), 166-203.  
<http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>, Zugriff: 16.01.2012
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T way to write management's goals and objectives. *Management review*, 70(11), 35–36.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Berking, M. & Sieland, B. (2008). Vernetzung von Psychotherapie und Alltag: Ein webbasiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären Therapieerfolgen. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-mental health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 251–265). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J. (2012). Therapieziele. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2. Aufl., S. 129–138). Berlin u.a.: Springer.
- Eckert, J. (2007). Gesprächspsychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl., S. 233–287). Berlin u.a.: Springer.
- EffectSizeCalculator: Durham University, online: Zugriff: 22.09.2012  
<http://www.cemcentre.org/evidence-based-education/effect-size-calculator>
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden: Lehrbuch ; mit Online-Materialien* (2. Aufl.). Weinheim u.a.: Beltz.
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology* (pp. 69–108). Lengerich: Pabst.

- Fitzpatrick, J.L., Sanders, J.R. & Worthen, B.R. (2004). *Program Evaluation. Alternative Approaches and Practical Guidelines*. (3<sup>rd</sup> ed.). United States: Pearson.
- Flückinger, C. & Grosse Holtforth, M. (2011). Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung: Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 33–42). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz.
- Franke, G. H. (2000). *BSI Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version: Manual*. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55–68.
- Heuft, G., Langkafel, M., Schneider, G., Stricker, S., Lange, C. & Senf, W. (2000). Basisdokumentation in der Psychotherapie. In H. J. Freyberger, G. Heuft, & D. J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 73–95). Stuttgart: Schattauer.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 41–68). Berlin u.a.: Springer.
- Golkaramnay, V., Wangemann, T., Dogs, J., Dogs, P. & Kordy, H. (2003). Neue Brücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 399–405.
- Görtelmeyer, R. (2001). *Interventions- und Veränderungsanalyse: Ein Vorschlag zum Paradigmenwechsel in der Therapie-Evaluation*. Frankfurt: Lang.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34(2), 241–258.

- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 3, 170–179.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and first Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research*, 12(1), 79–99.
- Grosse Holtforth, M., Pincus, A. L., Grawe, K., Mauler, B. & Castonguay, L. G. (2007). When what you want ist not what you get: Motivational correlates of interpersonal problems in clinical and nonclinical samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1095–1119.
- Grosse Holtforth, M., Reubi, I., Ruckstuhl, L., Berking, M. & Grawe, K. (2004). The value of treatment-goal themes for treatment planning and outcome evaluation of psychiatric inpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 80–91.
- Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M. & Michalak, J. (2009). Some like it specific: The difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 279–290.
- Hahlweg, K. (2000). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. In H. J. Freyberger, G. Heuft, & D. J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 43–71). Stuttgart: Schattauer.
- Hasler, G., Mörgeli, H., Grosse Holtforth, M. & Buddeberg, C. (2002). Erfassung von Veränderungen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kurztherapien aus Sicht der Patienten: Erste Erfahrungen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50(1), 91–100.
- Heuft, G., Langkafel, M., Schneider, G., Stricker, S., Lange, C. & Senf, W. (2000). Basisdokumentation in der Psychotherapie. In H. J. Freyberger, G. Heuft, & D. J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 73–95). Stuttgart: Schattauer.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). : Psy-BaDo - Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 95(43), 2685–2688.

- Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDO*. Stuttgart: Thieme.
- Heuft, G., Senf, W., Wagener, R., Pintelon, C. & Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 44, 186–199.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 7–22.
- Hinterhuber, H. & Meise, U. (2007). Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. *Neuropsychiatrie*, 21(1), 1–4.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2001). Einleitung. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 17–38). Dortmund: Modernes Lernen.
- IRENA – Intensivierte Rehabilitationsnachsorge: online: Zugriff: 08.04.2012  
[http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/DRV/de/Navigation/Service/Zielgruppen/reha\\_einrichtungen/nachsorgeprogramm\\_node.html](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/DRV/de/Navigation/Service/Zielgruppen/reha_einrichtungen/nachsorgeprogramm_node.html)
- Janssen, J. & Laatz, W. (2005). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows: Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Jäckel, W. H., Protz, W., Maier-Riehle, B. & Gerdes, N. (1997). Qualitäts-Screening im Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 9-10, 575–591.
- Kaiser, H. F. & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and psychological measurement*, 34, 111–117.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

- Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo, J. E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum.
- Kollmann, I., Fock-Putschi, F., Müller, R., Haberfellner, E. & Hochfellner, S. (2006). Medizinische Rehabilitation psychisch Erkrankter in Österreich: Bericht über ein Pilotprojekt der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) in den Jahren 2002-2006 mit den Vertragseinrichtungen RZ "Sonnenpark", Rehabilitationszentrum für psychosoziale Gesundheit, Bad Hall (H) und Rehabilitationsklinik für Seelische Gesundheit, Klagenfurt (K). Wien. Retrieved from [http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cms/Window?action=2&p\\_menuid=63491&p\\_tabid=2&p\\_pubid=124721](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cms/Window?action=2&p_menuid=63491&p_tabid=2&p_pubid=124721), Zugriff: 16.01.2012
- Kordy, H. & Hannover, W. (1999). Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlung anhand individueller Therapieziele. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 75–90). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Kossak, H.-C. (2011). Sinnvolle Werte und Lebensziele entwickeln: Psychotherapie mit kognitiv-behavioralen Methoden der Imagination und Hypnose. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 169–188). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Laireiter, A.R. & Vogel, H. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Einblicke in die Werkstatt. In A.R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 17 – 46). Tübingen: dgvt.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K. & Baumann, U. (1998). PSYCHO-DOK: Allgemeines Dokumentationssystem im Rahmen des Qualitätsmanagements von Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 209–224). Tübingen: Dgvt.
- Leonhart, R. (2010). *Datenanalyse mit SPSS*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M. & Berking, M. (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(1), 6-15

- Michalak, J. & Grosse Holtforth, M. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 346–365.
- Mittag, W. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In A. Lohaus, M. Jerusalem, & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 87–112). Göttingen: Hogrefe.
- Moosbrugger, H. & Schweizer, K. (2002). Evaluationsforschung in der Psychologie. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 19–37.
- Müller, R. (2008). Durch die PV zu mehr Lebensqualität. Interview mit Chefarzt Dr. Müller. *promente austria, Zeitschrift des Österreichischen Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit* 4, 10-13.
- Nosper, M. (2007). ICF AT-Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. Vortrag auf dem „Kongress Medizin und Gesellschaft 2007“ in Augsburg. Abstract verfügbar unter: Zugriff: 18.03.2012  
<http://www.egms.de/static/de/meetings/gmds2007/07gmds293.shtml>  
<http://www.egms.de/static/de/meetings/gmds2007/07gmds293.shtml>
- Nosper, M. (2008). ICF AT 50 Psych: Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften*, 77, 127–128.
- Nosper, M. (2009). ICF-3F-AT. Fragebogen für die Erfassung der ICF-Dimensionen Aktivitäten und Teilhabe. Instrument persönlich zur Verfügung gestellt vom Autor.
- Nosper, M. 2009 ICF Ziele Psych. Instrument persönlich zur Verfügung gestellt vom Autor.
- Nübling, R., Bürgy, R., Meyerberg, J., Oppl, M., Kieser, J., Schmidt, J. & Wittmann, W. W. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalb: Erste Ergebnisse einer Katamnesestudie. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie - pro und contra* (S. 274–300). Gießen: Psychosozial.

- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 49–74). Tübingen: Dgvt.
- Pensionsversicherungsanstalt Fachbereich Psychische Störungen. (2006). *Medizinisches Leistungsprofil. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Vertragseinrichtungen der Sozialversicherungsträger.: In Ergänzung des Erhebungsformulars des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger und des Vertrages.*
- Platz, T. & Senft, B. (2009). Kann die Psychotherapiemotivation im Kontext stationärer psychiatrischer Rehabilitation prädiktiv erhoben werden? *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 10(2), 78–83.
- Petzold, H. G., Leuenberger, R. & Steffan, A. (1999). Therapieziele in der integrativen Therapie. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 209–250). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Reinecker, H. (2005). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation. A Systematic Approach*. (7.<sup>th</sup> Ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Roecken, S. & Weis, J. (1987). Erfahrungen bei der Anwendung von Goal Attainment Scaling (GAS) in der Evaluation einer psychiatrischen Übergangseinrichtung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 16(2), 158–173.
- Rudolf, G. (1990). Psychosomatik als Forschung und Therapie im Felde menschlicher Beziehungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 36, 276–292.
- Rudolf, G. (1998). Taxonomie der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 80–91.
- Schacht, M. (2009). *Das Ziel ist im Weg: Störungsverständnis und Therapieprozess im Psychodrama*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Schmelzer, D. (1998). Erwartungskklärung, Motivationsklärung und Aufbau von Therapiemotivation. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch. Kognitiv-behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie ; ein Überblick über praktizierte Psychotherapie und ein Einblick in die Praxis erfahrener Psychotherapeuten* (S. 35–54). München: CIP-Medien.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, 248–255.
- Schmidt, J., Nübling, R., Steffanowski, A., Kriz, D. & Wittmann, W. W. (2008). Die Kurzskala BESS zur direkten Veränderungsmessung: Zusammenfassende Befunde aus mehreren Studien. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften 77*, 101-103.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Wittmann, W. W. (2000). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach einem Jahr. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 52.
- Schulte, D. (2000). Optimierung der Entscheidungsprozesse von Psychotherapeuten. In H. J. Freyberger, G. Heuft, & D. J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 15–41). Stuttgart: Schattauer.
- Schulte-Bahrenberg, T. (1990). *Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Schüßler, G. (2009). Everybody has won the prize? Oder die Blinden und der Elefant: Was wirkt in der Psychotherapie? *Psychiatrie & Psychotherapie*, 4(4), 152–160.
- Siegrist, K., Schlebusch, P. & Trenckmann, U. (2002). Fragen wir den Kunden: Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. *Psychiatrische Praxis*, (29), 201–206.
- SMART –Kriterien zur Bestimmung von Zielen: Online  
<http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/smart-kriterien.html> Zugriff: 08.04.2012

- Smith, A. (1994). Introduction and Overview. In T. J. Kiresuk, A. Smith, & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal Attainment Scaling. Applications, Theory, and Measurement* (pp. 1–14). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum.
- Steffanowski, A., Lichtenberg, S., Nübling, R., Wittmann, W. W. & Schmidt, J. (2003). Individuelle Ergebnismessung - Vergleich zwischen prospektiven und retrospektiven Problemangaben in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation, 42*, 22–29.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie. Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik: Vol. 48*. Bern u.a.: Huber.
- Steiger, J.H. (o.J). NDC: Noncentral Distribution Calculator. Vanderbilt University: Statistical program.
- Stockmann, R. (2007). *Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung*. Münster: Waxmann.
- Stockmann, R. (2006). *Evaluation und Qualitätsentwicklung. Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement*. Münster: Waxmann.
- Strauß, B. (1999). Therapieziele in der psychoanalytischen Therapie. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 91–115). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Sulz, S. K. D. (1998). Zielanalyse und Zielplanung. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch. Kognitiv-behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie ; ein Überblick über praktizierte Psychotherapie und ein Einblick in die Praxis erfahrener Psychotherapeuten* (S. 101–116). München: CIP-Medien.
- Tallman, K. & Bohart, A. C. (2001). Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst-HeilerIn. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 85–136). Dortmund: Modernes Lernen.
- Trachsel, M., Itten, S., Stauffer, B., Grosse Holtforth, M. & Hofer, D. (2008). Erreichung störungsübergreifender Therapieziele in einer störungsspezifischen ambulanten Gruppenpsychotherapie phobischer Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 58*, 359–365.

- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatteriji, S. & Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>  
Zugriff: 10.04.2012
- Waldmann, H. (2000). Strategien der Rehabilitationsforschung: Die Forschungsansätze im Überblick. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 255–270). Berlin u.a.: Springer.
- Wehrmann, L. Psychosomatische Rehabilitation. Vorlesung. online:  
[http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user\\_upload/Helios-Klinken.de/Bad\\_Berleburg\\_Rothaarklinik/Vorlesung\\_Psychosomatische\\_Rehabilitation\\_November2011.pdf](http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Klinken.de/Bad_Berleburg_Rothaarklinik/Vorlesung_Psychosomatische_Rehabilitation_November2011.pdf)
- Wendisch, M. (1999). Therapieziele: Unterschiede im stationären und ambulanten Setting. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 293–317). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Wolf, M., Zimmer, B. & Dogs, P. (2008). Chat- und E-Mail-Brücke: Nachsorge stationärer Psychotherapie. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-mental health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (D. 219–235). Heidelberg: Springer.
- World Health Organization. (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Stand Oktober 2005. Retrieved from: *Zugriff: 18.03.2012*  
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/>
- Zielke, M., Carls, W., Evertz, P., Missel, P., Schultz, K. & Gass, S. (2002). Qualitätsstandards und Qualitätsanforderungen in den besten verhaltensmedizinischen Kliniken. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 244–258.
- Zielke, M., Borgart, E. J., Carls, W., Herder, F., Lebenhangen, J., Leidig, S., Limbacher, K.; Meermann, R.; Reschenberg, I. & Schwickerath, J. (2004). Evaluation stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation auf der Basis objektiv erfassbarer Krankheitsdaten (Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, Aufenthalte im Akutkrankenhaus) bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 67, 169–192.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV: Manual*. Weinheim: Beltz.

## Anhänge

### Anhang A BIT-CP



Berner Inventar für Therapieziele

#### Zielcheckliste (BIT-CP)

Therapieziele von \_\_\_\_\_ für den Reha-Aufenthalt  
Name

Das Setzen von Zielen ist eine wichtige Voraussetzung für eine wirkungsvolle Therapie. Wir bitten Sie deshalb, hier Ihre persönlichen Ziele für die kommende stationäre Behandlung anzugeben.

Als Hilfe finden Sie zunächst eine Liste von möglichen Zielen einer Psychotherapie, gegliedert nach fünf Bereichen. Links finden Sie hier Stichworte, die das Thema des Therapieziels bezeichnen, rechts die eigentlichen Ziele.

- Bitte gehen Sie zunächst die Liste der möglichen Therapieziele durch, vorerst jedoch ohne Ziele anzukreuzen.
- Wenn Sie zusätzliche Ziele haben, die Sie hier nicht vorfinden, können Sie diese am Ende jeden Kästchens in die Leerzeilen schreiben.
- Wenn Sie alle durchgelesen haben, markieren Sie Ihre wichtigsten Ziele (etwa 10) mittels beigelegten Klebepunkten
- Zum Schluss treffen Sie bitte eine Auswahl Ihrer wichtigsten fünf Ziele und notieren diese auf der letzten Seite. (Ziele, an denen Sie während des Aufenthalts arbeiten wollen).

Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome <i>Mit Hilfe der Reha möchte ich...</i>	
<p><b>Depressives Erleben</b></p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> negative, kreisende Gedanken oder Schuldgefühle überwinden.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> aus meiner gedrückten Stimmung, Traurigkeit oder inneren Leere herauskommen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> mit Stimmungsschwankungen besser umgehen lernen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> wieder mehr Antrieb und Energie bekommen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>104</sub> _____</p>
<p><b>Körperliche Selbstverletzung</b></p>	<p><input type="checkbox"/><sub>5</sub> lernen, mir keine körperlichen Verletzungen mehr zuzufügen (z.B. mich absichtlich schneiden oder brennen).</p> <p><input type="checkbox"/><sub>6</sub> Selbstmordgedanken überwinden und wieder Lebenswillen finden.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>106</sub> _____</p>
<p><b>Ängste</b></p>	<p><input type="checkbox"/><sub>7</sub> eine konkrete Angst bewältigen oder besser mit ihr umgehen lernen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>8</sub> lernen, Angst- und Panikanfälle in den Griff zu bekommen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>9</sub> lernen, ohne Angst und unsicheres Verhalten (z.B. Erröten, Stottern) unter die Leute zu gehen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>10</sub> lernen, wieder Dinge zu tun, die ich jetzt aus Angst vermeide.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>110</sub> _____</p>
<p><b>Zwanghafte Gedanken und Handlungen</b></p>	<p><input type="checkbox"/><sub>11</sub> ständig wiederkehrende, quälende Gedanken oder Impulse besser kontrollieren lernen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>12</sub> wiederholte, sinnlose und zeitraubende Handlungen (übertriebenes Händewaschen, Ordnen, Prüfen, Zählen etc.) einschränken lernen.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>120</sub> _____</p>

<b>Traumatische Erlebnisse</b>	<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> traumatische Erlebnisse verarbeiten (z.B. schwerer Unfall, Gewaltverbrechen, Vergewaltigung, Naturkatastrophe u.a.). <input type="checkbox"/> <sub>130</sub> _____
<b>Suchtverhalten (bezogen auf Alkohol, illegale Drogen oder Medikamente)</b>	<input type="checkbox"/> <sub>14</sub> den körperlichen Entzug von einem Suchtmittel durchführen. <input type="checkbox"/> <sub>15</sub> ohne Suchtmittel leben lernen. <input type="checkbox"/> <sub>16</sub> meinen Suchtmittelkonsum kontrollieren lernen. <input type="checkbox"/> <sub>17</sub> mit schwierigen Situationen anders umgehen lernen, statt zum Suchtmittel zu greifen. <input type="checkbox"/> <sub>170</sub> _____
<b>Essverhalten</b>	<input type="checkbox"/> <sub>18</sub> meine Essprobleme (Magersucht, Ess-Brechsucht, Esssucht etc. ) bewältigen. <input type="checkbox"/> <sub>19</sub> mit meinem Gewicht umgehen lernen (es reduzieren oder so akzeptieren). <input type="checkbox"/> <sub>190</sub> _____
<b>Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> <sub>20</sub> meine Schlafprobleme (Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen, frühes Erwachen etc.) bewältigen. <input type="checkbox"/> <sub>200</sub> _____
<b>Sexualität</b>	<input type="checkbox"/> <sub>21</sub> sexuelle Probleme bewältigen. <input type="checkbox"/> <sub>210</sub> _____
<b>Körperliche Schmerzen und Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/> <sub>22</sub> mit körperlichen Schmerzen umgehen lernen oder diese nach Möglichkeit verringern. <input type="checkbox"/> <sub>23</sub> mit meiner körperlichen Krankheit umgehen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>230</sub> _____
<b>Schwierigkeiten in bestimmten Lebensbereichen</b>	<input type="checkbox"/> <sub>24</sub> meine Wohnsituation klären (ein Problem bewältigen oder ein Ziel anstreben). <input type="checkbox"/> <sub>25</sub> konkrete Probleme im Zusammenhang mit meiner Arbeit oder meiner Ausbildung bewältigen. <input type="checkbox"/> <sub>26</sub> meinen Alltag besser organisieren lernen. <input type="checkbox"/> <sub>260</sub> _____
<b>Stress</b>	<input type="checkbox"/> <sub>27</sub> besser mit Stresssituationen umgehen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>270</sub> _____

<b>Ziele im zwischenmenschlichen Bereich</b> <i>Mit Hilfe der Reha möchte ich....</i>	
<b>Bestehende Partnerschaft</b>	<input type="checkbox"/> <sub>28</sub> die Beziehung mit meinem Partner/meiner Partnerin verbessern. <input type="checkbox"/> <sub>29</sub> das Sexualleben mit meinem Partner/meiner Partnerin verbessern. <input type="checkbox"/> <sub>30</sub> meine Erwartungen und Gefühle bezügl. Partner/Partnerin klären. <input type="checkbox"/> <sub>300</sub> _____

<b>Elternschaft und aktuelle Familie</b>	<input type="checkbox"/> <sub>31</sub> mich mit meiner Vater- bzw. Mutterrolle auseinandersetzen. <input type="checkbox"/> <sub>32</sub> die Beziehung zu meinem Kind/meinen Kindern verbessern. <input type="checkbox"/> <sub>33</sub> versuchen, etwas an der ganzen familiären Situation zu verändern. <input type="checkbox"/> <sub>330</sub> _____
<b>Herkunftsfamilie</b>	<input type="checkbox"/> <sub>34</sub> die Beziehung zu meinen Eltern verändern (mich ablösen, Schuldgefühle oder Abhängigkeit überwinden etc.). <input type="checkbox"/> <sub>340</sub> _____
<b>Andere Beziehungen</b>	<input type="checkbox"/> <sub>35</sub> die Beziehung zu bestimmten Personen aus dem privaten oder beruflichen Umfeld klären oder verbessern. <input type="checkbox"/> <sub>36</sub> die Trennung von meinem Ex-Partner/meiner Ex-Partnerin verarbeiten. <input type="checkbox"/> <sub>360</sub> _____
<b>Alleinsein und Trauer</b>	<input type="checkbox"/> <sub>37</sub> meine Zeit alleine verbringen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>38</sub> den Tod einer geliebten Person verarbeiten. <input type="checkbox"/> <sub>380</sub> _____
<b>Selbstbehauptung und Abgrenzung</b>	<input type="checkbox"/> <sub>39</sub> mich anderen gegenüber besser durchsetzen und abgrenzen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>40</sub> mit den Reaktionen anderer (Kritik, Ablehnung, Lob etc.) auf mein Verhalten besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>400</sub> _____
<b>Kontakt und Nähe</b>	<input type="checkbox"/> <sub>41</sub> lernen, besser mit Menschen Kontakt aufzunehmen und zu pflegen (z.B. lernen, wie ich Leute kennen lerne, Freundschaften aufbauen etc.). <input type="checkbox"/> <sub>42</sub> Nähe zulassen und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>43</sub> mich auf eine neue Partnerschaft vorbereiten. <input type="checkbox"/> <sub>430</sub> _____

<b>Verbesserung des Wohlbefindens</b> <i>Mit Hilfe der Reha möchte ich ...</i>	
<b>Bewegung und Aktivität</b>	<input type="checkbox"/> <sub>44</sub> mehr Sport und andere körperliche Aktivitäten betreiben. <input type="checkbox"/> <sub>45</sub> meine Freizeit aktiver gestalten (Hobbies, kulturelle Aktivitäten etc.). <input type="checkbox"/> <sub>450</sub> _____
<b>Entspannung und Gelassenheit</b>	<input type="checkbox"/> <sub>46</sub> Techniken erlernen, die mir helfen, mich zu entspannen. <input type="checkbox"/> <sub>47</sub> lernen, Probleme und Herausforderungen gelassener anzugehen. <input type="checkbox"/> <sub>470</sub> _____
<b>Wohlbefinden</b>	<input type="checkbox"/> <sub>48</sub> mehr Optimismus und Lebensfreude entwickeln. <input type="checkbox"/> <sub>49</sub> lernen, mich in meinem Körper wohl zu fühlen. <input type="checkbox"/> <sub>490</sub> _____

Orientierung im Leben <i>Mit Hilfe der Reha möchte ich....</i>	
Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	<input type="checkbox"/> <sub>50</sub> mit Teilen meiner Vergangenheit besser zurechtkommen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>51</sub> mir klarer werden wer ich bin, was ich kann und was ich will. <input type="checkbox"/> <sub>52</sub> neue Zukunftsperspektiven (private oder berufliche) erarbeiten. <input type="checkbox"/> <sub>520</sub> _____
Sinnfindung	<input type="checkbox"/> <sub>53</sub> Sinnfragen in meinem Leben klären. <input type="checkbox"/> <sub>530</sub> _____

Selbstbezogene Ziele <i>Mit Hilfe der Reha möchte ich....</i>	
Einstellung zu mir selbst	<input type="checkbox"/> <sub>54</sub> mehr Selbstvertrauen und Selbstsicherheit entwickeln. <input type="checkbox"/> <sub>55</sub> mich akzeptieren lernen, so wie ich bin. <input type="checkbox"/> <sub>550</sub> _____
Bedürfnisse und Wünsche	<input type="checkbox"/> <sub>56</sub> meine Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken lernen. <input type="checkbox"/> <sub>57</sub> meine Grenzen besser erkennen und danach handeln lernen. <input type="checkbox"/> <sub>58</sub> eigene Wünsche und Pläne besser verwirklichen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>580</sub> _____
Verantwortung, Leistung und Kontrolle	<input type="checkbox"/> <sub>59</sub> lernen, Verantwortung für mich selbst zu übernehmen (eigenständig leben, Entscheidungen treffen usw.). <input type="checkbox"/> <sub>60</sub> mehr Selbstdisziplin und Durchhaltevermögen entwickeln. <input type="checkbox"/> <sub>61</sub> meine hohen Ansprüche an mich oder an andere herabsetzen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>62</sub> Verantwortung und Kontrolle abgeben lernen. <input type="checkbox"/> <sub>620</sub> _____
Umgang mit Gefühlen	<input type="checkbox"/> <sub>63</sub> Gefühle zulassen und äußern lernen. <input type="checkbox"/> <sub>64</sub> mit starken negativen Gefühlen (z.B. Ärger, Wutausbrüchen) umgehen lernen. <input type="checkbox"/> <sub>640</sub> _____

Wenn Sie noch andere Ziele haben, die nicht in der Liste aufgeführt sind, können Sie diese hier aufschreiben.




---



---

Nachdem Sie sich über verschiedene Ziele für den kommenden Reha-Aufenthalt Gedanken gemacht haben, und wahrscheinlich mehrere Ziele ausgewählt haben, ist es nun sinnvoll, sich zuerst einmal auf die wichtigsten Ziele zu konzentrieren. Geben Sie hier bitte Ihre wichtigsten Ziele für den kommenden Reha-Aufenthalt an. **Sie können bis zu fünf Ziele auswählen.**

- Für einen besseren Überblick übertragen Sie zuerst die Nummern der ausgewählten Ziele in die dafür vorgesehene Zeile (pro Ziel und Zeile eine Nummer).
- Anschließend formulieren Sie die ausgewählten Ziele bitte möglichst konkret in eigene Worte um, damit diese sich auf Ihre ganz persönliche Situation beziehen.
- Bitte beurteilen Sie, wie wichtig die Erreichung des jeweiligen Ziel es für Sie ist.

\_\_\_\_\_

Name

## Meine persönlichen Therapieziele für den Reha-Aufenthalt

**Beispiel Ziel Nr.1** Ich möchte lernen, wieder ohne Angst alleine aus dem Haus zu gehen  
und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

### **Ziel 1 Hauptziel des Rehabilitationsaufenthalts**

Nummer: \_\_\_\_\_

.....

..... 

- eher nicht so wichtig       mittelmäßig wichtig       ziemlich wichtig       sehr wichtig       außerordentlich wichtig

### **Ziel 2**

Nummer: \_\_\_\_\_

.....

..... 

- eher nicht so wichtig       mittelmäßig wichtig       ziemlich wichtig       sehr wichtig       außerordentlich wichtig

### **Ziel 3**

Nummer: \_\_\_\_\_

.....

..... 

- eher nicht so wichtig       mittelmäßig wichtig       ziemlich wichtig       sehr wichtig       außerordentlich wichtig

### **Ziel 4**

Nummer: \_\_\_\_\_

.....

..... 

- eher nicht so wichtig       mittelmäßig wichtig       ziemlich wichtig       sehr wichtig       außerordentlich wichtig

### **Ziel 5**

Nummer: \_\_\_\_\_

.....

..... 

- eher nicht so wichtig       mittelmäßig wichtig       ziemlich wichtig       sehr wichtig       außerordentlich wichtig

## Anhang B Kategorisierungsbeispiel BIT-F

Nummer	Problembereich	Ziel 1	RdE Richtung der Erwartung	F Formulierung	K Komplexität	H Homogenität	BdP Bezeichnung des Patienten	V Vollständigkeit	PN Positiv-Negativ	B Begrifflichkeit	S Situationstyp	SpB Beziehungs-spezifisch	BdV Bedeutung des Verbs	Ko Komparativ	R Restkategorie	sQ Subjektive Qualität	Summe
2510	Innere Unruhe	Innere Unruhe und Nervosität	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2511	Konzentration	Steigerung der Konzentrationsfähigkeit	2	2	1	2	0	2	2	0	0	0	0	1	2	2	<b>16</b>
2512	manisch depressiv	keine Manie mehr zu bekommen	2	2	1	2	0	2	1	0	1	0	3	1	2	2	<b>19</b>
2513	Lebenslust	Ja zum Leben	2	2	1	2	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	<b>15</b>
2517	Selbstmord	Selbstwertgefühl	2	1	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	2	3	<b>14</b>
2518	Panikattacke	Ruhe	2	1	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	2	2	<b>13</b>
2520	Urtikaria	Urtikaria-Juckreiz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2521	Selbstmordgedanken	Allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes	2	2	1	2	0	1	2	0	0	0	0	1	2	2	<b>15</b>
5223	Keine Angabe	eigene Akzeptanz; eigene Wünsche+ Bedürfnisse formulieren und anderen vermitteln	2	2	3	1	0	2	2	2	0	0	3	0	2	3	<b>22</b>
2527	Burnout	Besserung des Burnout	2	2	1	2	0	2	2	0	0	0	0	1	2	2	<b>16</b>
9937	Der Umgang mit meinem Bruder	Der Druck den mir mein Vater und mein Bruder machen nicht in mich "hereinlassen"	2	3	1	2	2	2	2	0	0	1	3	0	2	3	<b>23</b>
9938	Familiensituation	besseres Verstehen	2	2	1	2	0	2	2	0	0	0	2	0	2	2	<b>17</b>
9939	Soziale Kompetenz	Mit plötzlich auftretenden Situationen besser umgehen lernen.	2	3	1	2	0	2	2	0	1	0	2	1	2	3	<b>21</b>

## Anhang C Therapieziele mit signifikanten Veränderungen nach Einführung des BIT-CP

Signifikante Zunahmen sind grün markiert Signifikante Abnahmen sind gelb markiert	Statistik	Vor Einführung des BIT-CP	Nach Einführung des BIT-CP	N
Traumatische Erlebnisse	Count	9	70	79
	Expected Count	20	59	79
	Std. Residual	-2,401	1,381	
Schlaf	Count	16	120	136
	Expected Count	33	103	136
	Std. Residual	-3,063	1,762	
Sexualität	Count	1	28	29
	Expected Count	7	22	29
	Std. Residual	-2,294	1,308	
Bestehende Partnerschaft	Count	1	41	42
	Expected Count	10	32	42
	Std. Residual	-2,922	1,681	
Elternschaft und aktuelle Familie	Count	2	44	46
	Expected Count	11	35	46
	Std. Residual	-2,790	1,605	
Selbstbehauptung und Abgrenzung	Count	25	129	154
	Expected Count	38	116	154
	Std. Residual	-2,148	1,235	
Kontakt und Nähe	Count	17	97	114
	Expected Count	28	86	114
	Std. Residual	-2,131	1,226	
Einstellung zu mir selbst	Count	38	215	253
	Expected Count	63	190	253
	Std. Residual	-3,140	1,806	
Bedürfnisse und Wünsche	Count	2	39	41
	Expected Count	10	31	41
	Std. Residual	-2,566	1,476	
Steigerung körperlichen Leistungsfähigkeit/ Konzentration	Count	52	97	149
	Expected Count	37	112	149
	Std. Residual	2,457	-1,413	
Allgemein: "wieder gesund werden", "dass es mir besser geht"	Count	48	65	113
	Expected Count	28	85	113
	Std. Residual	3,755	-2,160	
Stabilität allgemein	Count	24	35	59
	Expected Count	15	44	59
	Std. Residual	2,436	-1,401	
kein Ziel: Therapie genannt	Count	22	20	42
	Expected Count	10	32	42
	Std. Residual	3,577	-2,057	
kein Ziel: sonstige Bereiche	Count	102	102	204
	Expected Count	51	153	204
	Std. Residual	7,200	-4,142	
kein Ziel: Bereich Depression	Count	62	45	107
	Expected Count	27	80	107
	Std. Residual	6,863	-3,948	
kein Ziel: Bereich Angst	Count	47	44	91
	Expected Count	23	68	91
	Std. Residual	5,124	-2,948	
kein Ziel: Bereich körperliche Erkrankungen	Count	59	43	102
	Expected Count	25	77	102
	Std. Residual	6,680	-3,843	
kein Ziel genannt	Count	13	108	121
	Expected Count	30	90	186
	Std. Residual	-3,115	1,792	

Anmerkung: grün markierte Zellen weisen auf signifikant höhere Anteile hin als erwartet, gelb markierte Zellen weisen auf signifikant niedrigere Anteile als erwartet hin

## Anhang D Therapieziele ohne signifikante Veränderungen nach Einführung des BIT-CP

	Statistik	Vor Einführung des BIT-CP	Nach Einführung des BIT-CP	N
Depressives Erleben	Count	93	337	430
	Expected Count	107	323	430
	Std. Residual	-1,345	0,774	
Körperliche Selbstverletzung	Count	9	28	37
	Expected Count	9	28	37
	Std. Residual	-0,066	0,038	
Ängste	Count	87	329	416
	Expected Count	104	313	417
	Std. Residual	-1,615	0,929	
Zwanghafte Gedanken und Handlungen	Count	5	23	28
	Expected Count	7	21	28
	Std. Residual	-0,743	0,428	
Suchtverhalten	Count	7	30	37
	Expected Count	9	28	37
	Std. Residual	-0,725	0,417	
Essverhalten	Count	20	72	92
	Expected Count	23	69	92
	Std. Residual	-0,601	0,346	
Körperliche Schmerzen und Krankheiten	Count	53	151	204
	Expected Count	51	153	204
	Std. Residual	0,320	-0,184	
Schwierigkeiten in bestimmten Lebensbereichen	Count	12	41	53
	Expected Count	13	40	53
	Std. Residual	-0,324	0,187	
Stress	Count	15	78	93
	Expected Count	23	70	93
	Std. Residual	-1,689	0,972	
Herkunftsfamilie	Count	8	46	54
	Expected Count	13	41	54
	Std. Residual	-1,481	0,852	
Andere Beziehungen	Count	15	35	50
	Expected Count	12	38	50
	Std. Residual	0,729	-0,419	
Alleinsein und Trauer	Count	8	35	43
	Expected Count	11	32	43
	Std. Residual	-0,823	0,473	
Bewegung und Aktivität	Count	14	45	59
	Expected Count	15	44	59
	Std. Residual	-0,175	0,100	
Entspannung und Gelassenheit	Count	24	103	127
	Expected Count	32	95	127
	Std. Residual	-1,348	0,776	
Wohlbefinden	Count	29	110	139
	Expected Count	35	104	139
	Std. Residual	-0,946	0,544	
Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	Count	36	102	138
	Expected Count	34	104	138
	Std. Residual	0,288	-0,166	
Sinnfindung	Count	2	14	16
	Expected Count	4	12	16
	Std. Residual	-0,992	0,570	

	Statistik	Vor Einführung des BIT-CP	Nach Einführung des BIT-CP	N
Verantwortung, Leistung und Kontrolle	Count	11	59	70
	Expected Count	17	53	70
	Std. Residual	-1,535	0,883	
Umgang mit Gefühlen	Count	10	60	70
	Expected Count	17	53	70
	Std. Residual	-1,775	1,021	
Berufliche Ziele	Count	20	80	100
	Expected Count	25	75	100
	Std. Residual	-0,975	0,561	
nicht kategorisierbare Ziele	Count	15	31	46
	Expected Count	11	35	46
	Std. Residual	1,054	-0,606	
Ziele zu Medikation	Count	12	32	44
	Expected Count	11	33	44
	Std. Residual	0,321	-0,184	
Psychosomatik/Auseinandersetzung mit der Erkrankung/Reflexion	Count	23	56	79
	Expected Count	20	59	79
	Std. Residual	0,758	-0,436	
Achtsamkeit/Selbstfürsorge	Count	13	33	46
	Expected Count	11	35	46
	Std. Residual	0,462	-0,266	
Schizophrenie	Count	5	10	15
	Expected Count	4	11	15
	Std. Residual	0,658	-0,378	

## Anhang E BIT-F Kategorien in % vor und nach Einführung des BIT-CP

BIT-F Kategorie	Ratings	vor Einführung des BIT-CP (N=400)	nach Einführung des BIT-CP (N=1.266)
<b>Richtung der Erwartung</b>	nicht einschätzbar	23,3	15,9
	andere Menschen	0,5	2
	Person (mit Hilfe and./Behandlung)	76,2	82,1
<b>Formulierung</b>	keine Nennung	24,5	15,9
	1 Wort	10,8	5,2
	Wortreihe	62,7	74,7
	vollständiger Satz	2	4,2
<b>Komplexität</b>	kein Ziel	23,3	15,4
	1 Ziel	64,3	61,1
	2 Ziele	11	19,8
	3 Ziele	0,7	3
	4 Ziele	0,7	0,7
<b>Homogenität</b>	kein Ziel	23,3	15,9
	Heterogenität	4	10,2
	Homogenität	72,7	73,9
<b>Bezeichnung des Pat.</b>	keine Nennung	92	88,2
	er/sie/Name	0,3	0,2
	ich (meine, mir)	7,7	11,6
<b>Vollständigkeit</b>	nicht einschätzbar	28,8	15,2
	Istzustand	18,5	11,8
	Sollzustand	52,7	73
<b>PositivNegativ</b>	nicht einschätzbar	23	16
	negativ	16	8,6
	ambivalent	61	75,4
<b>Begrifflichkeit</b>	nicht einschätzbar	86,2	86,8
	Theoretische Begriffe	1	1,4
	Beobachtungsbegriffe	12,8	11,8
<b>Situationstyp</b>	nicht einschätzbar	83	87,7
	nicht näher bezeichnete Situation	15,5	11,8
	definierte Situation	1,5	0,5
<b>Beziehungsspezifisch</b>	trifft nicht zu	98,8	96,9
	beziehungsspezifisch	1,2	3,1
<b>Bedeutung des Verbs</b>	kein Verb	56	41
	Fähigkeit	1,5	2,8
	Prozess	27,2	41,3
	Zustand	15,3	14,9
<b>Komparativ</b>	kein Komparativ	57	59,3
	Komparativ	43	40,7
<b>Restkategorie</b>	nicht kategorisierbar	23,3	16,5
	Erhaltungsziel	5,5	1,9
	Veränderungsziel	71,2	81,6
<b>Subjektive Qualität</b>	sehr schlecht	23,3	15,9
	schlecht	6	7,8
	gut	49,2	51,8
	sehr gut	21,5	24,5

## Anhang F Zusammenhänge zwischen Belastung, Motivation und Strukturqualität

Spearman's rho	Statistics	Symptom- belastung Aufnahme	Symptom- belastung Entlassung
E: GSI	Correlation Coefficient	-0,068	-0,078
	Sig. (2-tailed)	0,093	0,052
	N	614	620
A: WHO - Rohwert - Domäne "Global"	Correlation Coefficient	0,024	0,094
	Sig. (2-tailed)	0,560	0,020
	N	599	614
A: WHO - Rohwert - Domäne "Physisch"	Correlation Coefficient	0,041	0,077
	Sig. (2-tailed)	0,315	0,057
	N	600	614
A: WHO - Rohwert - Domäne "Psychisch"	Correlation Coefficient	0,007	0,089
	Sig. (2-tailed)	0,860	0,028
	N	607	618
A: WHO - Rohwert - Domäne "Soziale Beziehungen"	Correlation Coefficient	0,048	0,108
	Sig. (2-tailed)	0,240	0,007
	N	601	615
A: WHO - Rohwert - Domäne "Umwelt"	Correlation Coefficient	0,067	0,087
	Sig. (2-tailed)	0,102	0,031
	N	605	618
A: Kognitive Leistungsfähigkeit	Correlation Coefficient	-0,013	-0,062
	Sig. (2-tailed)	0,779	0,181
	N	465	467
A: Selbstwirksamkeit	Correlation Coefficient	-0,039	-0,065
	Sig. (2-tailed)	0,404	0,161
	N	464	463
A: Soziale Kompetenz	Correlation Coefficient	-0,080	-0,106
	Sig. (2-tailed)	0,085	0,022
	N	464	462
PATHEV: Mittelwert Skala Hoffnung auf Besserung	Correlation Coefficient	0,113	
	Sig. (2-tailed)	0,005	
	N	605	
PATHEV: Mittelwert Skala Furcht vor Veränderung	Correlation Coefficient	-0,096	
	Sig. (2-tailed)	0,019	
	N	603	
PATHEV: Mittelwert Skala Passung	Correlation Coefficient	0,102	
	Sig. (2-tailed)	0,012	
	N	605	

## Anhang G Zusammenhänge zwischen Variablen der Prozessqualität und der Ausgangsbelastung

		E: Zufriedenheit mit Prozessqualität	HAQ: Beziehungszufriedenheit	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem eig. Anteil/Mitarbeit an der Rehabilitation?
		Spearman	Spearman	Kendall's tau_b
A: GSI	Correlation Coefficient	-0,072	-0,099	0,161
	Sig. (2-tailed)	0,076	0,015	<0,001
	N	615	605	613
A: WHO - Rohwert - Domäne "Global"	Correlation Coefficient	0,058	0,036	-0,138
	Sig. (2-tailed)	0,153	0,389	<0,001
	N	599	590	597
A: WHO - Rohwert - Domäne "Physisch"	Correlation Coefficient	0,038	0,048	-0,155
	Sig. (2-tailed)	0,359	0,242	<0,001
	N	600	591	599
A: WHO - Rohwert - Domäne "Psychisch"	Correlation Coefficient	-0,022	0,041	-0,121
	Sig. (2-tailed)	0,590	0,322	<0,001
	N	607	599	606
A: WHO - Rohwert - Domäne "Soziale Beziehungen"	Correlation Coefficient	0,126	0,131	-0,132
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,001	<0,001
	N	601	592	599
A: WHO - Rohwert - Domäne "Umwelt"	Correlation Coefficient	0,174	0,174	-0,147
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001
	N	605	596	603
A: Kognitive Leistungsfähigkeit	Correlation Coefficient	-0,033	-0,067	0,100
	Sig. (2-tailed)	0,481	0,152	0,007
	N	465	458	464
A: Selbstwirksamkeit	Correlation Coefficient	-0,011	-0,041	0,140
	Sig. (2-tailed)	0,809	0,381	<0,001
	N	464	457	464
A: Soziale Kompetenz	Correlation Coefficient	-0,066	-0,087	0,109
	Sig. (2-tailed)	0,156	0,063	0,004
	N	464	457	464
PATHEV: Mittelwert Skala Hoffnung auf Besserung	Correlation Coefficient	<b>0,210</b>	<b>0,241</b>	-0,149
	Sig. (2-tailed)	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<0,001
	N	<b>605</b>	<b>597</b>	605
PATHEV: Mittelwert Skala Furcht vor Veränderung	Correlation Coefficient	-0,035	-0,076	0,122
	Sig. (2-tailed)	0,397	0,064	<0,001
	N	603	595	603
PATHEV: Mittelwert Skala Passung	Correlation Coefficient	0,178	<b>0,272</b>	-0,123
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<b>&lt;0,001</b>	<0,001
	N	605	<b>597</b>	605

Anmerkung: die Variable eigener Anteil am Erfolg der Rehabilitation ist anders gepolt als HAQ und Zufriedenheit

## Anhang H Zusammenhänge zwischen Variablen der Ergebnisqualität und der Ausgangsbelastung

		A: GSI	A: Phys.	A: Psych.	A: KL	A: SW	A: SK	Hoffn. Besser.	Furcht Veränd.	Passung
E: Erreichung des Therapiezieles 1	Correlation	<b>0,202</b>	<b>-0,222</b>	-0,172	0,110	0,107	0,088	-0,152	0,018	-0,113
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<0,001	0,004	0,005	0,020	<0,001	0,598	0,001
	N	<b>568</b>	<b>557</b>	563	422	422	422	558	557	558
E: Erreichung des Therapiezieles 2	Correlation	<b>0,211</b>	<b>-0,246</b>	<b>-0,250</b>	0,167	0,164	0,109	-0,160	0,092	-0,158
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<0,001	<0,001	0,006	0,000	0,013	<0,001
	N	<b>489</b>	<b>480</b>	<b>485</b>	374	375	375	482	482	483
E: Erreichung des Therapiezieles 3	Correlation	<b>0,246</b>	<b>-0,256</b>	<b>-0,241</b>	<b>0,223</b>	<b>0,205</b>	0,183	-0,178	0,044	-0,174
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<0,001	<0,001	0,259	<0,001
	N	<b>441</b>	<b>435</b>	<b>438</b>	<b>346</b>	<b>347</b>	347	434	434	435
BSI: Aufnahmewert - Entlassungswert	Correlation	-0,083	0,100	0,044	-0,157	-0,145	-0,157	0,187	-0,095	0,197
	Sig.	0,039	0,014	0,277	0,001	0,002	0,001	<0,001	0,020	<0,001
	N	620	603	610	462	461	461	603	601	603
Diff. Kognitive Leistungsfähigkeit AE	Correlation	-0,148	0,096	0,059	0,300	0,201	0,146	0,082	-0,127	0,037
	Sig.	0,002	0,043	0,215	<0,001	<0,001	0,002	0,082	0,007	0,432
	N	453	444	447	458	453	453	450	448	449
Differenz Selbstwirksamkeit A-E	Correlation	-0,172	0,129	0,096	0,105	0,323	0,155	0,088	-0,024	0,091
	Sig.	<0,001	0,007	0,043	0,026	<0,001	0,001	0,063	0,622	0,057
	N	448	439	443	449	453	453	444	442	443
Differenz Soziale Kompetenz A-E	Correlation	-0,048	0,059	0,023	0,192	0,264	0,450	0,009	0,049	0,020
	Sig.	0,313	0,216	0,626	<0,001	<0,001	<0,001	0,852	0,300	0,668
	N	447	438	442	448	452	452	443	441	442
WHO-QOL-BREF: Global Differenz E-A	Correlation	0,084	-0,136	-0,178	-0,005	0,076	0,002	0,104	0,018	0,162
	Sig.	0,040	0,001	<0,001	0,915	0,112	0,965	0,013	0,668	<0,001
	N	594	585	592	441	440	440	578	576	578
WHO-QOL-BREF: Psychisch Differenz E-A	Correlation	0,051	-0,030	-0,279	-0,043	0,057	-0,005	0,144	0,010	0,196
	Sig.	0,210	0,456	<0,001	0,364	0,228	0,922	<0,001	0,808	<0,001
	N	607	599	607	453	453	453	592	590	592
WHO-QOL-BREF: Physisch Differenz E-A	Correlation	0,043	-0,252	-0,121	-0,077	0,007	-0,080	0,185	-0,024	0,118
	Sig.	0,290	<0,001	0,003	0,107	0,889	0,093	<0,001	0,565	0,004
	N	596	596	595	446	445	445	582	580	582
VEV Veränderung im Erleben und Verh.	Correlation	<b>-0,346</b>	<b>0,393</b>	<b>0,243</b>	-0,116	-0,161	<b>-0,244</b>	<b>0,268</b>	-0,094	<b>0,239</b>
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,175	0,057	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,120	<b>&lt;0,001</b>
	N	<b>273</b>	<b>266</b>	<b>271</b>	139	140	<b>140</b>	<b>275</b>	274	<b>276</b>
HAQ: Erfolgswzufriedenheit	Correlation	<b>-0,381</b>	<b>0,332</b>	<b>0,325</b>	<b>-0,294</b>	<b>-0,235</b>	<b>-0,212</b>	<b>0,279</b>	-0,101	<b>0,236</b>
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>	0,014	<b>&lt;0,001</b>						
	N	<b>604</b>	<b>590</b>	<b>598</b>	<b>457</b>	<b>456</b>	<b>456</b>	<b>596</b>	594	<b>596</b>
E: Beurteilung des Behandlungserfolgs	Correlation	0,189	<b>-0,240</b>	-0,165	0,135	0,129	0,080	-0,187	0,047	-0,173
	Sig.	<0,001	<b>&lt;0,001</b>	<0,001	<0,001	0,001	0,029	<0,001	0,164	<0,001
	N	611	<b>596</b>	603	463	462	462	602	600	602
Behandlungserfolgs (Bezugstherapeut)	Correlation	0,192	-0,187	-0,188	0,122	0,117	0,092	-0,183	0,129	-0,162
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,002	0,013	<0,001	<0,001	<0,001
	N	600	584	590	457	457	457	592	590	592
E: BESS Mittelwert Patient(in)	Correlation	<b>-0,388</b>	<b>0,371</b>	<b>0,267</b>	<b>-0,296</b>	<b>-0,230</b>	<b>-0,201</b>	<b>0,283</b>	-0,130	<b>0,232</b>
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>	0,001	<b>&lt;0,001</b>						
	N	<b>615</b>	<b>601</b>	<b>608</b>	<b>467</b>	<b>466</b>	<b>466</b>	<b>607</b>	605	<b>607</b>
E: BESS Mittelwert Therapeut(in)	Correlation	<b>-0,255</b>	<b>0,221</b>	<b>0,214</b>	-0,171	-0,148	-0,105	<b>0,223</b>	-0,080	0,200
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<0,001	0,001	0,023	<b>&lt;0,001</b>	0,048	<0,001
	N	<b>617</b>	<b>602</b>	<b>608</b>	471	471	471	<b>609</b>	607	609

Anmerkung: Für die Variablen Therapiezielerreichung und Beurteilung des Behandlungserfolgs wird Kendall's tau\_b angegeben, sonst Spearman Korrelationen

## Anhang I Korrelationen der Ergebniskriterien untereinander

	Spearman's rho/ Kendall's tau_b	E: Erreichung des Therapiezieles 1	E: Erreichung des Therapiezieles 2	E: Erreichung des Therapiezieles 3	BSI: Aufnahmewert minus Entlassungswert	Differenz Kognitive Leistungsfähigkeit (Aufnahme - Entlassung)	Differenz Selbstwirksamkeit (Aufnahme - Entlassung)	Differenz Soziale Kompetenz (Aufnahme - Entlassung)	WHO-QOL-BREF: Global Differenz Entlassung - Aufnahme	WHO-QOL-BREF: Psychisch Differenz Entlassung - Aufnahme	WHO-QOL-BREF: Physisch Differenz Entlassung - Aufnahme	VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	HAQ: Erfolgszufriedenheit	E: Beurteilung des Behandlungserfolges	Beurteilung des Behandlungserfolgs (Bezugstherapeut)	E: BESS Mittelwert Patient(in)
E: Erreichung des Therapiezieles 2	Correlation	0,467														
	Sig.	<0,001														
	N	493														
E: Erreichung des Therapiezieles 3	Correlation	0,414	0,449													
	Sig.	<0,001	<0,001													
	N	445	443													
BSI: Aufnahmewert minus Entlassungswert	Correlation	-0,294	-0,269	-0,280												
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001												
	N	568	489	441												
Differenz Kognitive Leistungsfähigkeit (Aufnahme - Entlassung)	Correlation	-0,198	-0,148	-0,106	0,366											
	Sig.	<0,001	<0,001	0,012	<0,001											
	N	413	367	339	453											
Differenz Selbstwirksamkeit (Aufnahme - Entlassung)	Correlation	-0,252	-0,215	-0,194	0,405	0,661										
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001										
	N	410	366	338	448	449										
Differenz Soziale Kompetenz (Aufnahme - Entlassung)	Correlation	-0,175	-0,145	-0,105	0,315	0,558	0,660									
	Sig.	<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001	<0,001									
	N	409	365	337	447	448	452									
WHO-QOL-BREF: Global Differenz Entlassung - Aufnahme	Correlation	-0,215	-0,149	-0,150	0,428	0,195	0,268	0,181								
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001								
	N	549	473	426	594	434	429	428								
WHO-QOL-BREF: Psychisch Differenz Entlassung - Aufnahme	Correlation	-0,289	-0,198	-0,222	0,604	0,303	0,395	0,314	0,496							
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001							
	N	561	483	436	607	446	442	441	591							
WHO-QOL-BREF: Physisch Differenz Entlassung - Aufnahme	Correlation	-0,237	-0,176	-0,234	0,530	0,262	0,340	0,225	0,459	0,596						
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001						
	N	551	474	429	596	439	434	433	580	595						

Anmerkung: Für die Variablen Therapiezielerreichung und Beurteilung des Behandlungserfolges wird Kendall's tau\_b angegeben, sonst Spearman Korrelationen

Fortsetzung Anhang I

	Spearman's rho/ Kendall's tau_b	E: Erreichung des Therapiezieles 1	E: Erreichung des Therapiezieles 2	E: Erreichung des Therapiezieles 3	BSI: Aufnahmewert minus Entlassungswert	Differenz Kognitive Leistungsfähigkeit (Aufnahme - Entlassung)	Differenz Selbstwirksamkeit (Aufnahme - Entlassung)	Differenz Soziale Kompetenz (Aufnahme - Entlassung)	WHO-QOL-BREF: Global Differenz Entlassung - Aufnahme	WHO-QOL-BREF: Psychisch Differenz Entlassung - Aufnahme	WHO-QOL-BREF: Physisch Differenz Entlassung - Aufnahme	VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	HAQ: Erfolgsgzufriedenheit	E: Beurteilung des Behandlungserfolgs	Beurteilung des Behandlungserfolgs (Bezugstherapeut)	E: BESS Mittelwert Patient(in)
VEV Veränderung im Erleben und Verhalten	Correlation	-0,409	-0,319	-0,395	0,496	0,342	0,461	0,210	0,345	0,506	0,371					
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001					
	N	262	215	189	273	135	134	134	270	271	266					
HAQ: Erfolgsgzufriedenheit	Correlation	-0,442	-0,414	-0,424	0,471	0,319	0,400	0,273	0,280	0,427	0,345	0,627				
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
	N	569	488	443	604	449	444	444	583	597	585	277				
E: Beurteilung des Behandlungserfolgs	Correlation	0,482	0,446	0,436	-0,305	-0,185	-0,213	-0,199	-0,240	-0,279	-0,218	-0,406	-0,462			
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
	N	571	490	443	611	453	448	447	588	601	590	276	608			
Beurteilung des Behandlungserfolgs (Bezugstherapeut)	Correlation	0,337	0,391	0,329	-0,261	-0,172	-0,211	-0,186	-0,146	-0,253	-0,225	-0,341	-0,381	0,445		
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
	N	541	463	418	582	429	425	424	557	569	559	263	574	582		
E: BESS Mittelwert Patient(in)	Correlation	-0,442	-0,412	-0,401	0,534	0,312	0,404	0,307	0,353	0,497	0,441	0,683	0,683	-0,590	-0,491	
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
	N	574	493	446	615	457	452	451	593	606	595	278	612	618	585	
E: BESS Mittelwert Therapeut(in)	Correlation	-0,324	-0,311	-0,279	0,316	0,216	0,293	0,237	0,207	0,334	0,308	0,412	0,471	-0,426	-0,644	0,542
	Sig.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	558	480	432	599	443	439	438	574	587	577	271	592	599	606	603

**Anhang J Beispiele von Therapiezielen und dem Grad der Zielerreichung ein Jahr nach Reha-Ende**

Mein Problembereich 1 lautete: berufliche Beeinträchtigung

Mein Therapieziel 1 lautete: neues Berufsziel finden

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil stattdessen schmerzhafte Einsicht, daß nicht mehr berufsfähig

Mein Problembereich 2 lautete: Ehe bzw Partnerschaft

Mein Therapieziel 2 lautete: Verbesserung der Beziehung

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 3 lautete: nicht erinnert laut Abschlussbericht:

Mein Therapieziel 3 lautete: s.o. mehr Fröhlichkeit + Leichtigkeit

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 4 lautete: nicht erinnert; laut Abschlussbericht:

Mein Therapieziel 4 lautete: Isolation verringern

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht - noch immer Inne Isolation
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 1 lautete: TUT MIR LEID, KANN SIE NICHT HEIL

Mein Therapieziel 1 lautete: DEFINIEREN!

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 2 lautete: HABE ABER VIEL GELERNT, SODASS ES

Mein Therapieziel 2 lautete: MIR HEUTE BESSER GEHT UND ICH KEINE

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_
- GRENZEN GUT ZEIGEN  
KANN. VORALLEM HABE ICH  
MIR EINEN TEIL DER GE-  
LASSENHEIT ERHALTEN!

12. Was waren Ihre Problembereiche und Beschwerden vor der Rehabilitation, und wie schätzen Sie Ihre Therapiezielerreichung heute ein?

Mein Problembereich 1 lautete: Am einzelnen kann ich  
mich nicht mehr an meine

Mein Therapieziel 1 lautete: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_
- Therapieziele erinnern.  
Einnahme die ich empfohlen habe  
konnten nun teilweise erreicht  
werden.

Mein Problembereich 2 lautete: Dafür gab es Erfolge die

Mein Therapieziel 2 lautete: ich im Vorfeld nicht

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_
- empfohlen habe.

12. Was waren Ihre Problembereiche und Beschwerden vor der Rehabilitation, und wie schätzen Sie Ihre Therapiezielerreichung heute ein?

Mein Problembereich 1 lautete: KEINE HOHEN ANSPRÜCHE AN SICH UND ANDERE  
HERABSETZEN LERNEN UND KONTROLLE  
UND VERANTWORTUNG, ABGEBEN LERNEN.

Mein Therapieziel 1 lautete: VERANTWORTUNG, LEISTUNG, KONTROLLE

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 2 lautete: KEINE GRENZEN BESSER ERKENNEN UND  
DANACH HANDELN LERNEN OHNE SCHLECHTEM

Mein Therapieziel 2 lautete: GEWISSEN / BEDÜRFTNISSE + WÜNSCHE

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 3 lautete: MIT STIMMUNGSSCHWANKUNGEN BESSER

Mein Therapieziel 3 lautete: UINGEHEN LERNEN BZW NEGATIVE GEFÜHLE  
WUT, ANGST, VERZWEIFLUNG REFLEKTIEREN  
BEVOR DER GEFÜHLSAUSDRUCK IN HYSTERIE ENDET

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_
- DEPRESSIVES ERLEBEN

Mein Problembereich 4 lautete: ENTSPANNUNG + GELASSENHEIT

Mein Therapieziel 4 lautete: TECHNIKEN ERLERNEN, DIE MIR HELFEN MICH  
ZU ENTSPANNEN, PROBLEME UND HERAUSFORDERUN-  
GEN GELASSENER ANZUGEHEN

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 5 lautete: VERGANGENHEIT, GEGENWART UND ZUKUNFT

Mein Therapieziel 5 lautete: MIT TEILEN MEINER VERGANGENHEIT BESSER  
ZURECHT KOMMEN LERNEN

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

12. Was waren Ihre **Problembereiche und Beschwerden** vor der Rehabilitation, und **wie schätzen Sie Ihre Therapiezielerreichung heute ein?** *↓ Habe keine Kopie davon*

Mein **Problembereich 1** lautete: soziale Bereich

Mein **Therapieziel 1** lautete: entspannungsvorgang mit Menschen, sicherer werden

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein **Problembereich 2** lautete: berufliche Bereich

Mein **Therapieziel 2** lautete: Erhaltung der Tätigkeit u. sicherer werden

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein **Problembereich 3** lautete: gesundheitlicher Bereich

Mein **Therapieziel 3** lautete: Reduzierung von Leptone und Gymbasta, inneres Gleichgewicht

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein **Problembereich 4** lautete: familiärer Bereich

Mein **Therapieziel 4** lautete: Beziehung z. Ehepartner verbessern

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein **Problembereich 5** lautete: hoher Blutdruck u. F.H.

Mein **Therapieziel 5** lautete: Reduzieren

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 1 lautet: Karpaltunnelsyndrom

Mein Therapieziel 1 lautet: Wegbekommen, sonst OP

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil
- mit Handschiene u. ohne schwere Arbeit ist es leitfähiger u. nicht ständig akut!

Mein Problembereich 2 lautet: Schlehtprobleme

Mein Therapieziel 2 lautet: Durchschlafen, Grübeln Wegbek.

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil
- teilw. mit Medikamenten

Mein Problembereich 3 lautet: Traumatische Erlebnisse verarbeiten

Mein Therapieziel 3 lautet: Wegbekommen

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil
- es funktioniert nicht ganz!

Mein Problembereich 4 lautet: Ängste, Schweißausbrüche

Mein Therapieziel 4 lautet: lösen, vermeiden

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil

Mein Problembereich 5 lautet: Trennung von Expartnerin

Mein Therapieziel 5 lautet: verarbeiten

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil

Mein Problembereich 1 lautete: Schmerzen

Mein Therapieziel 1 lautete: Die Kernausschlachten

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 2 lautete: \_\_\_\_\_

Mein Therapieziel 2 lautete: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 3 lautete: \_\_\_\_\_

Mein Therapieziel 3 lautete: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 4 lautete: \_\_\_\_\_

Mein Therapieziel 4 lautete: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Mein Problembereich 5 lautete: \_\_\_\_\_

Mein Therapieziel 5 lautete: \_\_\_\_\_

- Ich habe:
- mehr erreicht als das Therapieziel
  - das Therapieziel erreicht
  - das Therapieziel teilweise erreicht
  - das Therapieziel nicht erreicht
  - das Therapieziel entfällt, weil \_\_\_\_\_

Wie soll ich mich  
daran erinnern  
was ich vor 1 Jahr  
als Therapieziel 2,3,4,5  
angegeben habe? Es  
wäre nett, das wenn  
sie von mir eine  
Antwort wollen, und  
diese ernst nehmen  
sich die Zeit nehmen  
+ meine damaligen  
Therapieziele  
einlegen →  
damit ich eine für sie  
zufriedenstellende  
Antwort geben kann  
Danke

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten bzw. durch andere genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Klagenfurt,