

Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultäten

der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Matthias Berking

aus Pittsburgh

Göttingen 2003

D 7

Referent: Prof. Dr. B. Kröner-Herwig

Koreferent: Prof. Dr. M. Hasselhorn

Tag der mündlichen Prüfung: 20.01.2004

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mir die Durchführung dieser Studie ermöglicht haben. An erster Stelle stehen dabei meine Frau und meine Kinder, die mir tagtäglich aufs neue Kraft, Energie, Motivation und Sinn geben. Bei Claus Jacobi bedanke ich mich für das in mich gesetzte Vertrauen und die jahrelange Unterstützung und gegenseitig befruchtende Zusammenarbeit und bei allen TherapeutInnen der Paracelsus Roswitha Klinik für das Erheben der Daten, die in dieser Arbeit verwandt wurden. Weiterer Dank geht an die an der Studie beteiligten Diplomandinnen und Diplomanden, ohne die das Erheben und Auswerten eines so umfangreichen Datensatzes nicht möglich gewesen wäre, sowie an Micha Strack für ihre wertvollen methodischen Anregungen. Bei Frau Prof. Dr. Kröner-Herwig bedanke ich mich für die Betreuung dieser Arbeit und die dabei gewährten Unterstützungen und Freiheiten.

Inhaltsverzeichnis

1.	ZUSAMMENFASSUNG	1
2.	THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND ...	3
2.1	Konstruktdefinition: Was sind Therapieziele?	3
2.2	Funktionen von Therapiezielen	5
2.3	Zur Relevanz der Passung von Therapiezielen und therapeutischem Angebot	6
2.4	Das therapeutische Angebot in der psychosomatischen Rehabilitation	9
2.4.1	Differenzielle zielbezogene Effektivität der primären Settingmerkmale und der therapeutischen Grundrichtungen	13
2.4.2	Implizite und explizite Therapieziele der in der psychosomatischen Rehabilitation dominierenden therapeutischen Grundrichtungen	17
2.4.2.1	Therapieziele in der Verhaltenstherapie	18
2.4.2.2	Therapieziele in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie	19
2.5	Die Therapieziele von Patienten	22
2.5.1	Bisherige Befunde	22
2.5.2	Bewertung der aktuellen Befundlage und Ableitung der versorgungsbezogenen Fragestellungen	37
2.5.2.1	Was wollen Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation erreichen?	38
2.5.2.2	Wie hängen psychische Störungen und Therapieziele zusammen?	39
2.5.2.3	Wie hängen über die Diagnose hinausgehende sozialmedizinisch relevante Eigenschaften mit den Therapiezielen zusammen?	41
2.5.2.4	Was wollen Patienten in einer ambulante Nachbehandlung erreichen? ..	43
2.6	Die Erarbeitung hilfreicher Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation	44
2.6.1	Forderung an die Beschaffenheit von hilfreichen Therapiezielen	44
2.6.2	Der Prozess der Erarbeitung von Therapiezielen	46
2.6.2.1	Das Modell von Kanfer, Reinecker & Schmelzer	48
2.6.2.2	Optimierungsmöglichkeiten bei der Zielerarbeitung und Ableitung der zielerarbeitungsbezogenen Fragestellungen	50
2.6.2.2.1	Welche Therapieziele fördern den Therapieerfolg?	51
2.6.2.2.2	Welche Therapieziele sind in welchem Ausmaß erreichbar?	55

3	METHODE	58
3.1	Untersuchungsdesign	58
3.2	Operationalisierung der abhängigen und unabhängigen Variablen	59
3.2.1	Therapiezielinhalte und Zielerreichung	59
3.2.2	Diagnosen und Störungsgruppen	62
3.2.3	Soziodemographische und weitere störungsbezogene Maße	64
3.2.4	Der Therapieerfolg	66
3.3	Ableitung der psychologischen Vorhersagen und Planung der statistischen Verfahren	68
3.4	Beschreibung der Stichprobe	80
3.5	Darstellung der Behandlung	85
3.6	Material und Überblick über den Ablauf der Untersuchung	86
4.	ERGEBNISSE	88
4.1	Die Therapieziele von Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation	88
4.2	Primäre Therapieziele in verschiedenen Störungsgruppen	95
4.3	Der Zusammenhang von weiteren sozialmedizinische relevanten Patienteneigenschaften und den primären Therapiezielen	102
4.4	Die Therapieziele für eine ambulante Nachbehandlung	108
4.5	Unterschiede im Zusammenhang von Zielerreichung und Therapieerfolg	113
4.6	Unterschiede in der Erreichbarkeit von Therapiezielen	118
4.7	Zusammenhang von Häufigkeit, Assoziation von Zielerreichung und Therapieerfolg und Zielerreichung	125
4.8	Zusammenfassender Überblick über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen	125

5	DISKUSSION	127
5.1	Abschätzung der internen Validität der Untersuchung	127
5.2	Generalisierbarkeit der Ergebnisse	133
5.3	Beantwortung der psychologischen Fragestellungen	136
5.3.1	Was wollen die Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation erreichen?	136
5.3.2	Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den psychischen Störungen von Patienten und ihren Therapiezielen?	139
5.3.3	Wie hängen weitere sozialmedizinisch relevante Patienteneigenschaften mit den Therapiezielen zusammen?	140
5.3.4	Unterschieden sich die Therapieziele für eine potenzielle ambulante Nachbehandlung von denen für die stationäre Behandlung?	142
5.3.5	Unterscheiden sich Therapiezielen darin, inwieweit ihr Erreichtwerden mit dem Therapieerfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zusammenhängt?	143
5.3.6	Welche Therapieziele werden in der stationären psychosomatischen Rehabilitation besonders gut bzw. besonders schlecht erreicht?	145
5.4	Implikationen für die Versorgungsplanung in der psychosomatischen Rehabilitation	147
5.5	Implikationen für die Therapieplanung und die therapeutische Praxis	152
5.6	Forschungsausblick	157
6	LITERATUR	160
7	ANHANG	177

1. Zusammenfassung

Grundlegendes Ziel der Arbeit ist es, empirisch validiertes Wissen zu schaffen, auf dessen Grundlage psychotherapeutische Behandlungsangebote und die Therapieziele von Patienten¹ in der psychosomatischen Rehabilitation besser aufeinander abgestimmt werden können.

Um einerseits die Voraussetzung für eine zielbezogene Optimierung des therapeutischen Angebotes und eine zielbezogene Indikationsstellung zu schaffen, werden in einem ersten Schritt die versorgungsbezogenen Fragestellungen untersucht: 1. Was wollen Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme für sich erreichen? 2. Welche Patienten verfolgen welche Therapieziele? und 3. Wie unterscheiden sich die Therapieziele der Patienten für die stationäre psychosomatische Rehabilitation von denen für eine eventuelle ambulante Nachbehandlung?

Um andererseits Patienten und Therapeuten zu helfen, für die anstehende Behandlung eine möglichst bedeutsame und realistische Zielstellung zu finden, werden in einem zweiten Schritt die zielerarbeitungsbezogenen Fragestellungen untersucht: 1. Bei welchen Therapiezielen ist die Zielerreichung besonders stark mit dem Gesamterfolg der Behandlung assoziiert? und 2. Welche Therapieziele werden am ehesten erreicht? Um eine auch für den individuellen Patienten möglichst valide Prognose von Erreichbarkeit und Relevanz des Therapieziels für den Therapieerfolg zu ermöglichen, wird auch untersucht, welche Patienteneigenschaften die Zusammenhänge von Therapiezielen, Zielerreichung und Therapieerfolg moderieren.

Die empirische Grundlage der Untersuchung besteht in den frei formulierten Therapiezielen von 3047 Patienten, die eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsfachklinik absolvierten. Die Therapieziele werden mit der Taxonomie des Berner Inventars für Therapieziele (BIT-T; Grosse Holtforth & Grawe 2002) kategorisiert und mit für relevant erachteten Therapieeingangs- und Erfolgsmaßen in Beziehung gesetzt.

In Bezug auf die versorgungsbezogenen Fragestellungen zeigt sich v.a., dass die Patienten primär problem- und symptombezogene Zielstellungen und in deutlich

¹ Da es bisher keine befriedigende Lösung für einen geschlechtsneutralen Sprachgebrauch gibt, wird in dieser Arbeit aus praktischen Erwägungen zum größten Teil die männliche Sprachform gebraucht. Die betreffenden Frauen sind darin jeweils eingeschlossen.

geringerem Ausmaß interpersonale Ziele, Wohlbefindens- oder Orientierungsziele, oder Ziele des persönlichen Wachstums verfolgen. Dieser Befund zeigte sich auch bei Zielen, die sich auf eine potenzielle ambulante Nachbehandlung beziehen. Damit ist für die Versorgung in der psychosomatischen Rehabilitation zu fordern, dass problem-, symptom- und damit auch störungsspezifische Behandlungsansätze weiter ausgebaut werden. Andererseits bezieht sich jedoch auch ein substanzieller Anteil der Ziele nicht auf diesen Bereich, so dass gleichzeitig zu fordern ist, dass auch in den nicht problem- und symptombezogenen Bereichen verstärkt zielorientierte Behandlungsprogramme konzipiert, evaluiert und etabliert werden müssen. Die Identifikation von Zusammenhängen zwischen den Störungen der Patienten und weiteren sozialmedizinisch relevanten Patientenmerkmalen und den Therapiezielen liefert die Basis für eine zielorientierte Versorgungsplanung von speziellen Patientengruppen.

Die Ergebnisse des zweiten Teils der Untersuchung bieten dagegen eine Hilfestellung auf der Ebene des konkreten Therapiesgeschehens: In Bezug auf die für die Zielerarbeitung relevanten Fragestellungen zeigt sich, dass sich Therapieziele in Bezug darauf, wie stark die Zielerreichung mit dem Therapieerfolg im Ganzen zusammenhängt, und in Bezug auf das Ausmaß, in dem sie im Durchschnitt erreicht werden, unterscheiden. Für die Zielerreichung lassen sich auch Patienteneigenschaften identifizieren, die den Zusammenhang von Zielerreichung und Therapiezielen moderieren. Im Prozess des Erarbeitens von Therapiezielen zu Beginn einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme können die Daten damit als empirischer Bezugspunkt für die Prognose der Relevanz und Erreichbarkeit potenzieller Therapieziele dienen und so ebenfalls dazu beitragen, dass zukünftig die motivationale Ausgangssituation von Patienten und das Behandlungsangebot in der psychosomatischen Rehabilitation besser auf einander abgestimmt werden.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Konstruktdefinition: Was sind „Therapieziele“?

In der einschlägigen Literatur finden sich mehr oder weniger übereinstimmende Therapiezieldefinitionen. Als einer der ersten definierte Göllner (1975, zit. nach Göllner 1983, S. 94) Therapieziele als „Veränderungen (des Gesundheitszustandes) des Patienten in eine gewünschte Richtung“. Reiter (1976, S. 208) spricht dagegen präziser von einem „vorweggenommenen Sachverhalt, dessen Realisierung angestrebt werden soll“ und der neben einem deskriptiven auch immer einen normativen Anteil enthält. Bei Gehrig (1977, S. 43) werden Therapieziele mit den Behandlungszielen des Therapeuten gleichgesetzt, wenn er festlegt „ein Psychotherapieziel beschreibt das, was der Psychotherapeut beim Patienten (wieder) herbei führen will“. Koban & Willutzki (2001, S. 232) verstehen unter Therapiezielen „einfache bis hochkomplexe Antizipationen zukünftiger Endzustände (...), die eine gewisse Wichtigkeit für die Person implizieren“. Mit „Person“ ist dabei der Patient gemeint, was daraufhin weist, dass hier von den Behandlungsanliegen des Patienten und nicht des Therapeuten ausgegangen wird. Grosse Holtforth (2001, S. 242) legt in seiner Definition dagegen die Betonung darauf, dass Therapieziele gemeinsam zwischen Patienten und Therapeuten vereinbart werden: „Therapieziele sind gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die ein Patient zu Beginn der Psychotherapie mit dem Therapeuten vereinbart und mit Hilfe der Therapie zu erreichen sucht.“

Damit unterscheiden sich die Definitionen hauptsächlich darin, wessen Intentionen die Grundlage des Therapiezielkonzeptes bilden: Die des Patienten, die des Therapeuten oder die gemeinsame Schnittmenge beider. Therapieziele als terminus technicus nur auf die gemeinsame Schnittmenge der Ziele des Patienten und des Therapeuten zu definieren, hat den Vorteil, dass damit betont wird, wie wichtig es ist, dass beide Parteien an der Zielfindung beteiligt sind. Damit wird Stellung bezogen sowohl gegen paternalistische Vorstellungen, wonach allein der Therapeut weiß, was für den Patienten gut ist, als auch gegen naiv-non-direktive Vorstellungen, die die Ziele und Lösungsideen des Patienten unkritisch übernehmen (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1996, S. 283). Problematisch ist jedoch, dass sowohl Patienten als auch Therapeuten möglicherweise in der Therapie Ziele verfolgen, auf die sich nicht mit der anderen Partei geeinigt wurde, auch wenn dies idealerweise

nicht der Fall sein sollte. Deswegen soll als Grundlage dieser Arbeit die folgende Definition dienen: **Therapieziele sind mentale Repräsentationen von zukünftigen Zuständen, die durch die Therapie erreicht werden sollen** (vgl. auch bei Perrez 1982, Göllner 1983, Reinecker & Wipplinger 1996, Pöhlmann 1999, Grosse Holtforth 2001). Je nach Ort der Repräsentation soll dabei zwischen den Therapiezielen des Patienten, des Therapeuten und den gemeinsam ausgehandelten Therapiezielen unterschieden werden, wenn diese Unterscheidung im speziellen Kontext von Bedeutung ist.

Therapieziele sollen mit dieser Festsetzung abgegrenzt werden von „Werten“, die beschreiben, was eine Person für gut und richtig hält, die aber nicht in demselben Ausmaß eine Handlungsaufforderung implizieren (McClelland 1985). Ferner von „Vorsätzen“, denen eine höhere Spezifität und eine höhere Handlungsaufforderung als Zielen zugeschrieben wird, die von Zielen bestimmt werden und Zielen Handlungsrelevanz verleihen (Brunstein 1995, Kanfer et al. 1996, S. 187ff). Unter „Therapieabsichten“ und „Behandlungsanliegen“ sollen dagegen mentale Repräsentationen von angestrebten zukünftigen Zuständen verstanden werden, bei denen eher noch wenig Wissen um die tatsächlichen Realisierungsmöglichkeiten besteht. Therapieziele, die sich Patienten auf dieser Wissensgrundlage setzen, sollen als „naive Therapieziele“ bezeichnet werden (vgl. Pöhlmann 1999, 2001). Das Konstrukt der „Behandlungserwartungen“ expliziert dagegen nicht was, sondern auf welchem Wege bzw. durch welche Maßnahmen etwas in der Therapie erreicht werden soll (Faller 2000).

In Bezug auf die Konstrukte „persönliche Ziele“ (im Überblick Pöhlmann 1999) und „motivationale Ziele“ (Grosse Holtforth 1999) lassen sich Therapieziele als eine spezifische Teilmenge derselben auffassen (Pöhlmann 1999, 2001). Therapieziele sind wie diese im Kern „Anliegen, (...) die eine Person realisieren will“ (Brunstein & Maier 1996, S. 146), bzw. „mentale (neuronale) Repräsentationen von erwünschten (...) Person-Umwelt-Bezügen“ (Grosse Holtforth ebd. S. 23). Wie persönliche und motivationale Ziele unterscheiden sich Therapieziele ferner auch im Grad ihrer Konkretheit und lassen sich als eingebunden in ein hierarchisch aufgebautes Zielsystem konzipieren, bei dem untergeordnete Ziele jeweils die Mittel für das Erreichen übergeordneter Ziele darstellen (zum Vergleich von instrumentellen und ultimativen Zielen sowie anderen Klassifikationsansätzen s. im Überblick Wipplinger & Reinecker 1984). Damit sind auch die im Rahmen der allgemeinen Zielforschung

entwickelten Konzepte der Äquipotenzialität, Äquifinalität und Multidetermination (Pervin 1983, 1991) prinzipiell auf Therapieziele übertragbar (Pöhlmann 1999, 2001). Das heißt, dass auch bei Therapiezielen 1. ein Unterziel mehreren Oberzielen dienen kann, 2. ein übergeordnetes Ziel durch mehrere Unterziele erreicht werden kann und 3. komplexes Verhalten stets durch mehrere potenziell im Konflikt stehende Ziele determiniert ist. Therapieziele zeichnen sich jedoch zum einen dadurch aus, dass es sich ausschließlich um Ziele handelt, die mit einem bestimmten Mittel, sprich der psychotherapeutischen Behandlung, erreicht werden sollen. Zum anderen werden an Therapieziele im Gegensatz zu persönlichen oder motivationalen Zielen bestimmte normative Erwartungen gestellt. Winell (1987, S. 266) merkt in diesem Kontext an: „Goals are simply desired consequences – they need not be realistic or make sense to anyone else, nor must they be internally consistent or compatible to each other.“ Therapieziele müssen sich dagegen an diesen und anderen Kriterien messen lassen.

2.2 Funktionen von Therapiezielen

Letztendliches Ziel des Erarbeitens individueller Therapieziele ist, wie bei jeder therapeutischen Maßnahme, darin zu sehen, den wie auch immer definierten Therapieerfolg möglichst effektiv und effizient zu fördern. Als zentraler und spezifischer Beitrag zur Förderung dieses Oberzieles wird Therapiezielen die Aufgabe zugeschrieben, dem intendierten Veränderungsprozess in der Therapie eine konkrete Richtung zu geben. Individuelle Therapieziele sollen klären, was genau in und durch die Therapiemaßnahme beim einzelnen Patienten erreicht werden soll (Heuft, Senf, Wagener, Pintelon & Lorenzen 1996). Therapieziele gelten damit als wichtiger Ausgangspunkt für Therapieplanung und Indikationsstellung, wo die Mittel gewählt werden, mit denen die intendierten Veränderungen ebenfalls möglichst effektiv und effizient zu erreichen sind. Schulte (1996) hat in diesem Zusammenhang den Begriff der „*indicatio finalis*“ geprägt und fordert diese neben der Indikation über die psychopathologische Symptomatik („*indicatio symptomatica*“) und der Indikation über die aufrechterhaltenden Bedingungen („*indicatio causalis*“) als zentrales Indikationskriterium zu berücksichtigen. Eine an den Therapiezielen orientierte Maßnahmenplanung bzw. Indikationsstellung fördert dabei die Prozesstransparenz, erleichtert die interdisziplinäre Kommunikation (Arendt & Ludwig 1980, Ludwig 1980, Dirmaier Koch, Kawski & Schulz 2002) und bietet die Möglichkeit, den Erfolg der Behandlungsmaßnahme am Ausmaß der Zielerreichung zu evaluieren (Kordy &

Scheibler 1984, Kordy & Hannover 1999). Dabei wird das Maß der Erreichung der Therapieziele von einer Reihe von Autoren als ein zentraler (wenn nicht der zentrale) Indikator für den Therapieerfolg gesehen (Wittmann 1981, Senf & Broda 1986, Schulte-Bahrenberg 1990, Gerdes, Jäckel, Zwingmann & Zwingmann 1997, Welk & Koch 1998, Kazdin 1999, Kordy & Hannover 1999). Als therapieschulübergreifendes Erfolgsmaß eignet sich die Zielerreichung auch als Maß für den Vergleich der Effektivität verschiedener therapeutischer Ansätze (Grawe, Caspar & Ambühl 1990b, Koch & Schulz 1997). Therapieziele können darüber hinaus als Bindeglied zwischen verschiedenen therapeutischen Maßnahmen dienen und so die Kontinuität des Therapieprozesses, beispielsweise beim Wechsel von der stationären in eine sich anschließende ambulante Therapie, fördern (Dirmaier et al. 2002). Fischer (1997) plädiert dafür, über Therapieziele von Patienten Fallgruppen zu bilden und als Analyseeinheit für die Versorgungsforschung und -planung zu nutzen (s. dazu auch Lotz, Rappat, Busche, Schulz & Koch 1996, Koch & Schulz 1997, Arnold, Litsch & Schwarz 2000). Speziell in Bezug auf den Patienten kann eine gemeinsame, transparente, zielorientierte Planung eine wichtige Hilfestellung sein bei a) der Orientierung des Patienten im Therapieprozess, b) der Förderung einer aktiven, intrinsisch motivierten Mitarbeit des Patienten in der Therapie, c) der Verbesserung der therapeutischen Beziehung, und d) der Stärkung der Verantwortungsübernahme durch den Patienten (vgl. Sack, Schmid-Ott, Lempa & Lamprecht 1999, mehr dazu s.u.). Darüber hinaus kann ein solches Vorgehen ein Modell für den Umgang mit anderen Problemsituationen bieten, anhand dessen der Patient Fertigkeiten für eine effektivere Selbstregulation erwerben kann (zu Defiziten von Psychotherapiepatienten in diesem Bereich und den sich daraus ergebenden therapeutischen Implikationen, siehe Pervin 1991).

2.3 Zur Relevanz der Passung von Therapiezielen und therapeutischem Angebot

Die Wichtigkeit einer aktiven Motivierung des Patienten für die Therapie sowie die der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg wird mittlerweile von den meisten präskriptiven Psychotherapiemodellen anerkannt (vgl. Schulte 1996, 1997; Kanfer et al. 1996; Michalak & Vielhaber 1996 bzw. Margraf & Brengelmann 1992, Veith 1997 oder Grawe 1998). In Bezug auf die Frage, wie eine intrinsische Veränderungsmotivation zu schaffen sei, betonen Kanfer und Kollegen (1996, S.

67ff) dass es keine per se unmotivierten Patienten gebe. Jeder Patient hat Ziele, für die er sich einzusetzen bereit ist, nur sind das nicht zwangsläufig auch die Ziele, die der Therapeut in der Therapie für sinnvoll hält. Die Kunst der Schaffung von Therapie- bzw. wichtiger noch Veränderungsmotivation bestehe darin, die Ziele des Patienten mit dem therapeutischen Angebot in Einklang zu bringen. Die für den Therapieprozess motivierende Wirkung von Therapiezielen kann sich damit nur entfalten, wenn der Patient im therapeutischen Angebot ein Mittel zur Erreichung seiner Ziele sieht. Die beziehungsstabilisierende Wirkung von Therapiezielen kann sich nach Grawe, Donati und Bernauer (1994, S. 783) nur dann entfalten, wenn der Patient die Behandler als „Verbündete seiner positiven Ziele betrachten kann“, wenn die Behandler das Anliegen des Patienten teilen und mit ihm „an einem Strang ziehen“. In diesem Sinne bestätigen mittlerweile eine Reihe von Studien, dass das Ausmaß der Übereinstimmung der Zielstellungen von Patienten und Behandler in hohem Maße mit Therapieerfolgsmaßen assoziiert ist. So ergeben sich bei Zielübereinstimmung geringere subjektive Belastung und höhere Lebenszufriedenheit nach der ersten Therapiestunde (MacKay, Cox, Burrows & Lazzerini 1978, Eisenthal, Koopman & Lazare 1983, Tryon 1985), höhere Zufriedenheit mit der Behandlung (Willer & Miller 1976), eine höhere Zielerreichung (ebd., Schulte-Bahrenberg 1990) und ein besseres Therapieergebnis jeweils gegen Ende der Behandlung (Dormaar, Dukman & De Vries 1989, Safran & Wallner 1991). Mussell und Mitarbeiter (2000) fanden ebenfalls einen deutlichen positiven Zusammenhang zwischen der Zielübereinstimmung und dem Therapieerfolg in einer Stichprobe von Bulimie-PatientInnen sowie Strauß und Burgmeier-Lohse (1995) in stationärer psychodynamisch-orientierter Gruppentherapie diverser Störungen. Tryon und Winograd (2001) finden positive Effekte von Zielübereinstimmung auf Therapieprozess und -erfolg in 68% der Studien, die diese Fragestellung untersucht haben.

Versucht man im Sinne der eben geschilderten Befunde die Passung von gemeinsam ausgehandelten Therapiezielen und therapeutischen Maßnahmen zu optimieren, so kann sich eine differenzielle Indikation darum bemühen, für ein bestimmtes Ziel jeweils das Verfahren auszuwählen, dessen explizierte Zielkomponenten sich im Vergleich mit anderen Maßnahmen am ehesten mit den jeweiligen Patientenzielen decken. Je stärker dieses Kriterium der expliziten und/oder impliziten Zielkongruenz erfüllt ist, umso eher sollten sich die oben dargestellten

positiven Effekte auf Therapieverlauf und -erfolg ergeben. Damit stellt sich für den in dieser Arbeit zu untersuchenden Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation die Frage, welche zur Verfügung stehenden Behandlungsformen welche Therapieziele explizit verfolgen. Als zweites Kriterium kann sich die Indikation auch danach richten, welche Behandlungsformen sich empirisch am ehesten zur Erreichung des jeweiligen Zieles bewährt haben, unabhängig davon, ob diese Ziele ursprünglich zu den intendierten Anwendungsgebieten der Maßnahme gehörten. Für die Optimierung der Versorgung im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation stellt sich damit in Bezug auf das Kriterium der besseren zielbezogenen Effektivität die Frage, mit welchen zur Verfügung stehenden Behandlungsformen welche Ziele besser erreicht werden können.

Dabei können die Behandlungsformen zum einen in Bezug auf diverse Aspekte (stationär vs. ambulant; Gruppen vs. Einzeltherapie; Verhaltenstherapie vs. tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, etc.) und zum anderen mehr oder weniger konkret („Verhaltenstherapie“ vs. „in vivo Konfrontation auf der Grundlage eines Hypothesenprüfungsrationals bei Realisierung einer ressourcenaktivierenden komplementären Beziehungsgestaltung,...“) erfasst und untersucht werden. Den potenziellen Analyseeinheiten „Setting“ und „therapeutische Schule“ bzw. „therapeutische Grundausrichtung“ kommt dabei auf der Ebene der Versorgungsstruktur eine herausragende Bedeutung zu (Koch & Potreck-Rose 1994). Darüber hinaus bestimmen sie auch die konkreten therapeutischen Möglichkeiten und Vorgehensweisen und damit in großem Maße das konkrete Therapieschehen (Lovinger 1992, Ambühl et al. 1995, Caspar 1999, Nosper 2001, Huber, Brandl, Henrich & Klug 2003). Aus diesem Grund soll im folgenden das Versorgungsangebot der psychosomatischen Rehabilitation in Bezug auf die beiden Dimensionen „Setting“ und „therapeutische Grundausrichtung“ dargestellt werden. Da bei der Indikation auch die Spezifika der Gruppe, an die sich das Behandlungsangebot richtet, berücksichtigt werden müssen (Fisher, Beutler & Williams 1999, Beutler & Harwood 2000, Lutz 2003a, Lutz, Grawe & Tholen 2003), soll darüber hinaus auch versucht werden, Spezifika des Klientels der psychosomatischen Rehabilitation und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Zielfindung herauszuarbeiten.

2.4 Das therapeutische Angebot in der psychosomatischen Rehabilitation

Laut Sozialgesetzbuch (SGB) V §§ 107, 108 und 111 soll die psychosomatische Rehabilitation dazu dienen: „eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, oder im Anschluss an Krankenhausbehandlungen den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern, oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern, oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.“ Damit kommt der psychosomatischen Rehabilitation neben der „Heilung von Krankheiten“ die spezifische Aufgabe zu, die negativen Folgen nicht-heilbarer Erkrankungen, wie Ausmaß der „impairment“-bedingten „disability“ bzw. des „impairment“-bedingten „handicaps“ (vgl. ICF-Modell der WHO 2003) zu reduzieren. Durch diesen spezifischen Teil der übergeordneten Zielstellung ist es bedingt, dass in Deutschland die Rententräger den Auf- und Ausbau der psychosomatischen Rehabilitation betreiben haben und zur Zeit auch die Kosten der psychosomatischen Rehabilitation tragen. Die Rententräger haben dabei ein ökonomisches Interesse daran, durch die Behandlung von Krankheiten und deren Folgen vorzeitige Berentungen zu vermeiden. Damit sind die Rentenkassen auch in der Lage, das Versorgungssystem der psychosomatischen Rehabilitation gemäß ihren eigenen Bedürfnissen über die Steuerung der Belegung und ihren Einfluss auf die Gesetzgebung zu gestalten. Dies betrifft zum einen das Behandlungsangebot und zum anderen die Kriterien, die Patienten erfüllen müssen, um eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligt zu bekommen. Als Kriterien muss nach SGB IV § 10 und § 11 eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegen, die nicht mit ambulanten Maßnahmen beseitigt werden kann. Zusätzlich müssen die potenziellen Patienten insgesamt mindestens 15 Jahre oder in den letzten zwei Jahren insgesamt sechs Monate Pflichtbeiträge bezahlt haben (besondere Konditionen gelten für die zwei Jahre nach Ausbildungsende). Ist die Erwerbsfähigkeit so stark gefährdet, dass eine umgehende Berentung droht, so reichen insgesamt fünf Beitragsjahre. Aus diesen Kriterien und anderen Systemeigenschaften wie sie z.B. bei Barth, Koch, Hoffmann-Markwald, Wittmann & Potreck-Rose (1989), Koch & Barth (1990), Koch & Potreck-Rose (1994) und Neun (1994) beschrieben werden, ergeben sich die folgenden für Zielfindungsprozesse relevanten Spezifika des Klientels der psychosomatischen Rehabilitation:

- I.d.R. sind die Patienten durch die psychosozialen Störungen so stark beeinträchtigt, dass ihre Erwerbsfähigkeit massiv gefährdet ist (s.o.). Mit dieser (im Vergleich zum ambulanten Setting) hohen Beeinträchtigung geht einher, dass es einen substantziellen Anteil an stark und multipel gestörten Patienten gibt, die die einzelnen Problem- und damit auch Zielbereiche nicht mehr überschauen können und dann Globalziele (z.B.: „Wieder so wie früher werden“ oder „Wieder gesund werden“) als `Chunks` (vgl. Anderson 1985) nutzen. Ferner werden diese stärker gestörten Patienten oft aufgrund einer akuten Überforderung stationär (teilweise im Rahmen eines Eilverfahrens) behandelt und zeichnen sich häufig durch psychische Desorganisation und/oder eine ausgeprägte Vermeidungsmotivation aus. Überdurchschnittlich viele dieser stärker beeinträchtigten Patienten sind außerdem durch lange Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsphasen entmutigt und resigniert. Dadurch wird v.a. zu Beginn der Reha-Maßnahme das Erarbeiten konkreter positiv formulierter Annäherungsziele zu einer Herausforderung.
- Andererseits sind Reha-Patienten zumindest für einen gewissen Zeitraum in der Lage gewesen, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Hinter dieser substantziellen Zeitspanne in einem Arbeitsverhältnis verbergen sich oft nach wie vor vorhandene Ressourcen, die diese Leistung ermöglicht haben und für konkretes zielgerichtetes Denken bzw. eine funktionale Zielformulierung nutzbar gemacht werden können.
- Einige Patienten werden unfreiwillig, i.d.R. über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, gemäß § 51 SGB V („Reha vor Rente“), in die Reha-Maßnahme geschickt und haben dann kaum intrinsische Therapieanliegen bzw. stark durch Reaktanz und/oder Angst vor Stigmatisierung geprägte Zielstellungen.
- Patienten mit körperlichen Problemen werden oft in eine psychosomatische Reha-Maßnahme vermittelt, wenn die somatischen Diagnose- und Behandlungsansätze erschöpft sind und jetzt die Bewältigung/Linderung der Erkrankung als Therapieziel im Vordergrund stehen soll. Die Patienten suchen aber immer noch nach einer somatischen Ursache und intendieren die Beseitigung der Beschwerden über medizinische Maßnahmen.

- Ein Teil der Patienten ist primär „Kur-motiviert“, d.h. er hat kein psychotherapeutisches Anliegen im engeren Sinn, muss aber solche präsentieren, um eine `Urlaubs-Erholungs-Intention` realisieren zu können.
- Da Patienten oft ohne konkrete Vorinformation oder mit den Worten: „Gehen Sie mal auf Kur, Sie brauchen mal eine Auszeit, etc.“ in die Reha-Maßnahme geschickt werden, haben sie keine konkreten oder falsche (z.B. passive „Kur“-) Vorstellungen über das inhaltliche Reha-Angebot, so dass sie schwer einschätzen können, welche spezifischen Ziele in diesem Setting sinnvollerweise angestrebt werden können und dann auf Global-Ziele (wie z.B.: „Dass es mir besser geht“) ausweichen (vgl. Nübling 1992).
- Da die Reha-Klinik neben der therapeutischen auch eine gutachterliche Funktion innehat, können bei den Patienten mit dem Therapieziel konkurrierende Gratifikationsinteressen (z.B. Erlangung einer Erwerbsminderungsrente) bestehen. In diesem Fall existieren oft intrapersonelle Konflikte zwischen den motivationalen Tendenzen, die Störung zu behalten und den explizit erarbeiteten Therapiezielen. Auf interpersoneller bzw. institutioneller Ebene können dann Inkongruenzen zwischen dem Therapieanliegen der Patienten und der externen Zielvorgabe durch den Kostenträger vorliegen.

In Bezug auf das Behandlungsangebot lässt sich zunächst als Spezifikum der psychosomatischen Rehabilitation die absolute Vorrangstellung stationärer Angebote konstatieren. Im Jahr 2001 wurden insgesamt von den Rentenversicherungsträgern im Bereich „Psychosomatik“ ohne Suchterkrankungen 96556 Behandlungen bewilligt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag dabei bei 38.4 Tage. Nach wie vor wird v.a. von der BfA angestrebt, die Patienten in deutlicher räumlicher Distanz zum Wohnort zu behandeln. Für die stationären Angebote wurde dabei von allen Versicherungsträgern zusammen über 790 Millionen DM ausgegeben, für ambulante Rehabilitationsangebote dagegen nur ca. 3 Millionen DM (VDR 2003). Die Zahl der bewilligten ambulanten Nachsorgeangebote über alle medizinischen Krankheitsgruppen addiert, beträgt beim Hauptkostenträger BfA bislang lediglich 3091 Fälle, wenn auch die Tendenz in den letzten Jahren stetig stieg (Schillinger & Egner 2002). Daten für die Häufigkeit der Bewilligung einer explizit psychosomatischen Nachsorge sind bislang nicht veröffentlicht. Es bleibt

abzuwarten, inwieweit mit dem Aufbau der psychosomatischen Nachsorge ein Abbau stationärer Behandlungskapazitäten einhergehen wird.

Das stationäre Setting ermöglicht die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychologen, Ärzten, Sozialarbeitern, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegepersonal. Eine interdisziplinäre Behandlung wird auch von den Kostenträgern gefordert und findet sich in den einschlägigen Richtlinien zur psychosomatischen Rehabilitation als zentrales Element der Behandlung (Neun 1996, S. 531, Paar et al. in Vorb.). Zum anderen führt es viele Patienten auf engem Raum zusammen, was gruppentherapeutische Behandlungen erleichtert. Nicht zuletzt ökonomische Faktoren mögen dazu beigetragen haben, dass Gruppentherapie im Vergleich zu Einzeltherapie in der psychosomatischen Rehabilitation ein weitaus höherer Stellenwert zukommt. So werden Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation nach einer Analyse von Harfst, Lang, Koch & Schulz (2003) nur in wenigen Fällen keine Psychotherapiegruppen angeboten (Harfst 2003), während der Anteil an psychotherapeutischen Gruppenbehandlungen laut Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (1999) in der ambulanten Versorgung nur 1% aller abgerechneter Therapien ausmacht. Damit können neben dem stationären Setting die interdisziplinäre Behandlung und die Dominanz gruppentherapeutischer Angebote als weitere Charakteristika der psychosomatischen Rehabilitation gesehen werden.

Als therapieleitende Grundorientierungen finden im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation fast ausschließlich kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychoanalytische bzw. psychodynamische bzw. tiefenpsychologisch fundierte (im folgenden unter „tiefenpsychologische Verfahren“ subsumiert) Konzepte Verwendung: 1994 waren 74.1% der an der psychosomatischen Rehabilitation beteiligten Kliniken ausschließlich tiefenpsychologisch, 11.4% ausschließlich verhaltenstherapeutisch und 8.4% sowohl verhaltenstherapeutisch als auch tiefenpsychologisch orientiert. Nur 5.6% der Kliniken mit lediglich 4.75% der Behandlungsplätze verfolgten ein anderes Konzept (Koch & Potreck-Rose 1994). 2001 ermittelten Schulz, Lang, Koch, Klosterhuis und Somhammer (in Vorbereitung) anhand von Prozessdokumentationsanalysen der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen bei 2317 BfA-Patienten aus 86 psychosomatischen Rehabilitationskliniken, dass mit über 50% die meisten Kliniken eindeutig bzw. überwiegend tiefenpsychologisch arbeiten. Eindeutig bzw. überwiegend

verhaltenstherapeutisch arbeiten etwa 39% der Kliniken und ca. 11% haben ein gemischtes Behandlungskonzept mit sowohl verhaltenstherapeutischen als auch tiefenpsychologischen Elementen. Unter den 86 untersuchten Kliniken fand sich keine einzige, die mit einem anderen Konzept gearbeitet hätte. Somit kann nach wie vor auch die Dominanz tiefenpsychologischer Konzepte und die verschwindend geringe Rolle, die nicht tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Konzepten zukommt, als kennzeichnende Eigenschaft der psychosomatischen Rehabilitation gesehen werden.

2.4.1 Differenzielle zielbezogene Effektivität der primären Settingmerkmale und der therapeutischen Grundrichtungen.

Um abzuschätzen, welche Therapieziele in einem stationären, interdisziplinären, gruppentherapeutisch dominierten und entweder tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Angebot besonders gut erreicht werden können, sollen im folgenden die empirischen Belege, die für eine spezifische Indikation dieser Behandlungsmerkmale bei bestimmten Zielstellungen sprechen, dargestellt werden. Die aktuelle Befundlage soll dabei auch als Grundlage für die Einschätzung dienen, inwieweit der aktuelle Forschungsstand Aussagen über die setting- und therapieformabhängige differenzielle Zielerreichung überhaupt zulässt.

In Bezug auf die Frage, welche Therapieziele in einem **stationären Setting** besonders gut erreicht werden können, lassen sich bislang keine empirisch abgesicherten Aussagen machen. Nicht einmal in Bezug auf Problembereiche oder Störungen existieren Studien, die die Effektivität der beiden Settings (stationär vs. ambulant) auf der Grundlage einer randomisierten Zuweisung von Patienten systematisch und störungsübergreifend untersucht hätten. (Jansen et al. 1999, Barghaan, Harfst, Koch & Schulz 2003, S. 18, Huber et al. 2003). In Tabelle 1 findet sich ein (nicht empirisch basierter) therapiezielbezogener Vergleich von stationärem und ambulatem Setting von Wendisch (1999), aus dem differenzielle Indikationen abgeleitet werden können (vgl. auch Kleiber 1980).

Tabelle 1: Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Therapie in Bezug auf zielrelevante Faktoren (Wendisch 1999).

Aspekt	Ambulant	Stationär
Prozess	Die Ziele werden in einem Prozess zwischen zwei Personen erarbeitet	Es sind mehrere Therapeuten und auch der Kostenträger an der Definition der Ziele beteiligt
	Patient ist in der Regel zu einer Psychotherapie motiviert	Patient weiß oft nicht, was ihn genau erwartet und hat insofern auch keine spezifischen Ziele
Zeit	Es steht ein größerer Zeitrahmen zur Verfügung	Ziele sind durch einen engeren Zeitrahmen mitbestimmt
Stabilität	Ziele können sich im Verlauf eher ändern	Die einmal erarbeiteten Zieldefinitionen sind oft der Rahmen für die gesamte Behandlung
Information	Patient wird vom Therapeuten über die Art der Therapie und mögliche Ziele informiert	Patient erhält meist von anderen Personen (z. B. Vorbehandlern) Informationen über die Therapie und mögliche Ziele
Art der Ziele	Ziele sind psychotherapeutisch im engeren Sinne definiert	Ziele sind auch soziotherapeutischer und medizinischer Natur (psychotherapeutisch im weiteren Sinn)
	Ziele sind nur teilweise durch die Störung geprägt	Ziele sind im größeren Ausmaß auf die Störung bezogen
Einfluss	Ziele werden vom Patienten gewählt	Ziele werden vom Therapeuten nahegelegt
Evaluation	Im täglichen Lebensprozess müssen sich Ziele bewähren bzw. erfahren ihre Evaluation	Die Erreichung von Zielen bewährt sich in wichtigen Aspekten oft erst nach der Therapie

Das Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003) zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nennt auf der Grundlage von Plausibilitäts- und Erfahrungseinschätzungen als Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung v.a. „eine ausgeprägte psychische und somatische Komorbidität, stark verminderte psychophysische Belastbarkeit und eine stark ausgeprägte Symptomatik“. Empirisch ermittelten Huber et al. (2003), dass die differenzielle Zuweisung sich an der „Schwere und der Art der Störung einschließlich des Funktions- und Strukturniveaus der Persönlichkeit“ orientiert. Für eine zielbezogene Indikation heißt dies, dass ein stationäres Setting v.a. dann indiziert ist, wenn es sich um einen Komplex vieler, für den jeweiligen Patienten jeweils schwer zu erreichender Ziele aus verschiedenen Zielbereichen handelt.

Die **Interdisziplinarität** der Behandlung wird auf der Grundlage des mittlerweile im allgemeinen akzeptierten bio-psycho-sozialen Störungsmodells besonders auch im Bereich psychischer Störungen gefordert (Neun 1996, S. 531) . Dafür, dass ärztlich-medizinische Maßnahmen bei der Veränderung somatischer Störungskomponenten

effektiv sind, spricht mittlerweile eine kaum noch zu überschauende Menge an empirischen Belegen (zum Überblick s. z.B. www.pubmed.com). Somit ist eine somatische Mitbehandlung umso stärker indiziert, je mehr sich die Zielstellungen auf somatische Probleme richten.

Die Frage nach der zielbezogenen Indikation von **Gruppentherapie** wurde lange Zeit ebenfalls lediglich auf der Grundlage von Plausibilitätserwägungen in dem Sinne beantwortet, dass in Gruppentherapien interaktionale bzw. interpersonale Probleme besonders gut behandelt werden können, da sie ein entsprechendes Lern- und Übungsfeld bereithalten (Grawe 1980, Grawe et al. 1990, Fiedler 1999). Mittlerweile belegen jedoch empirische Analysen, dass darüber hinaus auch störungsspezifische Behandlungen in nicht primär interpersonalen Bereichen, wie z.B. Panik-, Zwangs-, Ess- oder Schmerzstörungen mindestens so erfolgreich sein können wie die jeweiligen störungsspezifischen Einzeltherapien (vgl. z.B. Frettlöh & Kröner-Herwig 1999, im Überblick: Burlingame, MacKenzie & Strauss 2004). Kontraindikationen ergeben sich bei schwer beeinträchtigten Patienten, für die die Gruppensituation selbst einen (noch) nicht bewältigbaren Stressor darstellt (Yalom 1974, Burlingame et al. 2004). Damit scheinen gruppentherapeutische Angebote prinzipiell bei allen möglichen Zielstellungen erst einmal in Frage zu kommen bzw. besonders dann indiziert zu sein, wenn Ziele vorliegen, die sich auf soziale Ängste und Kompetenzdefizite beziehen, oder Ziele, bei denen problemrelevante Schemata in der Gruppensituation besonders gut aktiviert und anschließend verändert werden können (vgl. Grawe et al. 1994, S. 703ff oder Burlingame et al. 2004). Die (eventuellen) Kontraindikationen scheinen sich dabei weniger über spezifische Zielstellungen als über die aktuelle (interpersonale) Belastbarkeit der Patienten zu ergeben.

Ob eine tiefenpsychologische **Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens** in Bezug auf bestimmte Ziele effektiver ist oder eine verhaltenstherapeutische, muss als empirisch bislang nicht geklärt angesehen werden. So fehlen bislang Studien, in denen verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Verfahren explizit daraufhin verglichen werden, inwieweit sie jeweils ein bestimmtes Therapieziel bei einer bestimmten Gruppe von Patienten erreichen können. In den vergleichenden Evaluationsstudien wird das Erreichen der Therapieziele entweder überhaupt nicht als Kriterium erfasst, oder die Erfassung der Zielerreichung erfolgt unter Absehung der Zielinhalte. So wird bei den häufig verwendeten Verfahren des Goal-Attainment-

Scaling (Kiresuk & Sherman 1968, Grawe et al. 1990), nur die durchschnittliche Zielerreichung über alle Therapieziele verglichen, unabhängig davon, um welche Ziele es sich handelte. Strenggenommen ist damit eine empirisch abgesicherte explizit zielbezogene Indikationsstellung beim aktuellen Stand der Forschung nicht möglich. Näherungsweise kann jedoch versucht werden, anhand der in den Therapiestudien thematisierten Problembereiche Rückschlüsse auf die damit einhergehenden Therapieziele zu gewinnen, auch wenn streng logisch mit dem Problem noch nicht die Ziele festgelegt sind (vgl. Morscher 1974, Grawe 1978, Greve 1993, Kanfer et al. 1996, S. 274f). Daten dieser Art lassen sich u.a. der Metaanalyse von Grawe und Mitarbeitern (1994) entnehmen, die die differenzielle Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und analytischen Verfahren separat für verschiedene Problembereiche ausgewertet haben. Die folgende Tabelle 2 gibt die Ergebnisse dieses Vergleichs wieder.

Tabelle 2: Wirkungsvergleiche zwischen PA (psychoanalytisch orientierte und psychoanalytische Kurztherapien), VT (Verhaltenstherapie) und GT (Gesprächspsychotherapie) in 10 Veränderungsbereichen

Veränderungsbereiche											
Vergleiche	Globale Erfolgsbeurteilung	Hauptsymptomatik		Sonstige Befindlichkeitsmaße	Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich	Zwischenmenschlicher Bereich	Freizeit	Arbeit	Sexualität	Psycho-physiologische Maße	Anzahl Vergleiche
		Individuell definiert	Für alle Patienten gleich								
PA vs. VT	-1/4	-2/7	-2/9	-2/8	+2/5	-3/6	-2/3	0/4	+1/4	-1/1	12
PA vs. GT	0/1	0/1	0/2	-1/1	-1/1	0/1	-	-	-	-	2
GT vs. VT	-	-1/2	+1/19 -11/19	+1/11 -3/11	-4/6	+1/12 -10/12	0/1	0/1	0/1	-	20

Anmerkung: Die Zahl hinter dem Strich (Nenner) gibt die Anzahl der berechneten Vergleiche an. Die Zahl vor dem Strich (Zähler) zeigt das Ergebnis des Vergleichs; + bedeutet: signifikante Überlegenheit, -: signifikanten Unterlegenheit der erstgenannten Bedingung und 0: keine signifikanten Unterschiede (aus Grawe et al. ebd., S. 652).

Diesen Daten zufolge wären tiefenpsychologisch fundierte Behandlungen bei Problemen, die sich auf die „Persönlichkeit oder einen Fähigkeitsbereich“ beziehen oder sexuelle Probleme beziehen, indiziert. In allen anderen Bereichen erscheint eine verhaltenstherapeutische Behandlung erfolgversprechender. Problematisch erscheint jedoch, dass die von Grawe und Kollegen (ebd.) auf der Grundlage dieser Studien gemachten Aussage zur generellen Überlegenheit der Verhaltenstherapie in einer ganzen Reihe weiterer Metaanalysen nicht bestätigt werden konnte (im Überblick vgl. Lambert & Ogles 2004, S.161ff). Damit sind auch die bereichsspezifischen Befunde des spezifischen Vergleichs kontrovers diskutierbar.

Weitestgehend unbestritten bleibt dagegen, dass die Effektivität verhaltenstherapeutischer Verfahren deutlich häufiger belegt wurde. Betrachtet man den größtenteils störungs- und problembezogenen Katalog empirisch validierter Therapieformen, wie er von der task-force der American Psychological Association (APA) entwickelt wurde, so findet sich nur für drei der insgesamt über 50 Störungsbereiche die (kognitiv-) verhaltenstherapeutische Verfahren **nicht** als empirisch bewährte Behandlung bei erwachsenen Patienten. Tiefenpsychologisch fundierte Ansätze werden dagegen nur in den Bereichen Posttraumatische Belastungsstörung, Opiat-Abhängigkeit, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung als bewährt angesehen (Champless & Ollendiek 2001).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine direkte empirische Grundlage für eine zielbezogene Indikation bislang nicht vorhanden ist. Die bisherigen Daten sowie Plausibilitätsüberlegungen sprechen dafür, dass sich mit allen Zielinhalten prinzipiell in einem stationären und primär gruppenpsychotherapeutischen Setting arbeiten lässt. Die Interdisziplinarität des Angebotes ermöglicht dabei auch die Bearbeitung von Zielstellungen, bei denen somatische Komponenten eine Rolle spielen. In Bezug auf die therapeutische Grundorientierung gibt es Hinweise darauf, dass v.a. im problem- und störungsbezogenen Bereich mit der Verhaltenstherapie ein zumindest häufiger empirisch bestätigtes Therapieverfahren angeboten werden kann. Weitere Hinweise gibt es darauf, dass, wenn die Verhaltenstherapie sich tiefenpsychologischen Verfahren überlegen erwiesen hat, dies eher im Bereich der Symptomatik und des Befindens und etwas weniger im interpersonalen Bereich der Fall war. In Bezug auf Veränderungen im Bereich „Persönlichkeit und Fähigkeit“ (sensu Grawe et al. 1994 und nicht zu verwechseln mit expliziten „Persönlichkeitsstörungen“) liegen dagegen mit der Analyse von Grawe und Kollegen (ebd.) mit aller Vorsicht zu interpretierende Hinweise (vgl. z.B. Wampold 2001) darauf vor, dass hier tiefenpsychologische Verfahren überlegen sein könnten.

2.4.2 Implizite und explizite Therapieziele der in der psychosomatischen Rehabilitation dominierenden therapeutischen Grundrichtungen

Neben der Frage der zielbezogenen Effektivität verschiedener Therapieformen spielt für die Nutzung der motivationalen Ressourcen auch die Frage eine Rolle, inwieweit das Vorgehen des Therapeuten sich aus der subjektiven Sicht des Patienten auch

auf die Ziele des Patienten bezieht. Möchte ein Patient primär Hilfestellung bei der Linderung seiner Symptome bekommen, so stellt es für die therapeutische Beziehung und die Therapiemotivation des Patienten zumindest eine Herausforderung dar, wenn die Behandler (unnachgiebig) das Ziel einer Persönlichkeitsveränderung verfolgen etc. Aus diesem Grund sollen im folgenden die impliziten und expliziten Therapieziele der in der psychosomatischen Rehabilitation dominierenden therapeutischen Grundrichtungen herausgearbeitet werden. Sind diese bekannt, lässt sich je nach noch festzustellenden Zielvorstellungen der Patienten eine Empfehlung abgeben, zu welchen Anteilen und für welche Patienten das eine oder andere Verfahren anzubieten ist, um die Motivation der Patienten maximal zu fördern.

2.4.2.1 Therapieziele in der Verhaltenstherapie

Zielorientiertheit kann als eine zentrale Eigenschaft verhaltenstherapeutischer Behandlungen angesehen werden (vgl. im Überblick Wipplinger & Reinecker 1994). So spricht Wolpe (1986), als einer der Mitbegründer der Verhaltenstherapie, in Bezug auf die Festlegung von Therapiezielen zu Behandlungsbeginn von einem „kategorischen Imperativ der Verhaltenstherapie“. Und auch in moderneren Lehrbüchern wird die Zielorientiertheit als ein zentrales Prinzip beschrieben, das die verhaltenstherapeutische Grundorientierung definiert. So konstatiert Margraf (2000, S. 4, Prinzip Nr. 4): „Verhaltenstherapie ist zielorientiert. Die Identifikation des Problems sowie die gemeinsame Festlegung des zu erreichenden Therapieziels durch Therapeut und Patient sind integrativer Bestandteil der Verhaltenstherapie“. Die Orientierung an individuellen Therapiezielen basierte in den behavioralen Anfängen zunächst auf der Auswahl von zu modifizierenden „target behaviors“ (vgl. Willutzki 1999), im Zuge der kognitiven Wende dann zunehmend auf der „Soll-Seite“ der „zu lösenden Probleme“ (Kanfer et al. 1996). Die in dieser Therapierichtung traditionellerweise starke Forderung nach Messbarkeit der Ergebnisse bedingt ebenfalls den hohen Stellenwert, der dem Erarbeiten und anschließenden Evaluieren konkreter, operationalisierter Therapieziele in der Verhaltenstherapie zugeschrieben wird (vgl. z.B. Kazdin 1980). Inhaltlich wird dabei der Verhaltenstherapie häufig eine Fokussierung auf symptombezogene Ziele zugeschrieben (vgl. z.B. Arnou & Castonguay 1993 oder Goldfried & Castonguay 1993). In einer empirischen Studie von Ambühl und Kollegen (1995) gaben Verhaltenstherapeuten als übergeordnete

Ziele am häufigsten an, Patienten helfen zu wollen: 1. zu lernen, problematische Situationen effektiv zu bewältigen, 2. problematische Verhaltensweisen zu verändern oder zu kontrollieren, 3. den Mut zu entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen, 4. ein ausgeprägtes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu bekommen und 5. die eigenen Ziele zu erkennen und zu verfolgen. Ambühl und Kollegen (ebd.) fassen zusammen, dass sich die Ziele in der Verhaltenstherapie hauptsächlich auf Problem- und Alltagsbewältigung beziehen. Die Therapieziele intendierten nicht primär eine Problemerkklärung, sondern eine aktive Hilfe zur Problembewältigung. Es wird versucht, den Patienten mit adäquaten Interventionen wie z.B. Kompetenztraining oder Reizkonfrontation aktiv darin zu unterstützen, mit bestimmten Problemen besser zurecht zu kommen. Wichtig sei, dass der Patient die reale Erfahrung mache, problematische Situationen besser handhaben zu können. Im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation schlägt sich die problem- und störungsspezifische Zielrichtung darin nieder, dass im Katalog therapeutischer Leistungen indikative Behandlungsgruppen nur für verhaltenstherapeutische Behandlungen finanziert werden. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Gruppen zur Angst-, Schmerz-, Depressions-, Adipositas-, Zwangs- und Essstörungsbewältigung, sowie um Selbstsicherheitstrainingsgruppen und Gruppen zur Schulung der Körperwahrnehmung (s. Katalog therapeutischer Leistungen, KTL, BfA 2003).

2.4.2.2 Therapieziele in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie

Das explizite Festlegen von individuellen Therapiezielen zu Behandlungsbeginn, die der nachfolgenden Behandlung eine Richtung geben sollen, war über lange Zeit nicht Teil der analytischen Behandlung (Strauss 1999). Verhaltensregeln für den Therapeuten wie „ohne Erinnerung und Absicht zu handeln“ mögen die Ursache dafür gewesen sein, dass lange Zeit das Aufstellen und Verfolgen von Therapiezielen eher als störend denn als förderlich für den psychoanalytischen Prozess angesehen wurde (Strauß ebd.). Dagegen finden sich bei vielen tiefenpsychologisch orientierten Autoren implizite oder explizite Aussagen über die übergeordneten Ziele einer tiefenpsychologischen Therapie. Bei Freud selber findet sich in den Studien über Hysterie (Freud & Breuer 1895) die Aussage, dass es in der Psychoanalyse darum gehe, „Unbewusstes bewusst“ zu machen und „hysterisches Unglück in gemeines Unglück“ umzuwandeln. In den Vorlesungen zur Einführung in

die Psychoanalyse (Freud 1916/1917) setzt er für die psychoanalytische Behandlung das Ziel, die „Arbeits-, Liebes- und Genussfähigkeit“ des Patienten wiederherzustellen. Balint (1949) sieht die Ziele analytischer Behandlung unter Einbezug der Übertragungstheorie darin, den Widerstand des Patienten zu überwinden, die Kindheitsamnesie aufzuheben und das Unbewusste bewusst zu machen. Der Bereich der Reduktion der psychopathologischen Symptomatik zählte dabei lange Zeit nicht zu den Behandlungszielen, da es nicht dem Menschenbild der Psychoanalyse entsprach, eine „fully functioning person“ mit Symptombefreiheit zu propagieren (Strauß 1999). In aktuelleren Auffassungen, wie z. B. von McGlashan und Miller (1982), entwickelten sich die psychoanalytischen Ziele immer mehr hin zu konkreten Aussagen, die auch auf Symptomebene Zielangaben umfassen. McGlashan und Miller gruppierten nach ausführlicher Literatursichtung neun allgemeinere Cluster, für die Strauss mögliche Operationalisierungen zusammen stellte (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3. Ziele psychoanalytischer Therapie und deren mögliche Operationalisierungen (vgl. Strauß 1999)

Globalziel	Cluster (Spezifisches Ziel)	Mögliche Operationalisierung (Strauß, 1999)
Entwicklungshemmungen aufheben	Urvertrauen und Sicherheit	SASB, Bindungsqualität
	Trennung und Individuation	Bindungsqualität (z. B. der Wunsch nach Nähe versus Angst vor Verlassenwerden)
	Gewissen	SASB, Zwangs- und Depressionssymptome
	Konstruktive Aggression	Persönlichkeitsmaße, Methoden aus der Motivations- und Volitionspsychologie
	Sexualität	Methoden zur Erfassung von Aspekten der Geschlechtsidentität, des sexuellen Erlebens und des Körperbildes
Aspekte des Selbst	Selbst-Verantwortlichkeit	SASB, Persönlichkeitsfragebögen, Methoden aus der Sozialpsychologie (kognitiver Kontrolle)
	Selbst-Identität	Verlaufsbeobachtungen von Befindlichkeiten, Narzissmusinventare
	Selbstwertgefühl	SASB, Narzissmusinventare, Hoffnungsskalen, Hardiness, Körper- und Selbstbesetzungsskalen
	Selbsterleben und Kontinuität mit der früheren Störung	Biographische Methoden, Bewertungen der Symptomatik
Bezogenheit auf Mitmenschen	Außen- versus Innenorientierung	Kommunikationsverhalten, Bindungsqualität
	Beziehung zu den Eltern	Fragebögen zum "Parental Bonding", SASB, ZBKT
	Beziehung zu Gleichaltrigen und Gruppen	SASB, ZBKT, IIP, Methoden zur Erfassung des sozialen Netzwerks.
	Empathie	Empathie-Skalen, Psychological Mindedness
	Intimität	Bindungsqualität (speziell partnerbezogen), IIP, Partnerschaftsdiagnose.
	Generativität	Empathie, Impact Message Inventory
Akzeptierung der Realität	Verringerte Omnipotenz	Narzissmusinventare
	Triebkontrolle und Frustrationstoleranz	Projektive Verfahren (Rosenzweig etc.)
	Loslassen können	SASB, Bindungsqualität, Narzissmusinventare

Tabelle 3 Fortsetzung

Globalziel	Cluster (Spezifisches Ziel)	Mögliche Operationalisierung (Strauß, 1999)
	Realitätsprüfung	Methoden aus der Sozialpsychologie und der cognitive science
Erlebnisfülle und Lebendigkeit	Gefühle	Emotionsvokabular, Mimik
	Energie	Methoden der Gesundheitspsychologie
	Entspannung	Psychophysiologische Indikatoren, Erfassung der Selbstakzeptanz
	Fähigkeit zur Freude	Hedonieskalen
Coping-Mechanismen	Abwehrmechanismen	Methoden zur Erfassung von Abwehr und Bewältigung
	Soziokulturelle Anpassung und Veränderung	Analyse der sozialen und beruflichen Situation, Einstellung zum Beruf
Integrative Kapazität	Ambivalenztoleranz	Methoden zur Erfassung von Abwehr, SASB
	Kognitive Ökonomie	Methoden zur Analyse des Problemlöseverhaltens
	Übergangskapazität	Methoden zur Erfassung von Charaktermerkmalen, Einsicht
Selbstanalytische Fähigkeiten	Selbstbeobachtung und Selbstanalyse	Psychological Mindedness
	Übertragung	„Patents representation of their therapist“, ZBKT, Konfigurationsanalyse, CMP, consensual response formulation
Symptomatologie	Emotionale Symptome	Symptomfragebögen und Fremdbeurteilungen
	Körperliche Gesundheit	Medizinische Befunde, Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, Beschwerdebögen
	Substanzabusus	Fragebögen zum Suchtverhalten

Abkürzungen:

- **SASB: Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens**
- **ZBKT: Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas**
- **IIP: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme**
- **PSACH: psychoanalytischer Charakterfragebogen**
- **KAPP: Karolinska-Psychodynamik-Profile**
- **OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik**

Erstmals wurden in dieser Systematisierung auch Ziele auf Symptomebene miteinbezogen. Dass dies nur zögerlich geschieht, zeigt sich u.a. darin, dass in gängigen und weit verbreiteten Lehrbüchern über psychoanalytische Behandlungen (s. Mertens 1990) die Tabelle von McGlashan und Miller (1982) ohne Wiedergabe der symptombezogenen Ziele erfolgte. Dafür wird interpersonale Ziele und komplexen Persönlichkeitsentwicklungszielen eine größere Bedeutung zugeschrieben (Goldfried & Castonguay 1993). Empirisch zeigt sich in der Untersuchung von Ambühl und Kollegen (1995), dass von analytischen Therapeuten am häufigsten Ziele verfolgt werden, die sich auf das Selbstwert- und das Identitätsgefühl bezogen. Dann folgen: 2. unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung integrieren, 3. das Erleben von Gefühlen ganz zulassen, 4. eine neue Sicht der Gefühle, Motive oder des Verhaltens, und 5. die Qualität von sozialen Beziehungen verbessern.

2.5 Die Therapieziele von Patienten

2.5.1 Bisherige Befunde

Um das therapeutische Angebot möglichst optimal auf die Therapieziele von Patienten abstimmen zu können, muss nach einer zielbezogenen Darstellung des Behandlungsangebotes geklärt werden, was Patienten in der Therapie erreichen wollen bzw. welche Patienten was erreichen wollen. Mittlerweile existieren eine ganze Reihe von Studien, die die relativen Häufigkeiten verschiedener Therapieziele zu erfassen suchten. Viele Studien erfragen dabei jedoch, welche Therapieziele der Therapeut für den Patienten formuliert hat (vgl. Michaux & Lorr 1961, McNair & Lorr 1964, Böcker & Breuer 1980, Göllner 1983, von Rad, Senf & Bräutigam 1998, Dirmaier et al. 2002) und nicht, welche Ziele sich Patienten für die anstehende Behandlung setzen. Hierbei besteht jedoch die Gefahr, dass das Behandlungsangebot an die Bedürfnisse der Therapeuten und nicht an die der Patienten angepasst wird. Darüber hinaus erweisen sich von Therapeuten formulierte Therapieziele häufig als in hohem Maße durch Forderungen der jeweiligen Therapietheorie geprägt (zu diesen s. im Überblick Ambühl & Strauß 1999). Damit würde eine Ausrichtung an den Therapiezielen von Therapeuten eine Ausrichtung an zu großen Teilen bislang nicht eindeutig wissenschaftlich belegten Theorien (vgl. Reinecker 1991, S. 142f sowie Richter 1991, S. 124ff) bedeuten. Aus diesem Grunde soll im folgenden auf die Darstellung dieser Studien verzichtet werden. Ebenso wenig sollen Studien dargestellt werden, die sich eindeutig durch für die Fragestellung ungeeignete Operationalisierungen des Therapiezielkonstruktes auszeichnen (z.B. Thompson & Zimmermann 1969, Miller & Thompson 1973, Dimsdale 1975, Dimsdale, Klerman & Shershow 1979), indem sie beispielsweise nach den Zielen für einen fiktiven Patienten und nicht nach den eigenen Zielen der Patienten fragen.

Die Therapieziele von Patienten wurden erstmalig von Ruff und Werner (1987) mit zumindest ausreichenden empirischen Methoden untersucht. Sie erfassten die freiformulierten Therapieziele von 480 Patienten, die planten, eine stationäre tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu beginnen. Dazu wurde den Patienten sowohl schriftlich in einem unstandardisierten Fragebogen als auch im Rahmen eines Interviews mündlich die offene Frage gestellt, was sie durch die Behandlung jeweils erreichen wollten. Die Inhalte wurden fünf ad hoc gebildeten Kategorien zugeordnet. Am häufigsten wurde von den Patienten die Kategorie „psychische Besserung“ (65% im Fragebogen vs. 57% im Interview) angegeben,

gefolgt von „sonstigen Zielen“ (17% vs. ca. 8%), „Psychogeneseverständnis und Konfliktbearbeitung“ (ca. 8% vs. ca. 17%), „Körperliche Besserung“ (8% vs. 7%), und „Medikamentenreduktion“ (1% vs. 2%). Über die Reliabilität der Zuordnung werden keine Angaben gemacht. Die Unterschiede zwischen Fragebogendaten und mündlichen Befragungen sind dabei nur schwer interpretierbar, da sie bei einem Großteil der Patienten mit dem Erhebungszeitpunkt konfundiert sind. In der Mehrzahl der Fälle wurde der Fragebogen am ersten Tag der Behandlung und die mündliche Befragung am 3. Tag der Behandlung durchgeführt, nachdem bereits auch ein tiefenpsychologischer Behandlungskontakt stattgefunden hatte.

Schulte-Bahrenberg (1990) untersuchte bei 64 Patienten, die sich aufgrund einer phobischen Störung in einer ambulanten Verhaltenstherapie befanden, welche Ziele die Patienten zu Beginn und am Ende der Therapie ihren eigenen Einschätzungen nach verfolgt hatten. Die Ziele wurden jeweils in der „Ausblendphase der Therapie“ über ein halbstandardisiertes Interview erhoben und anschließend von zwei Ratern den Kategorien des von Göllner (1983) für die Therapieziele von Therapeuten ad hoc konstruierten Kategoriensystems zugeordnet. Die Interrater-Reliabilitäten lagen für die Oberkategorien mit einem Kappa von .75 im guten für die Unterkategorien mit einem Kappa von .63 im befriedigenden Bereich (vgl. Faller & Gossler 1998). Tabelle 4 gibt die jeweiligen Einzel- und Oberkategorien und deren jeweilige Häufigkeiten insgesamt sowie gesondert nach initialen und modifizierten Zielen wieder.

Tabelle 4: Inhalt der Therapieziele von Klienten nach Schulte-Bahrenberg 1990

	Insgesamt %		Initiale Ziele %		Modifizierte Ziele %	
INTERPERSONALER BEREICH						
- Partner	3		2		1	
- Familie und Kinder	6		2		4	
- Bekannte	2		2		0	
- Personen in der Arbeitswelt	4		2		2	
- Menschen allgemein	2		2		0	
Gesamt	17	7.8	10	6.1	7	12.7
INTRAPERSONALER BEREICH						
- Autonomie	11		6		5	
- Genussfähigkeit und allg. Zufriedenheit	14		10		4	
- Verhältnis zu sich und soziale Resonanz	13		8		5	
- Belastungsfähigkeit	2		2		0	
- Versch. Ziele intrapers. Bereich	7		4		3	
Gesamt	47	21.6	30	18.4	17	30.9

Tabelle 4 Fortsetzung

	Insgesamt %		Initiale Ziele %		Modifizierte Ziele %	
BERUF UND FREIZEIT						
- Arbeitsfähigkeit	2		1		1	
- Berufl. Zufriedenheit	1		1		0	
- Berufl. Weiterentwicklung	2		2		0	
- Freizeit	5		3		2	
Gesamt	10	4.6	7	4.3	3	5.5
SYMPTOMATIK						
- Angst-/ Phobie-Symptomatik	96		77		19	
- Positive Folgen des Angstverlustes	17		16		1	
- Akzeptanz der Phobie	19		17		2	
Gesamt	132	60.6	110	67.5	22	40.0
SPEZIELLES						
- Allgemeine Gesundheit	7		5		2	
- Psychotherapeutische Maßnahmen	3		0		3	
- Abbau v. Psychopharmaka	1		1		0	
- Sonst. spez. Therapieziele	1		0		1	
Gesamt	12	5.5	6	3.7	6	10.9
NICHT ZUZUORDNENDE	0		0		0	
INSGESAMT	218	100	163	100	55	100

Es fällt auf, dass in dieser Studie initial symptombezogene Ziele mit 60.6% deutlich im Vordergrund stehen und interpersonale Ziele vergleichsweise selten verfolgt werden. Betrachtet man die Entwicklung der Häufigkeiten über den Verlauf der Therapie, so fällt jedoch auf, dass in einer späteren Therapiephase die Häufigkeitsdominanz symptombezogener Ziele deutlich zugunsten „intrapersoneller“, „interpersoneller“ und „spezieller Therapieziele“ zurückgegangen ist. Kritisch muss an dieser Untersuchung allerdings gesehen werden, dass die Therapieziele retrospektiv erfasst wurden und somit, bei einer Zeitspanne von sechs bis 12 Monaten, Erinnerungseffekte für die Unterschiede verantwortlich sein können.

Riehl-Emde und Vogler (1990) untersuchten die Therapieziele von 404 Patienten zu Beginn einer stationären psychoanalytischen Behandlung in einem Universitätsklinikum. Innerhalb des von ihnen anhand von 20 Fällen „inhaltsanalytisch“ konstruierten Klassifikationsansatzes wurden in der Gesamtstichprobe von 83.9% der Patienten mindestens ein Ziel des „Individuellen Wachstums“, von 81.5% ein Ziel aus dem Bereich „Symptomatik“, von 48.4% ein Ziel aus dem Bereich „Zwischenmenschlicher Kontakt“ und von 20.2% der Patienten ein

Ziel aus dem Bereich „Arbeit bzw. Freizeit“ verfolgt. 7.3% der Patienten verfolgten nicht zuzuordnende Therapieziele.

In einer Untersuchung von Finke, Teusch und Gastpar (1995) an 202 stationär-psychiatrisch behandelten Patienten wurden in einer rational konstruierten standardisierten Checkliste von den Patienten am häufigsten Therapieziele aus dem Bereich „Lebensmut und Selbstvertrauen“ (62.9%) angegeben (Mehrfachantworten möglich). Dann folgten die Kategorien „sich Klarheit über Probleme verschaffen“ (42.6%), „Rückgang der Beschwerden“ (37.6%) und „Zunahme der Leistungsfähigkeit“ (34.7%). An letzter Stelle rangierten die Kategorien „individuelle Selbsterfahrung“ (23.8%) und „Verbesserung der Beziehungsfähigkeit“ (22.8%).

Heuft und Kollegen (1996) untersuchten in einer Stichprobe von 82 psychodynamisch behandelten Patienten die relativen Häufigkeiten von insgesamt 230 Therapiezielen. Die mit den Patienten zu Beginn der stationären Behandlung vereinbarten Therapieziele wurden zunächst schriftlich festgehalten und gegen Ende der Therapie von den Patienten in der *Basis-Dokumentation für stationäre Psychotherapie (Psy-BaDo; Heuft 1998)* mit bis dahin evtl. vorgenommenen Modifikationen eingetragen. Die Ziele wurden über ein zunächst theoriegeleitet, dann inhaltsanalytisch nach Mayring (1993) entwickeltes Kategoriensystem (*Kategoriensystem zur Erfassung individueller Ziele in der Psychotherapie, KITZ*) zugeordnet. Das System besteht aus 89 Fein- (inklusive der Restkategorien ergeben sich 130 Feinkategorien) und fünf Hauptkategorien. In Bezug auf die Reliabilität berichten die Autoren von 80% Beurteilerübereinstimmung, wobei jedoch unklar bleibt, auf welche der beiden Abstraktionsebenen sich diese Aussage bezieht. Über die Hauptkategorien des KITZ ergab sich eine Häufigkeitsverteilung, in der „psychoneurotische Inhalte“ 44.8% der Gesamtzielmenge, „körperbezogene Inhalte“ 26.9%, „narzisstische Inhalte“ 13.5%, „psychosoziale Inhalte“ 12.6% und sog. „VT-Inhalte“ 2.2% ausmachten. Die am häufigsten genannten Kategorien auf der feinsten Auflösungsebene waren: 1. „Selbstwertprobleme“ (44.4%), 2. „Ängste“ (40.7%), 3. „Abhängigkeits- und Loslöseprobleme“ (20.4%), 4. „Kontaktprobleme“ (18.5%) und 5. die Kategorie „Lebenszufriedenheit“ (18.5%). Exkursorisch-explorativ wird zusätzlich beschrieben, dass sich die hauptsächlich verfolgten Ziele innerhalb der untersuchten Settings („stationär-ambulant mit geschlossener analytischer Gruppentherapie“, zweimal: „stationäre Kombination aus psychoanalytisch orientierter Gruppen- und Einzel-Fokaltherapie“, und stationäres „Essprogramm“ plus „interaktionelle Gruppen-

und Einzeltherapie“) unterscheiden und dass mit der Symptomatik der Essstörung auch vermehrt „essstörungsspezifische“ Therapieziele einhergehen. Problematisch erscheint bei dieser Untersuchung zum einen, dass die Kategorien des KITZ nicht empirisch auf der Grundlage von Patientenzielen gebildet, sondern auf dem Hintergrund eines analytisch-psychodynamischen Störungsmodells entwickelt wurden. Damit wird die Erfassung dessen, was der Patient in der Therapie erreichen will, erschwert. Zum anderen sind die angedeuteten Befunde zur Settings- und Diagnosespezifität von Therapiezielen mangels statistischer Auswertung wenig aussagekräftig.

Nach einer Überarbeitung des Kategoriensystems führten Heuft, Stricker, Langkafel, Schneider und Senf (1998) eine weitere Untersuchung an einer Stichprobe von 407 stationär in vier verschiedenen Einrichtungen psychodynamisch-integrativ behandelten Patienten durch. Insgesamt wurden hierbei 1482 Ziele untersucht. 60.5% fielen in die neue Hauptkategorie „intrapyschische Ziele“, 13.7% in „interaktionelle Ziele“, 21.6% „körperbezogene Ziele“, 1.1% in „Sucht/Medikamentenbezogene Ziele“ und 2.8% in die Kategorie „Rehabilitationsziele“. Angaben zu den Häufigkeiten der Feinkategorien werden in dieser Untersuchung leider nicht gemacht. Auffällig hoch für eine psychotherapeutische Maßnahme erscheint in diesen Befunden die relative Häufigkeit von körperbezogenen Zielen. Diese Studie ist für die Fragestellung dieser Arbeit von besonderer Relevanz, da hier auch zwei Rehabilitationskliniken beteiligt waren (Heuft 2003). Leider werden jedoch die Befunde über alle Behandlungseinrichtungen gemittelt, so dass keine Aussagen zu spezifischen Zielstellungen in der psychosomatischen Rehabilitation möglich sind.

Faller und Gossler (1998) untersuchten die Therapieziele von 198 Patienten, die eine Therapie in einer Universitätsambulanz begannen. Dazu entwickelten sie unter Anwendung qualitativ-inhaltanalytischer Verfahren (ebenfalls Mayring 1993) ein Kategoriensystem mit insgesamt 18 Kategorien. Die relativen Häufigkeiten der Patienten, die ein Ziel aus der jeweiligen Kategorie verfolgten, sind in Tabelle 5 wiedergegeben.

Tabelle 5: Relative Häufigkeiten der Zielkategorien bei Faller & Gossler (1998)

Zielkategorie	Relative Häufigkeit (%)
Angst bewältigen	28.8
Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen	27.3
Freiheit/Selbstbestimmung erlangen	27.3
Selbstvertrauen stärken	26.8
Familiäre Situation / Partnerbeziehung verbessern	24.2
Probleme bewältigen	22.2
Ruhe / Gelassenheit finden	20.7
Berufliche Ziele verwirklichen	16.2
Körperliche Beschwerden bessern	14.6
Unspezifisch Gesundheit erlangen	12.6
Mit sich in Einklang kommen	12.6
Kontaktfähigkeit verbessern	12.1
Depressive Beschwerden bessern	11.6
Sich selbst erkennen	10.1
Sucht/Essstörung beheben	9.6
Sonstige Ziele erreichen	7.1
Gefühle regulieren	5.6
Gefühle ausdrücken, zulassen	4.0

Der Hauptvorteil des Systems von Faller und Gossler (ebd.) ist darin zu sehen, dass es empirisch konstruiert ist und damit die Ziele von Patienten unabhängig von den theoretischen Vorstellungen des Raters klassifiziert werden können. Ein wesentlicher Nachteil besteht jedoch darin, dass nicht je nach Fragestellung zwischen verschiedenen Abstraktionsniveaus der Klassifikation gewählt werden kann. In Bezug auf die Interrater-Reliabilität lagen acht Kategorien bei Cohens Kappa $>.80$, vier Kategorien bei Kappa $>.70$ und zwei Kategorien bei Kappa $>.60$. Damit liegt die Interraterreliabilität in der Mehrzahl der Fälle im befriedigenden Bereich. Leider werden keine Aussagen darüber gemacht, um welche Kategorien es sich dabei handelt bzw. wie die Werte für die restlichen Kategorien aussehen.

Die in Tabelle 6 wiedergegebenen Ergebnisse einer nachfolgend von Faller und Gossler (ebd.) durchgeführten Subgruppenanalyse sprechen in Bezug auf die Häufigkeitsverteilung der Ziele für eine „parziale Diagnosespezifität“.

Tabelle 6: Prozentuale Häufigkeiten mit denen die einzelnen Therapiezielkategorien von Patienten mit verschiedenen Erstdiagnosen verfolgt wurden nach Faller & Gossler (1998).

Zielbereich	Diagnose				
	Depression (34%)	Angst (11%)	Somat.-störungen (15%)	Pers.-störungen (9%)	Essstörungen (6%)
Unspezifisch Gesundheit**	4.3	11.5	31.8	0	11.8
körperliche Beschwerden***	8.6	7.7	50.0	0	17.6
depressive Beschwerden*	17.1	3.8	0	0	29.4
Angst***	14.3	73.1	22.7	0	23.5
Sucht/Esstörungen***	7.1	0	9.1	100	0
Fam. Sit. & Partnerbeziehung*	32.9	7.7	22.7	9.1	11.9

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$; in Klammern unter der Störungsgruppe: deren Häufigkeit in der Gesamtstichprobe in Prozent

Bei sechs von 18 Zielgruppen ergab ein nicht-alpha-adjustierter χ^2 -Test eine statistisch abgesicherte Ungleichverteilung der Häufigkeiten der Zielkategorien über die Diagnosegruppen. Es fällt auf, dass sich diese Störungsgruppen darin unterscheiden, inwieweit a) insgesamt typische Ziele verfolgt werden und inwieweit b) Ziele verfolgt werden, die sich auf die mit der Störung einhergehende Kernsymptomatik beziehen. Bei Patienten mit der Erstdiagnose einer Persönlichkeitsstörung lässt sich die Dominanz von sucht- und essstörungsbezogenen Zielen klar erkennen. Bei Angststörungen dominieren ebenfalls relativ eindeutig die angstbezogenen Zielstellungen. Bei depressiven Störungen und bei Essstörungen ist die Dominanz eines Therapieziels dagegen kaum noch zu erkennen. Bei den depressiven Störungen fällt zusätzlich auf, dass sich die häufigst genannte Kategorie nicht auf die depressive Symptomatik selbst bezieht.

Faller (2000) konstruierte anhand der Ergebnisse der Studie von Faller und Gossler (1998) einen Fragebogen mit 24 Items, die die Kategorien der ersten Studie abdecken sollten. Für jedes Item sollten dann 147 zukünftige Patienten einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz auf einer Wichtigkeitsskala von eins bis fünf einschätzen, wie wichtig ihnen die jeweiligen Ziele bei der bevorstehenden Behandlung sind. Tabelle 7 gibt die jeweiligen Wichtigkeitswerte für die einzelnen Items wieder.

Tabelle 7: Mittelwerte, Standardabweichungen und Anteil an Patienten, bei denen das jeweilige vorgegebene Therapieziel „stark“ bzw. „sehr stark“ ausgeprägt ist, nach einer Studie von Faller (2000).

Therapieziele	<i>M</i>	<i>SD</i>	% stark/sehr stark
meine Probleme lösen	4.09	1.13	78.7
meine Beschwerden mindern	3.99	1.19	74.8
zufriedener und gelassener werden	3.72	1.37	65.5
selbstbewusster werden	3.48	1.52	58.8
mich selbst besser verstehen	3.45	1.34	57.0
Angst bewältigen	3.37	1.62	54.9
eine Zukunftsperspektive entwickeln	3.36	1.44	55.0
innere Konflikte lösen	3.26	1.56	54.2
Niedergeschlagenheit bewältigen	3.26	1.49	53.5
mein Verhalten ändern	3.35	1.39	50.4
körperliche Beschwerden verringern	3.13	1.59	48.3
kontaktfreudiger werden	2.80	1.46	48.2
Zusammenhang zwischen Situationen und Beschwerden entdecken	3.33	1.29	47.8
Orientierung für mein Leben finden	2.91	1.59	42.3
mehr Unabhängigkeit gewinnen	2.75	1.54	39.7
Hemmungen abbauen	2.87	1.46	39.2
meine Wünsche und Bedürfnisse erkennen	2.88	1.45	35.0
mich in Auseinandersetzungen behaupten	2.79	1.50	34.3
Einsamkeit und Isolierung bewältigen	2.64	1.50	34.3
besser arbeiten können	2.75	1.46	33.8
Probleme mit dem Partner bewältigen	2.55	1.54	33.3
Probleme in Beruf oder Ausbildung bewältigen	2.66	1.59	33.1
mein bisheriges Leben besser verstehen	2.67	1.36	30.7
neue Kontakte finden	2.52	1.42	28.4

Anmerkung: *N* = 147; Skala von 1 = nicht bis 5 = sehr stark; Mittelwerte, Median, Standardabweichung, prozentualer Anteil der Stufen 4 = stark und 5 = sehr stark

Auffällig ist der hohe Allgemeinheitsgrad der an erster Stelle genannten Ziele. Dies ist teilweise dadurch bedingt, dass Faller (1998, 2000) versucht, Therapieziele von Therapieerwartungen zu trennen. Unter Therapieerwartungen subsumiert er Vorstellungen darüber, was in der Therapie geschehen muss, um die Therapieziele zu erreichen. Dabei fallen aber unter die so definierten Erwartungen auch instrumentelle **Unterziele**, die aus der Sicht der Patienten in der Therapie erreicht werden müssen, um Therapieendziele zu erreichen. Analysiert man in diesem Sinne die Ergebnisse des an derselben Stichprobe erhobenen Fragebogens zu Patientenerwartungen (Faller 1998), so befinden sich dort eine Reihe von Erwartungen, die sich durchaus als **Therapieziele** verstehen lassen. In absteigender Rangreihe der wie im Zielfragebogen (Faller 2000) operationalisierten Wichtigkeit handelt es sich dabei um die folgenden Items: „Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und Beschwerden entdecken“ ($M=4.24$; $SD=1.05$), „Einsicht in die Zusammenhänge meines Lebens gewinnen“ ($M=4.05$; $SD=1.07$), „mehr

Selbstvertrauen gewinnen“ ($M=3.99$; $SD=1.30$), „die eigentliche körperliche Ursache herausfinden“ ($M=3.31$; $SD=1.54$), „mehr Durchsetzungsfähigkeit gegenüber anderen Menschen gewinnen“ ($M=3.29$; $SD=1.45$), „die familiäre Situation erträglicher gestalten“ ($M=3.01$; $SD=1.53$), „die Situation in Beruf/Ausbildung/Studium verändern“ ($M=2.96$; $SD=1.51$) und „Schwierigkeiten mit meinem Partner klären“ ($M=2.91$; $SD=1.62$).

Sack, Schmid-Ott, Lempa, & Lamprecht (1999) untersuchten 126 Therapieziele von 45 Patienten, die eine stationäre psychoanalytische Behandlung in einer Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie eines Universitätskrankenhauses begannen. Dabei wurden maximal drei gemeinsam ausgehandelte Ziele nach dem Erstgespräch vom Patienten frei niedergeschrieben. Eine ad hoc Kategorisierung der Therapieziele ergab, dass am häufigsten Ziele der Kategorie „Reduktion einer neurotischen Symptomatik oder Bearbeitung neurotischer Konflikte“ genannt wurden (27.0%), gefolgt von: „Veränderungen einer körperlichen Symptomatik“ (21.4% davon 11.1% auf eine Essstörung bezogen), „Selbstwert/Wunsch, sich selbst behaupten zu können“ (19.0%), „Verbesserung der Wahrnehmung und Steuerung von Gefühlen“ (11.9%) und „Veränderungen in Partnerschaft und Beziehungen am Arbeitsplatz“ (9.6%). Angaben zur Reliabilität der Kategorisierung werden von den Autoren nicht gemacht.

Im psychiatrischen Bereich entwickelten Driessen und Kollegen (2001) faktorenanalytisch den *Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen (FRAPT)* mit 42 Items und 6 Skalen, der die subjektive Wichtigkeit vorgegebener Therapieziele erfassen soll. In der Konstruktionsstichprobe von 161 psychiatrischen Patienten fanden sich vergleichsweise höhere Ausprägungen bei den Skalen 4: „Bewältigung von Depression und Angst“ ($M=2.3$; $SD=0.8$), 2: „Aktive Auseinandersetzung mit sich und der Krankheit“ ($M=2.1$; $SD=0.8$), und 1: „Vertrauen zu sich und anderen“ ($M=2.0$; $SD=0.7$). Mittlere Ausprägungsgrade fanden sich bei den Skalen 5: „Verbesserung in der Familie und der sozioökonomischen Bedingungen“ ($M=1.5$; $SD=0.9$) und 3: „Bewältigung von Misshandlungserfahrungen und Selbstschädigung“ ($M=1.2$; $SD=0.8$). Am wenigsten wichtig erschien im Schnitt die Skala 6: „Bewältigung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit“ ($M=0.6$; $SD=0.7$). Eine zusätzlich durchgeführte Subgruppenanalyse ergab, dass sich die Wichtigkeiten auf den sechs FRAPT-Skalen ungleich über die fünf Diagnosegruppen F1 ($N=33$), F2 ($N=30$), F3 ($N=34$), F4 ($N=31$) und F6 ($N=33$) verteilten. Kritisch ist anzumerken, dass die Skalen

lediglich 53% der Varianz innerhalb der 42 Items erfassen und dass vergleichsweise viele Variablen für die zur Verfügung stehende Anzahl an Probanden in die Faktorenanalyse eingeführt wurden.

Pöhlmann (1999, 2001) versuchte als erste die Therapiezielinhalte in verschiedenen Settings systematisch zu vergleichen. Sie erfasste nach der ersten Therapiesitzung die „idiographischen Therapieziele“ zum einen bei 72 „psychosomatischen“ Patienten, die in einer psychiatrischen Universitätsklinik behandelt wurden, und zum anderen bei 50 chronischen Schmerzpatienten, die eine stationärer Schmerztherapie in einer dafür spezialisierten Abteilung eines Kreiskrankenhauses begannen. Die Therapieziele wurden von zwei Ratern den Bereichen „Beruf“, „Gesundheit“, „persönliches Wachstum“, „Partnerschaft/Familie“ und „andere Anliegen“ zugeordnet. Die Interrater-Übereinstimmung lag bei 86%. Es zeigte sich, dass in der psychiatrischen Klinik mehr Ziele des persönlichen Wachstums (37% vs. 31%), in der Schmerzabteilung dagegen mehr gesundheitsbezogene Ziele (62% vs. 39%) verfolgt wurden. Ziele aus den anderen Bereichen machten bei den „psychosomatischen Patienten“ nur 24% aller Ziele, bei den Schmerzpatienten nur 7% aus. Problematisch an dieser Arbeit ist vor allem, dass die gewählten Kategorien zu grob sind, um differenzierte Aussagen machen zu können. Auch liegt die Vermutung nahe, dass die nicht-klinisch geschulten Rater unter „Gesundheit“ primär somatische Gesundheitsaspekte verstanden haben. Die Studie gibt allerdings einen weiteren Hinweis darauf, dass allgemein in klinischen Stichproben die Reduktion der Symptome sowie die Veränderung bzw. Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit im Vordergrund stehen.

Brockmann, Schlüter & Eckert (2003a) verglichen die Therapieziele von 31 Patienten in ambulant tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Langzeittherapie, wobei sie diese „unter Berücksichtigung der Forschungsliteratur“ sieben Zielkategorien zu ordneten. Die insgesamt mit Abstand höchste Prävalenz ergab sich mit ca. 50% für die Kategorie „Selbstwertsymptomatik“, gefolgt von den Kategorien „psychische Symptomatik“ (ca. 20%), „zwischenmenschliche Konflikte“ (ca. 15%) und „eigene Geschichte aufarbeiten“ (ca. 9%). Mit ca. 2% waren Ziele, die sich auf körperliche Symptome bezogen, in dieser Stichprobe ausgesprochen selten zu verzeichnen. Die Unterschiede zwischen den Patienten mit tiefenpsychologischer und den Patienten mit verhaltenstherapeutischer Behandlung in Bezug auf die

Prävalenzen der einzelnen Kategorien waren dabei sowohl zu Beginn der Therapie als auch nach einem Jahr insgesamt erstaunlich gering ausgeprägt.

Grosse Holtforth und Grawe (2002) konstruierten auf der Grundlage von Therapiezielen von Patienten, die ambulant nach den Prinzipien der Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe (1998) behandelt wurden, das *Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielinhalten - die Taxonomie* (BIT-T). Zuerst wurden dazu aus archivierten Akten von 300 Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern 1031 Therapieziele gewonnen, die von Patienten und Therapeuten im Sinne des Goal Attainment Scalings gemeinsam zu Beginn der Therapie definiert und von den Patienten frei formuliert worden waren. Innerhalb eines Zieles wurden häufig mehrere unterscheidbare Zielinhalte formuliert, so dass insgesamt 2029 inhaltlich unterscheidbare „Zieleinheiten“ entnommen werden konnten. Diese Zieleinheiten wurden zu 326 synonymen „Zielthemen“ zusammengefasst, auf Kärtchen geschrieben und 22 Psychotherapeuten der Praxisstelle vorgelegt, die die Zielthemen im Median in 17 (7-30) selbstdefinierte Kategorien ordneten. Die individuellen Kategoriensysteme wurden dadurch zusammengefasst, dass zuerst für alle Paare von Zieleinheiten Unähnlichkeitswerte (Dissoziationswerte; Rosenberg, Nelson & Vivekananthan 1968, zitiert nach Grosse Holtforth 2001), berechnet wurden, die dann über Clusteranalysen weiterverarbeitet und nach Interpretation der Ergebnissen zu der ersten Version eines gemeinsamen Kategoriensystems führten. Dieses gemeinsame Kategoriensystem wurde im Anschluss dazu verwendet, die Therapieziele der Konstruktionsstichprobe sowie die Therapieziele von weiteren ambulant und stationär behandelten Patienten zu (re-)kategorisieren, um das System weiter zu optimieren.

Tabelle 8 gibt die Kategorien der groben und mittleren Abstraktionsebene des BIT-T Version 4.0 (ohne die Restkategorien) wieder. Die vollständige Taxonomie findet sich im Anhang A5.

Tabelle 8: Übersicht über die Kategorien der mittleren Abstraktionsebene des BIT-T 4.0.

Problem-/ Symptom-bezogen	Interpersonal	Wohlbefinden/ Wohlsein	Orientierung	Selbstenwicklung
<ul style="list-style-type: none"> • Depressives Erleben • Suizidalität • Ängste • Zwänge • Traumata • Sucht • Essverhalten • Schlaf • Sexualität • Körperbez. Probleme • Stress • Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerschaft • Aktuelle Familie • Herkunftsfamilie • Andere Beziehungen • Alleinsein, Trauer • Selbstbehauptung • Kontakt/Nähe 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegung, Aktivität • Entspannung • Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstreflexion & Zukunft • Sinnfindung 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwert • Selbstverwirklichung • Selbstkontrolle • Gefühlsregulation

Das Kategoriensystem umfasst fünf Oberkategorien, 31 Kategorien und 50 Unterkategorien plus Restkategorien. Das BIT-T unterscheidet sich in einigen Punkten vom *Kategoriensystem individueller Therapieziele* (KITZ; Heuft 1998) sowie dem Kategoriensystem nach Faller und Gossler (1998). Die BIT-T verfügt über drei Abstraktionsebenen, von denen die obere und die untere in etwa denjenigen des KITZ entsprechen, die mittlere derjenigen des Kategoriensystems von Faller und Gossler, was zu einer größeren Flexibilität der BIT-T bei der Auswahl einer Abstraktionsebene für unterschiedliche Anwendungen führt.

Die BIT-T beinhaltet auf der mittleren Abstraktionsebene der Kategorien eine inhaltlich etwas breitere Kategorisierung als das Kategoriensystem von Faller und Gossler. Das KITZ gewichtet somatische Therapieziele, Ziele bzgl. Substanzgebrauch/Abhängigkeit sowie Rehabilitationsziele durch Zuweisung eigener Oberkategorien stärker. Bezüglich der Inhalte der Oberkategorien sind das KITZ und die BIT-T unterschiedlich gut miteinander vergleichbar. Während die Oberkategorie „Interaktionelle, Psychosoziale Probleme und Konflikte“ des KITZ weitgehend Therapieziele der Oberkategorie „Interpersonale Ziele“ der BIT-T beinhaltet, umfasst die sehr breite Oberkategorie „Intrapsychische Probleme und Konflikte“ des KITZ

Inhalte aller Therapiezielkategorien der BIT-T. Einige theoretisch formulierte Kategorien des KITZ (z.B. „Aktualkonflikt“, „Ich-Strukturelle Belastbarkeit“) oder Kategorien, die keine Patientenziele betreffen (z.B. „fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“), sind mit der BIT-T nicht kompatibel. Abgesehen von den genannten Einzelfällen sind die Inhalte der Kategorien, sowohl des KITZ als auch des Kategoriensystems nach Faller und Gossler (ebd.) größtenteils ohne schwerwiegende inhaltliche Verluste in Kategorien der BIT-T überführbar.

Mittlerweile liegen für die BIT-T Daten für 388 Patienten mit insgesamt 1239 Zielen der Berner Ambulanz (Grosse Holtforth & Grawe 2002), für 675 Patienten mit 1991 Zielen der psychiatrischen Privatklinik (Grosse Holtforth, Reubi, Ruckstuhl, Berking & Grawe in press) und für 114 in der Christoph-Dornier-Klinik (CDK) in Münster verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten mit 512 Zielen (Grosse Holtforth 2001) vor.

Die Therapieziele wurden in der ambulanten Stichprobe über das Goal Attainment Scaling (GAS; Kiresuk & Sherman 1968), in der psychiatrischen Stichprobe über einen unstandardisierten Fragebogen, der nach den „Zielen für ihren Aufenthalt“ fragt, und in der CDK über den Teil einer aus dem BIT-T abgeleiteten Checkliste für Therapieziele (BIT-C; Grosse Holtforth 2001) erfasst, in der die Patienten die wichtigsten Ziele für ihren Aufenthalt frei formulieren sollten. In der CDK war die Menge der maximal angebbaren Ziele dabei auf fünf begrenzt, in der psychiatrischen Klinik auf drei, und in die Konstruktion und weitere Auswertung der Daten aus der Ambulanz wurden maximal vier Ziele pro Patient einbezogen. Letztlich ergaben sich für die Auswertung die folgende durchschnittliche settingspezifische Anzahl an Therapiezielen pro Patient: Berner Ambulanz: $M=3.25$ ($SD=1.24$); psychiatrische Klinik $M=2.53$ ($SD=0.65$); CDK: $M=4.5$ ($SD=0.85$).

Die folgende Tabelle 9 gibt die Häufigkeitsverteilungen über die drei verschiedenen Stichproben für die größte und die mittlere Abstraktionsebene des BIT-T wieder.

Tabelle 9: Prozentuale Häufigkeiten von Patienten die mindestens ein Ziel aus der entsprechenden Zielkategorie des BIT-T gewählt haben, separat für die bislang untersuchten Settings, für die grobe und mittlere Abstraktionsebene

	Berner Ambulanz (%)	Psychiatr. Patienten (%)	CDK (%)
Problem- und Symptombewältigung	60.3	77.3	96.0
Depressives Erleben	9.8	20.7	44.0
Selbstverletzung	0.3	3.7	5.0
Ängste	31.2	17,9	54.0
Zwanghafte Gedanken/Handlungen	3.9	0.9	20.0
Traumatische Erlebnisse	1.3	0.1	7.0
Suchtverhalten	4.1	21.6	7.0
Essverhalten	5.9	2.2	29.0
Schlaf	1.3	12.6	10.0
Sexualität	1.5	0	4.0
Körperliche Schmerzen/Krankheiten	0	3.6	6.0
Schwierigkeiten in best. Lebensbereichen	4.6	10.2	13.0
Medikamente	8.8	6.2	14.0
Ziele im zwischenmenschlichen Bereich	74.5	36.0	35.0
Bestehende Partnerschaft	23.2	9.2	8.0
Elternschaft/aktuelle Familie	4.6	4.0	4.0
Herkunftsfamilie	0	0	5.0
Andere Beziehungen	13.7	3.0	4.0
Alleinsein und Trauer	2.6	5.5	3.0
Selbstbehauptung/Abgrenzung	32.5	8.6	8.0
Kontakt und Nähe	28.4	8.0	12.0
Verbesserung des Wohlbefindens	13.4	18.8	45.0
Bewegung und Aktivität	2.6	3.1	7.0
Entspannung und Gelassenheit	3.4	11.6	19.0
Wohlbefinden	7.7	4.6	25.0
Orientierung im Leben	11.1	6.2	21.0
Vergangenheit/Gegenwart/Zukunft	10.1	5.5	18.0
Sinnfindung	0.8	0.4	3.0
Selbstbezogene Ziele	45.9	26.1	54.0
Einstellung zu mir selbst	19.6	11.0	33.0
Bedürfnisse und Wünsche	13.7	6.5	9.0
Leistung/Kontrolle/Verantwortung	10.1	7.7	15.0
Umgang mit Gefühlen	8.2	3.4	8.0
Residualkategorie	1.4	15.2	?

Anmerkung: ?=nicht veröffentlicht

Zunächst einmal fällt auf, dass sich der Anteil an nicht klassifizierbaren Therapiezielen zwischen der Ambulanz- und der psychiatrischen Stichprobe unterscheidet, was darauf zurückgeführt werden könnte, dass den Ambulanzdaten ein stärkeres Gewicht im Prozess der Kategoriengewinnung zukam. Inhaltlich zeigt

sich auf der größten Abstraktionsebene, dass innerhalb des ambulanten Settings Patienten, die interpersonale Ziele verfolgen, deutlich häufiger vertreten sind als in den beiden stationären Stichproben. Bei den stationär behandelten Patienten dominieren eindeutig symptom- und problemorientierte Therapieziele. In der CDK finden sich dabei kaum Patienten, die nicht zumindest ein symptom- oder problembezogenes Ziel verfolgen. Als weiterer Unterschied fällt auf, dass Ziele der „persönlichen Entwicklung“ bzw. kurz: „selbstbezogene Ziele“ in der CDK und in der Berner Ambulanz stärker vertreten sind als in dem untersuchten psychiatrischen Setting. Auf der mittleren Abstraktionsebene ist erkennbar, dass die Dominanz störungsbezogener Ziele in der CDK-Stichprobe auf den hohen Anteil von angst- und depressionsbezogenen Zielen, aber auch von Zielen, die das Essverhalten oder eine Zwangssymptomatik thematisieren, zurückgeht. Im psychiatrischen Setting standen im Gegensatz dazu bei den problembezogenen Zielen Veränderungen im Bereich von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit sowie ebenfalls depressionsbezogene Ziele im Vordergrund. Verantwortlich für den vergleichsweise hohen Anteil an interpersonalen Zielen in der Berner Ambulanz sind v.a. Ziele, die Assertivität, Verbundenheit und Intimität sowie die aktuelle Beziehung betreffen. Bei den „selbstbezogenen Zielen“ sind in allen drei Gruppen Ziele, die eine Einstellungsänderung sich selber gegenüber thematisieren, am häufigsten vertreten, wobei diese Thematik bei den CDK-Patienten die Gruppe der interpersonalen Ziele am eindeutigsten dominiert.

Als häufige Zielkombinationen ergaben sich für die Patienten der Berner Ambulanz: 1. mindestens ein problem-/symptombezogenes Ziel und mindestens ein interpersonales Ziel (18%), 2. zusätzlich zu diesen mindestens ein Ziel des persönlichen Wachstums (13%), 3. mindestens ein interpersonales und ein Ziel des persönlichen Wachstums (13%) und 4. mindestens ein problem-/symptombezogenes Ziel und ein Ziel des persönlichen Wachstums (8%). Für die Patienten des CDK wird berichtet, dass bei den fünf möglichen Zielen 1% der Patienten auf fünf verschiedene Grobkategorien zurückgriffen, 8% auf vier, 44% auf drei, 35% auf zwei und 12% auf nur eine Oberkategorie.

In Bezug auf mögliche Einflussfaktoren wurde mit dem BIT-T bislang lediglich die Diagnose und diese auch nur bei den Patienten der Berner Ambulanz untersucht. Verglichen wurden dabei Patienten mit den Erstdiagnosegruppen: Angststörungen, Essstörungen und depressive Störungen auf der mittleren Auflösungsebene. Es zeigt

sich, dass Angstpatienten eher angstbezogene Ziele, Patienten mit Essstörungen eher auf die Essstörung bezogene Ziele und depressive Patienten vermehrt partnerschaftsbezogene, auf andere Beziehungen, auf Entspannung und Gelassenheit und auf ihre aktuelle Familie bzw. ihre Elternschaft bezogene Ziele verfolgten (vgl. Grosse Holtforth 2001). Insgesamt erschienen dabei die Ziele der primär depressiven Patienten heterogener als die der beiden anderen Gruppen. Dieser aus den Daten ableitbare Eindruck wurde aber weder explizit thematisiert noch auf statistische Signifikanz getestet.

2.5.2 Bewertung der empirischen Befunde und Ableitung der versorgungsbezogenen Fragestellungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mittlerweile in einer Reihe von Studien der Versuch unternommen wurde, die Therapieziele von Patienten zu erfassen. Die Studien unterscheiden sich dabei bisweilen deutlich in Bezug auf a) das untersuchte Setting (ambulant vs. stationär), b) die Art und den Umfang der untersuchten Stichprobe (Störungsgruppen, Beeinträchtigungsschwere etc.), c) die Art der anstehenden Therapie (hauptsächlich verhaltenstherapeutische vs. psychodynamische vs. integrative Verfahren), d) in Bezug auf das zur Zielerfassung eingesetzte Assessment-Instrument (Ausmaß der Standardisierung, Art der Konstruktion (ad hoc, theoriegeleitet oder empirisch)), Anzahl möglicher Zielkategorien, Grad der Absicherung von Reliabilität und Validität, e) in Bezug auf die erhobenen bzw. dargestellten Prävalenzkennwerte (kontinuierlich eingeschätzte Wichtigkeit vs. Anteil von Patienten, die ein Ziel einer Kategorie verfolgen vs. Anteil einer Zielkategorie an der Gesamtmenge aller Ziele) und f) den gewählten Erhebungszeitpunkt (ohne therapeutischen Kontakt, nach therapeutischem Anfangskontakt, nach Ablauf der Therapie unter Einbezug sich evtl. ergebener Zielmodifikationen). Ausgesprochen selten sind bislang Studien, in denen das gleiche Assessment-Instrument verwendet wurde. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse über verschiedene Settings, Therapieformen und Patientengruppen. Die meisten Setting-übergreifenden Befunde gibt es bislang zu BIT-T, welches sich auch durch einen sorgfältigen und transparenten Konstruktionsprozess, vergleichsweise gute Reliabilitäten und eine hohe Flexibilität in

Bezug auf das der jeweiligen Fragestellung angemessene Abstraktionsniveau der Zielerfassung auszeichnet.

2.5.2.1 Was wollen die Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation erreichen?

Im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation gibt es bislang keine Studie, die Therapieziele von Patienten explizit untersucht und dargestellt hat. Bei der einzigen Studie, die auf Daten aus dem Setting der stationären psychosomatischen Rehabilitation basiert, wurden die Therapieziele von Patienten aus Rehabilitationskliniken zusammen mit den Therapiezielen von Patienten aus anderen Einrichtungen kombiniert und Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings nicht ausgewertet (Heuft 1998). Die Befunde der bisherigen Studien deuten jedoch darauf hin, dass die Therapieziele von Patienten settingspezifisch sind, und somit die Befunde aus den anderen Studien nicht ungeprüft auf den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation übertragen werden dürfen. Die zuvor dargestellten Spezifika des Klientels und des Settings der psychosomatischen Rehabilitation verweisen ebenfalls darauf, dass auch die bisherigen methodisch guten Befunde nicht auf dieses spezielle Anwendungsfeld übertragen werden können. Dies muss in Anbetracht der großen Bedeutung, die der psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zukommt (vgl. Barghaan et al. 2003), als gravierender Mangel der aktuellen Befundlage gesehen werden. Da es für eine optimale Therapie- und Versorgungsplanung hilfreich wäre, möglichst konkret zu wissen, was Patienten in einer Behandlungsmaßnahme erreichen wollen, ist ferner der hohe Abstraktionsgrad der meisten Studien zu kritisieren. Kategorien wie: „Psychoneurotische Inhalte“ mögen Hinweise darauf geben, dass eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, aber nicht darüber, in welchem Umfang, welche der nachgewiesenermaßen effektiven, störungsspezifischen Verfahren eingesetzt bzw. institutionalisiert werden sollten. Von daher fehlen Studien, die Therapieziele auf einem konkreten, relativ niedrigen Abstraktionsniveau untersuchen. Dazu sind aber neben einem entsprechenden Assessment-Instrument auch große Stichproben erforderlich, die im Sinne einer besseren Generalisierbarkeit möglichst repräsentativ für das Klientel der psychosomatischen Rehabilitation sein

sollten. Für die Versorgungsplanung wäre es ferner hilfreich zu wissen, welche Kombinationen von Therapiezielen gehäuft auftreten, da sich dann Behandlungsprogramme konzipieren und anbieten lassen, die den Spezifika dieser Zielkombinationen Rechnung tragen können. Um zukünftig die Therapieziele von Patienten und das Angebot in der stationären psychosomatischen Rehabilitation besser aufeinander abstimmen zu können, soll somit als erste Fragestellung dieser Arbeit (F1) unter Beachtung dieser methodischen und inhaltlichen Forderungen untersucht werden:

F1: Was wollen Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme erreichen?

2.5.2.2 Wie hängen psychische Störungen und Therapieziele zusammen?

Vergleichsweise selten sind bislang auch Studien, die untersucht haben, welche psychischen Störungen mit welchen Therapiezielen einhergehen. Die bisherigen Befunde deuten dabei bislang relativ eindeutig daraufhin, dass mit bestimmten Diagnosen häufig auch bestimmte Therapieziele einhergehen, aber andererseits die Diagnose keinesfalls die gesamte Varianz innerhalb der Therapieziele aufklärt. Darüber hinaus gibt es explorative Hinweise darauf, dass bei bestimmten Störungen eher „typische“ Therapieziele identifiziert werden können als bei anderen. Eine explizite und methodische adäquate Testung dieses Befundes steht, sowohl im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen allgemein, als auch speziell für das Setting der psychosomatischen Rehabilitation, noch aus. Dabei kommt dem Zusammenhang zwischen Diagnose und Therapiezielen zum einen für die Versorgungsplanung eine hohe Bedeutung zu, da bei einem eindeutigen Zusammenhang aus der Diagnose auch die Zielstellung ableitbar wäre. In diesem Fall könnte auch eine zielorientierte Versorgung ausschließlich auf der Grundlage der den Kostenträgern häufig bekannten Diagnosen erfolgen. Zum anderen ist gesichertes Wissen über den Zusammenhang von Diagnosen und Therapiezielen auch für den Bereich der Entwicklung und Indikation störungsspezifischer standardisierter Behandlungsangebote von hoher Wichtigkeit: Bei den v.a. im Bereich der Verhaltenstherapie nach wie vor mit beachtlicher Produktivität entwickelten und empirisch erfolgreich evaluierten Therapiemanualen (im Überblick: Fiedler 1997, Grawe 1998, Chambless & Ollendick 2001) werden in der Regel mit

den Methoden zur Behandlung einer Störung auch die Ziele der Behandlung explizit oder implizit festgelegt. Die Frage, ob diese Behandlungsangebote effektiv sind, muss mittlerweile zunehmend der Frage weichen, wie man die erfolgreichen Programme weiter verbessern kann (Grawe 1999). In diesem Sinne wurde in den letzten Jahren der optimalen Nutzung motivationaler Ressourcen der Patienten zunehmend Beachtung geschenkt (Kanfer et al. 1996, Grawe 1998, Schulte & Eifert 2002). Dabei wurde gefordert, dass neben der Entwicklung effektiver Methoden zur Störungsbeseitigung auch Techniken entwickelt werden müssen, die helfen, die Patienten für eine aktive und eigenverantwortliche Mitarbeit in der Therapie zu gewinnen (Caspar, in Druck). Da sich die Mehrzahl der aktuellen Manuale auf Syndrome bzw. auf die Störungen der ICD oder des DSM beziehen, und damit das konkrete therapeutische Vorgehen zu großen Teilen von der Symptomatik bestimmt wird, stellt sich die Frage, ob sich die Effekte standardisierter Behandlungen noch verbessern ließen, wenn statt einer reinen *indicatio symptomatica* (Schulte 1996) motivationale Kriterien in der Indikationsstellung stärker gewichtet würden. Dies wäre bei einer Indikationsstellung über die Therapieziele (*indication finalis* nach Schulte 1996) der Fall, die zusätzlich weitere für die Therapieplanung wichtige Aspekte wie individuelle aufrechterhaltende Bedingungen, Ressourcen des Patienten, aktuelle Veränderungsmöglichkeiten etc. (vgl. z.B. Schulte 1974) eher berücksichtigen kann als eine ausschließlich über die Diagnose gestellte Indikation. Diese bei der *indication finalis* explizit mit einbezogenen Faktoren würden dann bei der *indicatio symptomatica* automatisch mitberücksichtigt werden, wenn mit bestimmten Störungen immer bestimmte Therapieziele einhergingen. Wenn die Therapieziele jedoch innerhalb der von derselben Symptomatik betroffenen Patientengruppe stark variieren, würden diese wichtigen Faktoren bei einer ausschließlichen Indikation über die Diagnose nur ungenügend beachtet werden. In diesem Fall könnte eine störungsbezogene Behandlung an Effektivität gewinnen, wenn sie zieloffener gestaltet und damit auch weniger durch die Symptomatik inhaltlich konkret festgeschrieben wäre. Somit wäre es für die weitere Entwicklung standardisierter Verfahren von hoher Relevanz zu wissen, bei welchen Störungsgruppen „typische“ Therapieziele mit der jeweiligen Störungsgruppe einhergehen, und bei welchen Störungsbildern die Therapieziele in einem höheren Maße variieren. Die bisherigen Befunde legen nahe, dass sich das Ausmaß der Heterogenität von Therapiezielen bei verschiedenen Störungsgruppen unterscheidet. So lässt sich den referierten

Befunden von Faller und Gossler (1998) entnehmen, dass essgestörte Patienten möglicherweise eher typische und symptomkongruente Therapieziele haben als Angstpatienten, diese eher als somatoforme Patienten, und diese wiederum eher als depressive Patienten. Ein ähnliches Muster (ohne explizite Betrachtung somatoformer Störungen) deutet sich bei der Untersuchung von Grosse Holtforth und Kollegen bei ambulanten Psychotherapiepatienten (Grosse Holtforth & Grawe 2002), bei stationär-psychiatrischen Patienten (Grosse Holtforth et al. in press) sowie stationär-psychotherapeutischen Patienten (Driessen et al. 2001; Grosse Holtforth 2001) an. Die Ergebnisse einer zur Zeit von Grosse Holtforth und Kollegen (submitted) durchgeführten Studie, in der die Therapieziele von ambulanten, ausschließlich depressiv- bzw. angstgestörten Patienten, die sich entweder in allgemeiner Psychotherapie nach Grawe (1998) oder in kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung befanden, deuten ebenfalls auf eine größere Heterogenität der Therapieziele von depressiven Patienten hin. Dies verweist darauf, dass die Unterschiede nicht allein durch Unterschiede in Art und Anzahl der Co-Diagnosen oder durch das Behandlungssetting bedingt sind. In keiner der Studien wird die Heterogenität der Therapieziele jedoch quantitativ erfasst, und der Zusammenhang zwischen der Heterogenität von Therapiezielen und der Diagnose mit adäquaten Mitteln statistisch geprüft. Im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation existieren bislang überhaupt keine diesbezüglichen Studien. Aus diesem Grund soll unter besonderer Beachtung der Frage nach der „störungsspezifischen Typizität“ von Therapiezielen als zweite Fragestellung (F2) im folgenden untersucht werden:

F2: Wie hängen die psychischen Störungen von Patienten und deren Therapieziele zusammen?

2.5.2.3 Wie hängen über die Diagnosen hinausgehende sozialmedizinisch relevante Eigenschaften von Patienten mit den Therapiezielen zusammen?

Studien, die untersucht haben, welche Patienteneigenschaften jenseits der Diagnose die Wahl des Therapieziels beeinflussen, bzw. mit bestimmten Therapiezielen assoziiert sind, liegen bislang für kein therapeutisches Setting vor. Dabei könnten

diese bei der Etablierung einer an den Patientenzielen orientierten Versorgung eine wichtige Rolle spielen, da aus den Kostenträgern bekannten Eigenschaften eines zu versorgenden Klientels Rückschlüsse auf deren Ziele für die Behandlung gezogen werden können. Hierfür könnten zum einen soziodemographische Daten wie **Alter, Geschlecht und Bildung** herangezogen werden. Zum anderen erscheint es sinnvoll, speziell bei Patientengruppen, deren erfolgreiche Behandlung nachweislich problematisch ist, die Zielstellungen auf eventuelle Besonderheiten hin zu untersuchen. Sind typische Zielstellungen bei diesen „Problempatienten“ identifiziert, kann versucht werden, die Erfolgsprognose bei diesen Gruppen entweder durch ein diesen Zielen besser entsprechendes Angebot oder durch Maßnahmen der Zielmodifikation zu erhöhen. Dabei wäre zu prüfen, inwieweit sich die Versorgung schon durch eine bessere Zuweisung der Patienten zu bereits vorhandenen Maßnahmen oder aber durch die Entwicklung und Anwendung neuer auf bestimmte Ziele bezogene Behandlungskonzepte verbessern ließe. Als eine für die Versorgung in der psychosomatischen Rehabilitation problematische Gruppe sind in diesem Sinne die **schwer beeinträchtigten Patienten** zu nennen. Bei ihnen ist die Erwerbstätigkeit am ehesten gefährdet und Therapieerfolge vergleichsweise schwerer zu erzielen (Schmitz-Bühl, Kriebel & Paar 1999, Bengel & Jäckel 2002). Aus diesem Grund ist es für eine Versorgungsplanung, die der Abwendung vorzeitiger Berentungen dienen soll, wichtig zu wissen, welche Therapieziele sich speziell schwer beeinträchtigte Patienten setzen. Dabei ist in der **Dauer der bisherigen Arbeitsunfähigkeit** (AU-Dauer) ein aus sozialmedizinischer Perspektive besonders wichtiger Indikator für die Beeinträchtigungsschwere des Patienten zu sehen, da mit zunehmender AU-Dauer eine berufliche Wiedereingliederung immer schwieriger wird, was wiederum die Bedeutung von mit dem Therapieerfolg nicht zu vereinbarenden Gratifikationsinteressen erhöht (s.u.). Eine weitere für die Forschung im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation relevante Gruppe, die sich ebenfalls durch hohe Kosten und vergleichsweise geringe therapeutische Erfolge auszeichnet, ist die **Gruppe der unzureichend für psychotherapeutische Maßnahmen motivierten Patienten** (vgl. Buddhe, Hamerle & Keck 1989, Riedel 1990, Nübling 1992, Mahns 1994, Olbrecht, Kostka & Schneider 1995, Cady, Winters, Jordan, Solberg & Stinchfield 1996, Hoglend 1996, Kinne, Patrick & Maher 1999, Schneider, Klauer, Janssen & Metzloff 1999, Brewer et al. 2000). Beeinträchtigungen der Behandlungsmotivation ergeben sich häufig dadurch, dass

die **Patienten** (ein) **mit** dem Therapieerfolg **konkurrierende(s)** **Gratifikationsbegehren** verfolgen (vgl. Oberdahlhoff 1987, 1988, Plassmann & Färber 1995, Schulz, Lang, Lotz-Rambaldi, Bürger & Koch 1999). Oft handelt es sich dabei um die Intention, eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente zu erlangen oder aber weiter krankgeschrieben zu sein. Eine vorzeitige Berentung oder weitere Krankschreibung bietet den Patienten dabei die Option, sich bei - im Vergleich zu einer Kündigung oder beruflichen Neuorientierung - geringeren finanziellen Nachteilen einer als nicht mehr bewältigbar angesehenen beruflichen Situation zu entziehen (Staedtke, Hillert & Cuntz 2001). Auch hier wäre es wichtig zu erforschen, welche Therapieziele von Patienten mit einer beeinträchtigten Veränderungsmotivation bzw. mit vorliegenden konkurrierenden Gratifikationsbegehren verfolgt werden, um die Erfolgsprognose über eine Verbesserung der Passung von Therapieangebot und Therapiezielen zu verbessern. Zur Verbesserung der Befundlage in diesem Bereich soll von daher im folgenden unter Rekurs auf die angeführten Patienteneigenschaften die Fragestellung 3 (F3) untersucht werden:

F3: Lassen sich über die psychischen Störungen hinausgehende sozialmedizinisch relevante Eigenschaften von Patienten identifizieren, die mit den Therapiezielen assoziiert sind?

2.5.2.4 Was wollen Patienten in einer ambulanten Nachbehandlung erreichen?

Gänzlich unerforscht ist bislang auch, welche Ziele sich Patienten im Bereich der psychosomatischen Nachsorge setzen. Die Settingspezifität der oben geschilderten Befunde impliziert aber, dass, selbst wenn Befunde für die stationäre psychosomatische Rehabilitation vorlägen, diese nicht ohne weiteres auf die psychosomatische Nachsorge übertragen werden könnten. Ferner sprechen auch eine Reihe von theoretischen Annahmen sowie empirischen Befunden dafür, dass sich Therapieziele im Laufe von Psychotherapien, und damit auch zwischen Beginn der stationären Reha-Maßnahme und deren Ende verändern (vgl. Sorenson, Gorsuch & Mintz 1985, Schulte-Bahrenberg 1990, Schulte-Bahrenberg & Schulte

1990, Pöhlmann 1999, Sack et al. 1999, Staats, Biskup & Leichsenring 1999, Brockmann, Schlüter & Eckert 2003b; im Überblick Dreesen 2003).

Dass eine ambulante Nachbehandlung schon zur Förderung des Transfers und zum weiteren Ausbau der in der stationären Therapie erreichten Veränderungen in den bzw. im Alltag der Patienten notwendig ist, ist mittlerweile durch eine Reihe von Befunden belegt (im Überblick vgl. Schröder 2003). Will man auch für eine solche Behandlung die motivationalen Ressourcen der Patienten maximal nutzen, ergibt sich die Notwendigkeit zu klären, welche Ziele sich Patienten für eine mögliche ambulante Anschlussbehandlung in der Zeit nach der stationären Rehabilitation setzen. Aus diesem Grund soll im empirischen Teil der Arbeit auch der folgenden Fragestellung 4 (F4) nachgegangen werden:

F4: Welche Ziele setzen sich die Patienten für eine ambulanten Behandlung im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitation, bzw. unterscheiden sich die auf die Nachbehandlung bezogenen Zielstellungen von denen für die stationäre Behandlung?

2.6 Die Erarbeitung hilfreicher Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation

2.6.1 Forderungen an die Beschaffenheit hilfreicher Therapieziele

Um den Therapieerfolg zu maximieren, müssen ergänzend zur Optimierung der zielbezogenen Therapie- und Versorgungsplanung die Therapieziele so gestaltet werden, dass sie den Therapieerfolg maximal fördern helfen (Rosen & Proctor 1981). In der einschlägigen Literatur sind eine Reihe von Kriterien vorgeschlagen worden, die Therapieziele zu diesem Zweck erfüllen sollen und die sogenannte „wohlgestaltete Therapieziele“ definieren (Willutzki & Koban 1996). So wird von individuellen Therapiezielen a) gefordert, dass ihr Erreichen entweder per se einen wünschenswerten Zustand darstellt, oder ihr Erreichen möglichst förderlich für das Erreichen bedeutsamer übergeordneter Ziele ist (Berg & Miller 1993, S. 52ff, Kanfer et al. 1996, Willutzki & Koban 1996, in press), und dass sie b) eine realistische Chance haben, innerhalb der Therapie erreicht zu werden (Berg & Miller 1993, Kanfer et al. 1996, Koban & Willutzki 2001, Pöhlmann 2001). Somit sollte auch die

Zahl der vereinbarten Therapieziele überschaubar sein und dem zeitlichen Rahmen der Therapiemaßnahme Rechnung tragen. Therapieziele sollen c) so konkret, spezifisch und verhaltensnah bzw. operationalisierbar wie möglich formuliert werden (Berg & Miller 1993, Kanfer et al. 1996, Heuft & Senf 1997, Pöhlmann 1999, 2001, Koban & Willutzki 2001). So können 1. Missverständnisse zwischen Patient und Behandlern vermieden, 2. bildhaftere und damit eher handlungsleitende Vorstellungen generiert, 3. die Therapieplanung transparenter gemacht, sowie 4. Validität und Reliabilität der Erfolgsmessung erhöht werden. Werden mehrere konkrete Veränderungsziele zu einem allgemeinen Veränderungsziel abstrahiert, um den „Kern“ der Veränderungsintention ökonomisch zu erfassen und auszudrücken, ist zu fordern, dass in einem anschließenden Schritt eindeutige Konkretisierungen bzw. Operationalisierungen erarbeitet werden (ebd.). Ferner sollen Therapieziele d) positiv bzw. den „Beginn neuer, nicht das Ende alter Verhaltensgewohnheiten“ betreffend (Berg & Miller 1993, Kanfer et al. 1996, Pöhlmann 1999, Koban & Willutzki 2001), e) prozesshaft, f) im Infinitiv, g) gegenwartsbezogen (jeweils Walter & Peller 1993) und h) in den Worten des jeweiligen Patienten formuliert werden (Walter & Peller ebd., Willutzki & Koban 1996).

Analysiert man die funktionalen Bezüge all dieser Kriterien untereinander, so lässt sich postulieren, dass sich letztlich zwei finale und eine ganze Reihe diesen untergeordnet-instrumentelle Kriterien ergeben. Als finales Kriterium muss zum einen gelten, dass das individuelle Therapieziel auch in der Lage ist, noch zu spezifizierende übergeordnete Aspekte des Therapieerfolgs zu fördern. Zum anderen muss das Therapieziel auch in ausreichendem Ausmaß erreichbar sein, da das Potenzial zur Förderung des allgemeinen Therapieerfolgs eines Therapieziels nur in dem Maß ausgeschöpft werden kann, in dem dies Therapieziel auch tatsächlich erreicht wird. Die anderen oben aufgeführten Kriterien lassen sich als hilfreiche Bedingungen für die Gewährleistung der „Förderlichkeit eines Therapieziels für den allgemeinen Therapieerfolg“, bzw. für die Gewährleistung der „Erreichbarkeit“ ansehen. So ist die „persönliche Relevanz“ eines Therapieziels beispielsweise für die Förderung des Therapieerfolgs relevant, da das Erreichen des Therapieziels selbst als wichtiges Therapieerfolgskriterium angesehen wird und mit dem Erreichen wichtiger Ziele auch positive emotionale und motivationale Konsequenzen verbunden sind (vgl. Austin & Vancouver 1996), die Einfluss auf wichtige

Therapieerfolgparameter (s. Kazdin 1999) haben. Außerdem steigert die persönliche Relevanz eines Zieles auch die Motivation zur aktiven Mitarbeit, was sich wiederum positiv auf die Realisierbarkeit des Zieles auswirken sollte (Grawe 1998, S. 96). Die „Konkretheit“ der Formulierung fördert zum einen die Erreichbarkeit eines Zieles, da sich mit höherer Konkretheit eher konkrete Veränderungsschritte ableiten lassen. Zum anderen fördert sie den Gesamterfolg, da das Erreichen konkreter Ziele auch eher kognitiv repräsentiert wird und damit einen positiven Einfluss auf therapieerfolgsrelevante Prozesse wie Selbsteffizienz, positives Selbstbild etc. nehmen kann. Da es aber in dem Fall, dass ein für den Therapieerfolg wichtiges Ziel in der Therapie erreicht wurde, letztlich nicht von Bedeutung ist, wie „konkret“, „kleinschrittig“, „prozesshaft“ etc. dieses Ziel war, sollen sich die folgenden empirischen Analysen auf die als zentral angesehenen Kriterien der Relevanz für den Therapieerfolg und der Erreichbarkeit des Therapieziels beschränken.

2.6.2 Der Prozess der Erarbeitung von Therapiezielen

Das Erarbeiten von Therapiezielen, die sowohl für den allgemeinen Therapieerfolg bedeutsam als auch erreichbar sind, geschieht in einem komplexen interaktiven Prozess von Patient und Behandler, der von einer ganzen Reihe von Faktoren beeinflusst wird. Vernooij und Adenacker (1995) nennen als mögliche Einflussfaktoren auf Seiten der Therapeuten: wissenschaftliche und praktische Ausbildung, physische Konstitution, Geschlecht, Lebens- und Berufserfahrung sowie die Biographie. Auf Seiten der Patienten: Lebenserfahrung, Biographie, intellektuelle Leistungsfähigkeit und Einsichtigkeit, physische und psychische Konstitution, Motivation sowie das soziale Umfeld. Im Hinblick auf die Interaktion der beiden betonen sie den zielgestaltenden Einfluss der Tragfähigkeit der Beziehung, der Kompatibilität der Interaktionsstile, der (therapeutischen) Empathie sowie der Übereinstimmung der Zielvorstellungen. In Bezug auf die der Therapie zugrunde liegenden Problematik sehen sie Ziele durch ethische, juristische und medizinische Fragestellungen, Folgen der Veränderung, Ambivalenzen und Widersprüche, sowie deren Komplexität beeinflusst. Ferner betonen sie den Einfluss der Therapiemethode bzw. der zugrundeliegenden Therapietheorie (s.o.), sowie den Einfluss von Settingfaktoren wie Kostenträger, Behandlungsdauer, etc. Ähnliche Faktoren führen Driessen und Kollegen (2001) in ihrem Modell der „Therapieziele als Resultat intra-

und extrapersoneller Faktoren und rekursiver Prozesse“ auf. Zusätzlich weisen diese Autoren jedoch auch der aktuellen Störung eine zentrale Rolle zu und betonen die transaktionalen Beziehungen von aktueller Störung, Therapiezielen und Therapieverlauf.

Die in diesen Ansätzen eruierten Faktoren müssen als einflussnehmender Hintergrund gesehen werden für den eigentlichen interaktiven Prozess des Herausarbeitens, Formulierens und Festhaltens der Therapieziele. Dieser Prozess hat die Funktion, die ursprünglich häufig diffusen, unrealistischen oder langfristig wenig hilfreich erscheinenden Veränderungswünsche des Patienten (vgl. Kanfer et al. 1996, S. 279ff oder Koban & Willutzki 2001) in Therapieziele zu überführen, die die oben genannten „Kriterien der Wohlgestalt“ bzw. v.a. die finalen Kriterien von Relevanz und Erreichbarkeit erfüllen. Mittlerweile gibt es empirische Belege dafür, dass bereits der Prozess der gemeinsamen Zielerarbeitung mit höheren Patientenzufriedenheit (Mintz & Kiesler 1986), einer intensiveren Zielverfolgung seitens des Patienten (Evans 1984) und einem höheren Therapieerfolg einhergeht (Hart 1978, Barbrack & Maher 1984, Mintz & Kiesler 1986, Reddin Long 2001). Dies wird zum Teil darauf zurückgeführt, dass dem Patienten durch einen solchen Prozess signalisiert wird, dass er mit seinen Wünschen und Zielen als Person ernst genommen wird, und sich der Therapeut für die Ziele des Patienten einsetzen will, ihn aber auch vor dem Verfolgen nicht hilfreicher Ziele bewahren möchte. Damit verhält sich der Therapeut komplementär zu wichtigen Bedürfnissen von Patienten, was sich positiv auf die therapeutische Beziehung und über diese auf Zusammenarbeit und Therapieerfolg auswirkt (vgl. Lohman 1980, Bastine 1981, Grawe & Braun 1984, Grawe 1992, Sokolowski 1993, Truant & Lohrenz 1993, Kiresuk, Smith & Cardillo 1994, Caspar 1995, Caspar, Grossmann & Unmüßig, submitted). In diesem Sinne konnte auch nachgewiesen werden, dass Therapiestunden, in denen Patienten über ihre Ziele und Erwartungen sprechen können, von ihnen als besser und hilfreicher beurteilt wurden als Therapiestunden, in denen das nicht der Fall war (Goldstein, Cohen, Lewis & Struening 1988, Hoyt, Xenakis, Marmar & Horowitz 1983). Das gemeinsame Erarbeiten von Zielen erleichtert darüber hinaus auch das Aufdecken und Beseitigen eventuell vorhandener Differenzen zwischen den Zielen des Patienten und denen des Therapeuten.

2.6.2.1 Das Modell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer

Der eigentliche Prozess der Zielerarbeitung wird zumindest in den klassischen verhaltenstherapeutischen Therapieschemata mehr oder weniger ausführlich explizit thematisiert (im Überblick Wipplinger & Reinecker 1994, S. 86ff.) Große Popularität und Bedeutung hat dabei das präskriptive dreiphasige Modell von Kanfer und Kollegen (1996, S. 89ff) gefunden, in dem die folgenden drei Schritte unterschieden werden:

a. Das Klären von Therapiezielen

Hier soll zunächst die Aufmerksamkeit des Patienten auf das Thema Ziele und Werte gelenkt werden. Es soll bewusst gemacht werden, in welchem Zusammenhang die aktuellen Lebensziele des Patienten mit seiner aktuellen Situation und seinen Beschwerden stehen. Dabei sollen die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Zielen herausgearbeitet und als hierarchische Struktur dargestellt werden. Der Patient wird angeregt, über seine Ziele zu reflektieren und sie gegebenenfalls neu zu setzen, wenn an dieser Stelle schon überwiegend negative Konsequenzen ersichtlich werden. Wenn der Patient ggf. unter der Hilfestellung spezifischer Verfahren der Ziel-Wert-Klärung (Kanfer et al. ebd., S. 215 ff u. S. 432 ff, Koban & Willutzki 1996) Lebensziele erarbeitet hat und diese in lang-, mittel- und kurzfristige Ziele geordnet sind, muss geklärt werden, für welche dieser Ziele der Patient die Therapie als Hilfestellung nutzen will. Dabei sollen im Sinne eines „Brainstormings“ zunächst möglichst viele sinnvoll erscheinende Hilfestellungen und damit potenzielle Therapieziele unzensuriert erarbeitet werden.

b. Die gemeinsame Zielanalyse

Hier geht es darum zu prüfen, ob die potenziellen Therapieziele die oben formulierten „Kriterien der Wohlgestalt“ erfüllen. Für Kanfer und Kollegen (1996) steht dabei im Vordergrund, dass zunächst einmal die Therapieziele konkretisiert und operationalisiert und, wenn nötig, positiv formuliert werden. Dann muss der Realitätsgehalt der Therapieziele überprüft werden, bzw. es müssen dem Patienten Fertigkeiten vermittelt werden, wie er selber zwischen „Utopien und Phantastereien“ (ebd., S. 281) einerseits und prinzipiell erreichbaren Zielen andererseits unterscheiden kann. Bei Bedarf geht es hier auch darum, dem Patienten zu helfen, sich im Sinne eines „disengagement from incentives“ (Klinger 1975) von als unrealistisch erkannten Vorstellungen zu lösen und diese mit realistischen Vorstellungen zu substituieren (vgl. auch Brunstein 1995). Ein weiterer Bestandteil

der Zielanalyse besteht nach Kanfer und Kollegen (1996) in der Analyse der Kapazitäten des Patienten und auch des Therapeuten, die potenziellen Ziele auch erreichen zu können. Hierbei muss eruiert werden, wo beim Patienten oder beim Therapeuten kognitive und/oder behaviorale Defizite in den für die jeweilige Zielerreichung relevanten Kompetenzen bestehen. Wenn erforderlich, sind diese Defizite in einem Zwischenschritt ausreichend zu beheben. Ist dies nicht möglich, müssen „gewisse Zielaspekte modifiziert ...“ oder „der Erwartungshorizont begrenzt“ werden (Kanfer et al. ebd.). Ggf. ist auch an die Überweisung an einen anderen, im thematisierten Bereich kompetenteren Therapeuten zu denken. Ferner wird es als notwendig angesehen zu prüfen, inwieweit die potenziellen Ziele vom Lebensumfeld des Patienten eher unterstützt oder eher behindert werden. Zumindest für eine ausreichende Unterstützung der Therapieziele sollte entweder durch Einbezug und Modifikation des Umfeldes, durch einen Umfeldwechsel oder aber über eine Modifikation der Zielstellung gesorgt werden. Als abschließenden Aspekt bei der Zielanalyse muss sich der Therapeut auf der Grundlage seiner ethisch-moralischen Werte für oder gegen die Arbeit an einem potenziellen Therapieziel entscheiden.

c. Konsens über therapeutische Zielperspektiven

In dieser Phase werden die Therapieziele gemeinsam ausgehandelt und expliziert. Die Wertvorstellungen, Wünsche und Ziele des Patienten bilden die Grundlage dieses Prozesses. Ihnen kommt im Aushandlungsprozess die vorrangige Bedeutung zu. Der Therapeut muss jedoch als Experte dafür sorgen, dass nur Ziele angestrebt werden, die sich im Prüfstand der Zielanalyse als adäquat und realisierbar erwiesen haben und weder Patient noch Therapeut in Konflikte mit den eigenen Wertvorstellungen bringen. Bei Differenzen in den Zielvorstellung müssen auf der Basis gegenseitigen Verstehens und Respektierens gemeinsam Kompromisse zwischen den verschiedenen Positionen erarbeitet werden.

Da davon ausgegangen wird, dass sich im Laufe der Therapie neue therapiezielrelevante Sachverhalte ergeben bzw. wichtige neue Informationen zu Tage treten (vgl. Grawe 1987, S. 1853 oder Broda & Senf 1996, S. 261), muss der Prozess der Zielerarbeitung mit seinen drei Phasen gemäß Abbildung 1 in einem rekursiven iterativen Prozess bei Bedarf mehrmals durchlaufen werden. Im Therapieverlauf wichtig ist dabei vor allem die Frage nach dem Erfolg des Einsatzes spezifischer therapeutischer Methoden, da diese für die im Vorfeld häufig schwierige Einschätzung der Erreichbarkeit eines Therapiezieles wichtig sind.

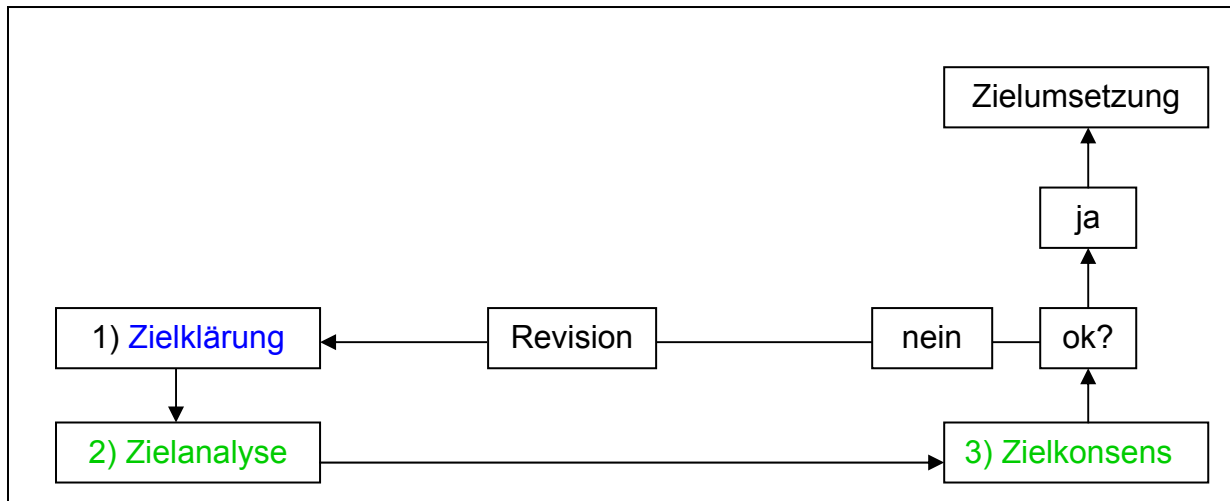


Abbildung 1: Vereinbaren therapeutischer Ziele (Kanfer et al. 2000) mit einer Unterteilung nach Produktionsphase und Auswertungs- und Integrationsphase.

2.6.2.2 Optimierungsmöglichkeiten bei der Zielerarbeitung und Ableitung der zielerarbeitungsbezogenen Fragestellungen

Wenn das Ziel des hier geschilderten Prozesses darin liegt, Therapieziele zu erarbeiten bzw. beizubehalten, die in möglichst hohem Maße die Kriterien von Relevanz und Erreichbarkeit erfüllen, stellt sich im Sinne Grawes (1999) die Frage, ob sich therapeutische Handlungsregeln aufstellen lassen, die dem Therapeuten bei der Bewältigung dieser Aufgabe helfen können. Im Angesicht der oben geschilderten Befunde und theoretischen Überlegungen muss der Therapeut einerseits die naiven Therapieanliegen des Patienten ernst nehmen, andererseits jedoch überprüfen, ob diese den Kriterien der Wohlgestalt entsprechen (vgl. auch Wipplinger & Reinecker 1994). Dort wo die vom Patienten vorgeschlagenen Ziele nicht in ausreichendem Maße die Kriterien der Wohlgestalt erfüllen, muss der Therapeut sie korrigieren. Selbiges gilt auch für potenzielle Ziele, die der Therapeut aus seiner Fallkonzeption, d.h. aus seiner Analyse der ursächlichen, der aufrechterhaltenden und der veränderungsrelevanten Sachverhalte ableitet (vgl. Schulte 1986) und seinerseits in die gemeinsame Zieldiskussion mit dem Patienten einbringt. Für diese Beurteilung muss der Therapeut eine Prognose stellen, inwieweit ein bestimmtes Ziel die jeweiligen Kriterien erfüllt. Diese Prognose sollte wie jede therapeutische Handlungsregel empirisch validiert sein (vgl. Grawe 1999). Als empirische Referenzpunkte stehen dem Therapeuten zum einen seine persönliche Erfahrung und zum anderen die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zur Verfügung. Das

Problem mit der Bezugnahme auf persönliche Erfahrungswerte besteht jedoch darin, dass es selbst für einen langjährig tätigen Therapeuten schwierig sein wird, genügend Patienten behandelt zu haben, um über alle denkbaren Ziele hinweg jeweils ausreichend große Gruppen von Patienten vergleichen zu können und damit die Frage zu beantworten, ob bestimmte Ziele jeweils relevanter oder erreichbarer sind als andere. Selbst wenn er sich nur auf die häufigen Ziele beschränkt, wird es ihm nur sehr schwer möglich sein, zu überprüfen, ob die gefundenen Differenzen von allgemeiner Gültigkeit sind, oder ob sie von den spezifischen Eigenschaften des Patienten moderiert werden. Es erscheint aus dieser Perspektive zwingend notwendig, dass die Psychotherapieforschung sich der Aufgabe stellt, genügend große Gruppen von Patienten zu untersuchen, um so empirische Bezugspunkte zu schaffen, die als Indikator dafür dienen können, welche Ziele bei welchen Patienten für den Therapieerfolg relevant und gleichzeitig erreichbar sind.

2.6.2.2.1 Welche Therapieziele fördern den Therapieerfolg?

Will man die Relevanz eines potenziellen Therapiezieles für den Therapieerfolg vorhersagen, so muss zunächst geklärt werden, was mit Therapieerfolg gemeint ist. Die diesbezügliche Literatur zeichnet dabei durch eine extreme Variabilität der Definition des Konstruktes aus (Schulte 1993, Kazdin 1999). So fanden Froyed und Lambert (1989, zitiert nach Lambert & Hill, 1994) in 348 verschiedenen Evaluationsstudien insgesamt 1430 verschiedene Operationalisierungen des Erfolgs psychotherapeutischer Behandlungen. Generell bedeutet Therapieerfolg jedoch, dass die angestrebten Ziele erreicht werden (Schulte ebd.). In Bezug auf die angestrebten Ziele lässt sich mit Parloff (1967) zwischen Endzielen (ultimate goals) und vermittelnden Zielen (mediating goals) unterscheiden. Nach Rosen und Proctor (1981) muss sich der Therapieerfolg dabei an der Erreichung der Endziele messen lassen. Die individuellen Therapieziele sind dagegen bei ausreichender Konkretisierung i.d.R. auf der Ebene der vermittelnden Ziele angesiedelt. Die Endziele müssen als Resultat individueller Entscheidungen auf der Basis subjektiv-normativer Erwägungen der am Therapieprozess beteiligten Parteien gesehen werden (Greve 1993). Deswegen sind die Endziele nicht logisch oder empirisch ableitbar, sondern können allenfalls in Form einer Einigung innerhalb und zwischen den am Therapieprozess beteiligten Gruppen festgelegt werden. Die mediating goals sind jedoch aus den Endzielen prinzipiell ableitbar, wenn empirisch geklärt ist, mit

welchen vermittelnden (bzw. individuellen Therapie-) Zielen die Endziele im individuellen Fall am besten erreicht werden können.

Ein Vorschlag zur übersichtlichen Kategorisierung der Summe der möglichen Endziele lässt sich dem *Phasenmodell therapeutischer Veränderungen* von Howard, Lueger, Maling und Martinovich (1993) entnehmen (vgl. auch Lueger 1995). Hier werden Remoralisierung (Verbesserung des aktuellen Befindens, des Optimismus und der Selbsteffizienz), Remediation (Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik) und Rehabilitation (Verbesserung der durch die Symptomatik bedingten psychosozialen Beeinträchtigungen) als die zentralen Ziele psychotherapeutischer Behandlung angesehen. Der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung besteht im Ausmaß der positiven Veränderungen in allen drei Bereichen. Damit steht das Modell sowohl im Einklang mit den für die psychosomatische Rehabilitation beispielsweise von Paar und Kollegen (in Vorbereitung) definierten Zielen, die über eine reine Symptombeseitigung hinausgehen sollen: „Psychosomatische Rehabilitation zielt auf eine Adaptation und Neuorientierung des Kranken ab ... sie betont die Bereitschaft zu Verantwortungsübernahme und Veränderung (des Kranken; A.d.V.) ...“ als auch mit den gesetzlich für die psychosomatische Rehabilitation festgeschriebenen Zielen der „Heilung von Krankheiten und deren Folgen“ (SGB V §§ 107 und 111).

Wenn Therapieziele somit nicht nur Selbstzweck, sondern auch Mittel zu Remoralisierung, Remediation und Rehabilitation sind, stellt sich im Hinblick auf die Verbesserung der Effektivität psychotherapeutischer Verfahren die Frage, mit welchen Therapiezielen bei einem bestimmten Patienten diese übergeordneten Ziele am effektivsten erreicht werden können. In der Therapieplanung muss der Therapeut mögliche Therapieziele daraufhin prüfen, inwieweit sie für das Erreichen übergeordneter Therapieziele hilfreich sind. Zur empirischen Validierung der hierfür notwendige Relevanz-Prognose wären Daten notwendig, die zeigen, ob sich Therapieziele in Bezug auf ihr Potenzial, übergeordnete Therapieziele zu fördern, unterscheiden. Ist dies der Fall, könnten durchschnittliche Relevanz-Indikatoren als empirische Validierung für die Prognose im individuellen Fall dienen. Je ähnlicher die empirische Referenzgruppe in Bezug auf Patienteneigenschaften, Art der Störung und Art der Behandlung, desto verlässlicher wäre die Prognose. Vor der endgültigen Klärung einer kausal zu interpretierenden differenziellen Therapieerfolgsförderlichkeit von Therapiezielen muss jedoch untersucht werden, inwieweit sich Therapieziele

darin unterscheiden, wie stark die Zielerreichung mit dem allgemeinen Therapieerfolg zusammen hängt.

Bislang existieren nahezu keine expliziten empirischen Untersuchungen, die über verschiedene Therapieziele den Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Zielerreichung und den Veränderungen auf übergeordneten Erfolgsmaßen verglichen haben. Lediglich in einer Studie von Greer (1980) wurde versucht, dieser Fragestellung nachzugehen. Untersucht wurden insgesamt 63 Therapieziele von 19 Patienten, die ambulant mit einer unspezifizierten Kurzzeittherapie teilweise von Sozialarbeitern und Krankenschwestern oder -pflegern behandelt worden waren. Der Grad der Erreichung der Therapieziele auf einer 9-stufigen Skala mit den Polen „unmöglich zu erreichen“ (-4) und „vollständig erreicht“ (+4) wurde sowohl von Patienten als auch von Therapeuten eingeschätzt. Als andere Outcome-Maße wurden 1. das allgemeine Wohlbefinden über eine gleichnamige Skala von Dupuy (1974), 2. die Angst-Reduktion über die Angst-Subskala der Hopkins-Symptom Checklist (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Corvi 1974), 3. der soziale Status über eine 12-Item Skala von Edwards, Yarvis und Müller (1979) und 4. der generelle Therapieerfolg über eine 8-Item Skala von Edwards (1974) erhoben (weitere Details zu den einzelnen Instrumenten wurden nicht berichtet). Die Stärke der Zusammenhänge wurde über die Korrelationen zwischen Zielerreichung und Erfolgsmaßen für jede Zielkategorie separat bestimmt. Greer gibt dabei nur die auf dem 5%-Niveau signifikanten Korrelationen an, die in der folgenden Tabelle 10 wiedergegeben sind.

Tabelle 10: Korrelationen zwischen der Zielerreichung und weiteren Erfolgsmaßen für die einzelnen Therapiezielkategorien nach Greer (1980).

	Wohlbefinden	Angst- reduktion	Allgemeines Ergebnis	Sozialer Status
persönlich	.56/.69	.51	.75	
sozial	.56/.85		/.58	.72
familiär			/.60	
arbeitsbezogen	.63/.46	.59	.91/.61	.67

Anmerkung: bei zwei Angaben: Patient/Therapeut, ansonsten nur Patientenangaben; jeweils nur für auf dem 5%-Niveau signifikante Zusammenhänge.

Aufgrund der nicht vorhandenen Testung der Korrelationskoeffizienten auf Unterschiedlichkeit bzw. der nicht angegebenen Zahl der jeweils korrelierten Wertepaare kann über die Unterschiede zwischen den Zielgruppen keine statistisch

abgesicherte Aussage gemacht werden. Die deskriptive Analyse Greers kommt zu dem Schluss, dass sich die Zusammenhänge zwischen Zielerreichung und den unterschiedlichen Therapieerfolgsmaßen nicht in bedeutsamer Weise unterscheiden. Dass die Korrelationskoeffizienten jedoch schon innerhalb dieser groben Zielklassifikation zwischen .56 und .91 variieren, lässt sich jedoch entgegen dieser Interpretation auch als Hinweis darauf werten, dass substantielle Unterschiede bestehen. Letztlich ist der Aussagegehalt der Studie jedoch durch die geringe Fallzahl und die dadurch mitbedingte äußerst grobe Zielklassifikation erheblich eingeschränkt. Greer selbst fordert für die weitere Forschung Studien mit einer weiteren Differenzierung der Zielkategorien. Um für die beim Erarbeiten hilfreicher Therapieziele notwendige Prognose über die Relevanz bzw. die potenzielle Förderlichkeit eines zur Wahl stehenden Therapieziels eine empirische Grundlage zu schaffen, soll im empirischen Teil der Arbeit die folgende Fragestellung 5 (F5) beantwortet werden:

F5: Unterscheiden sich Therapiezielen darin, inwieweit ihr Erreichtwerden mit dem Therapieerfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zusammenhängt?

Um im Sinne einer individuumsorientierten Therapieplanung (vgl. Lutz et al. 2001, Lutz 2002, 2003a, Lutz et al. 2003) die Prognose der Erfolgsförderlichkeit eines speziellen Therapiezieles für den individuellen Fall verbessern zu können, wäre hier auch wichtig zu wissen, inwieweit Unterschiede zwischen verschiedenen Therapiezielen in Bezug auf die Erfolgsförderlichkeit relativ unabhängig von den Eigenschaften des individuellen Patienten sind oder in hohem Maße von diesen abhängen. Dieser Frage wurde bislang in keiner Studie nachgegangen. Deswegen soll als explorative Nebenfragestellung zur F5 auch untersucht werden, inwieweit sich Eigenschaften von Patienten identifizieren lassen, die das Ausmaß der Förderlichkeit individueller Therapieziele für den Therapieerfolg moderieren. Als potenziell relevante Patienteneigenschaften sollen dabei in Anlehnung an Garfield (1994) die schon für Fragestellung zwei und drei herangezogenen Eigenschaften Alter, Geschlecht, Bildung, Beeinträchtigungsschwere (inkl. AU-Dauer), Therapiemotivation (incl. Gratifikationsbegehren) und Diagnosegruppe untersucht werden.

2.6.2.2 Welche Therapieziele sind in welchem Ausmaß erreichbar?

Ob bestimmte Therapieziele leichter erreichbar sind als andere, ist bislang selten untersucht worden. In der bereits dargestellten Studie von Greer (1980) ergaben sich für die Zielgruppe „persönliche“ Therapieziele aus Patientensicht eine mittlere Zielerreichung (und Standardabweichung) von $M=0.9$ ($SD=2.5$) und aus Therapeutensicht von $M=0.8$ ($SD=2.1$), für „familiäre“ Ziele aus Patientensicht von $M=1.6$ ($SD=1.5$) und aus Therapeutensicht von $M=0.8$ ($SD=2.0$). Für „soziale“ Ziele lag die Zielerreichung sowohl bei der Patienten- als auch bei der Therapeuteneinschätzung bei $M=1.1$ ($SD=1.4$ bzw. 1.2) und für „arbeitsbezogene“ aus Patientensicht bei $M=0.5$ ($SD=1.8$) und aus Therapeutensicht bei $M=0.2$ ($SD=2.0$). Für keine der beiden Beurteilungsperspektiven ergaben sich signifikante Unterschiede in der Zielerreichung zwischen den verschiedenen Therapiezielgruppen. Neben der geringen Fallzahl mag auch hier v.a. die sehr abstrakte Auflösungsebene der Zielkategorisierung zu diesem Befund beigetragen haben.

Ruff und Werner (1987) fanden in einer Stichprobe von insgesamt 480 für eine analytische Behandlung stationär aufgenommenen Psychotherapiepatienten Zusammenhänge zwischen a) dem Inhalt der Therapieanliegen der Patienten und b) dem kurzfristigen Absagen der Teilnahme durch den Patienten, der Ablehnung des Patienten durch die Klinik, dem vorzeitigen Therapieabbruch, der vom Therapeuten eingeschätzten Behandlungsmotivation und der vom Therapeuten empfundenen Sympathie und Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem Patienten. Patienten mit nicht-klassifizierbaren Zielen („sonstige“) hatten auf diesen Verlaufsvariablen ungünstigere Ausprägungen als Patienten, deren Ziele sich auf „körperliche Besserung“, „Medikamentenreduktion“, „psychische Besserung“ und „Psychogeneseverständnis und „Konfliktbearbeitung“ bezogen. Weitere Outcome-Unterschiede zwischen den klassifizierbaren Gruppen werden nicht berichtet. Insbesondere fehlen Angaben über Zusammenhänge mit direkten Zielerreichungseinschätzungen.

In einer Untersuchung von Heuft und Kollegen (1996) an 42 stationären Patienten, die in vier verschiedenen Settings „multimodal-analytisch“ behandelt wurden, wurde die über die Psy-BaDo erfasste Zielerreichung bei „psychoneurotischen“ Hauptzielen von den Patienten geringer eingeschätzt als die Zielerreichung bei „körperlichen“

Hauptzielen. Aus der Perspektive der Therapeuten ließ sich dieser Unterschied allerdings nicht bestätigen. Obwohl mit dem verwendeten Kategoriensystem (KITZ, Heuft & Senf 1997) auch Analysen auf einer feineren Auflösungsebene möglich wären, wurden diesbezügliche Ergebnisse bislang noch nicht berichtet.

Damit ist die Frage danach, ob sich Therapieziele in Bezug auf ihre Erreichbarkeit unterscheiden, insgesamt empirisch bislang nur unzureichend geklärt. Die wenigen Studien verwenden ausschließlich sehr breite Zielkategorien, innerhalb derer eine erhebliche Varianz der Zielerreichung vorliegt bzw. zu vermuten ist. Verhaltenstherapeutische Behandlungsangebote wurden bislang nicht mit in die Analysen einbezogen. Die Studie von Heuft und Kollegen (1996) stützt sich lediglich auf 42 Patienten. Außerdem bleibt die Diskrepanz der Befunde zwischen Patienten- und Therapeutenaussagen ungeklärt. In der Studie von Ruff und Werner (1987) bleibt die Frage der Reliabilität der Zielklassifikation offen und die Zielerreichung wird nicht direkt gemessen. Die Studie von Greer leidet am stärksten unter der geringen Anzahl von lediglich 19 untersuchten Patienten, welche zu einer verminderten Teststärke führt, so dass auf deskriptiver Ebene vorhandene Unterschiede zwischen den Gruppen in der Zielerreichung nicht signifikant werden. Bei Re-Analysen der Ergebnisse finden sich beispielsweise zwischen familien- und arbeitsbezogenen Zielstellungen Unterschiede in der Zielerreichung, die im mittleren Effektstärkenbereich (Cohen 1988, 1992) liegen. Damit können die bisherigen Studien nicht als verlässliche Hilfestellungen für das Erstellen einer empirisch validierten Prognose der Zielerreichung bei verschiedenen Therapiezielen gesehen werden. Ebenso wenig kann mit den bisherigen Studien die Frage danach, ob sich verschiedene Therapieziele überhaupt in Bezug auf die Zielerreichung unterscheiden und welche Faktoren diese Unterschiede moderieren, verlässlich beantwortet werden. Darum soll in der vorliegenden Arbeit die folgende Fragestellung 6 (F6) untersucht werden:

F6: Unterscheiden sich Therapieziele darin, inwieweit sie in der stationären psychosomatischen Rehabilitation besonders gut bzw. besonders schlecht erreicht werden?

Ähnlich wie bei Fragestellung F 5 wäre auch hier für eine individuumsorientierten Therapieplanung (vgl. Lutz et al. 2001, Lutz 2002, 2003a, Lutz et al. 2003) wichtig zu

wissen, inwieweit Therapieziele eher unabhängig von spezifischen Eigenschaften des Patienten mehr oder weniger erreicht werden, oder ob bzw. welche Eigenschaften von Patienten Einfluss darauf nehmen, welche Therapieziele eher erreicht bzw. weniger leicht erreicht werden. Deswegen soll als explorative Nebenfragestellung zur F6 auch untersucht werden, inwieweit sich Eigenschaften von Patienten identifizieren lassen, die den Zusammenhang von Therapiezielen und Zielerreichung moderieren. Analog zur F5 sollen dabei als potenziell relevante Patienteneigenschaften in Anlehnung an Garfield (1994) die Eigenschaften Alter, Geschlecht, Bildung, Beeinträchtigungsschwere, Arbeitsunfähigkeit, Therapiemotivation und Diagnosegruppe untersucht werden.

3 Methode

3.1 Untersuchungsdesign

Datenbasis des empirischen Teils der Arbeit sind die frei formulierten Therapieziele von 3347 Patienten, die in den Jahren 1999 bis 2002 in einer Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie und Verhaltensmedizin eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme absolviert hatten. Die 11687 Therapieziele dieser Patienten wurden nach den Kategorien des BIT-T kategorisiert. Anschließend wurden die relativen Häufigkeiten der einzelnen Kategorien und die Zusammenhänge zwischen den Therapiezielkategorien und den für die jeweilige Fragestellung relevanten Therapieeingangs- und Therapieerfolgsmaßen ermittelt. Damit handelt es sich im empirischen Teil der Arbeit um eine korrelative Studie im Feld (vgl. Bredenkamp 1980, S. 1ff). Mit Ausnahme der Daten für die Nachbehandlungsziele (F4) stützt sich die Untersuchung dabei ausschließlich auf bereits vorliegende Daten, die von der Klinik standardmäßig zur Evaluation und Dokumentation des Behandlungserfolges von erhoben worden waren. Damit waren weder das Design noch die Operationalisierung der Konstrukte vom Verfasser frei wählbar. Für die vom Verfasser initiierte Erhebung und Auswertung der Ziele für eine potenzielle Nachbehandlung war als Auflage vom Hauptkostenträger der Klinik der Bundesanstalt für Angestellte (BfA) gefordert worden, dass den Patienten keine Maßnahmen auferlegt werden, die über die Standardbehandlung oder die Standarddiagnostik hinausgehen. Von der Klinikleitung wurde gefordert, die Standarddiagnostik aus Vergleichbarkeitsgründen nicht im großen Stil zu verändern. Ab 2002 wurde von den Kostenträgern und der Klinikleitung dem Einsatz des *Arbeitsblatts zu Zielen für die ambulante Nachbehandlung* (s. Anhang A4) und der *Berner Checkliste für Therapieziele* (BIT-C; Grosse Holtforth 2001; s. Anhang A2) zugestimmt. Die genaue Vorgehensweise bei der Erfassung der Therapieziele und der mit diesen in Beziehung gesetzten Variablen, sowie bei der Ableitung und Prüfung von psychologischen Hypothesen und Vorhersagen zur Beantwortung der in Kapitel 2 aufgeworfenen Fragestellungen soll im folgenden beschrieben werden.

3.2 Operationalisierung der abhängigen und unabhängigen Variablen

3.2.1 Therapiezielinhalte und Zielerreichung

Die Therapieziele wurden zu Beginn der stationären Behandlung zwischen dem jeweiligen Patienten und seinem Bezugstherapeuten ausgehandelt. Am Ende dieses Prozesses sollten sich Patient und Therapeut auf jeweils maximal fünf Behandlungsziele einigen, die dann vom Patienten schriftlich festgehalten wurden. Bis Anfang 2002 geschah dies im von der Klinikleitung konzipierten sog. „Anamnesebogen 2“ (vgl. Anhang A1), ab Anfang 2002 mit dem zweiten Teil der von der Klinikleitung leicht modifizierten *Checkliste des Berner Inventars für Therapieziele* (BIT-C; Grosse Holtforth 2001, vgl. Anhang A2). In dieser werden die Patienten gebeten, ihre fünf „wichtigsten“, „persönlichen“ Behandlungsziele für die anstehende Behandlung möglichst „konkret“ mit ihren „eigenen Worten“ aufzuschreiben. Bei Änderungen der Therapieziele im Therapieverlauf wurden die schriftlichen Zielvereinbarungen jeweils entsprechend modifiziert. Am Ende der Behandlungsmaßnahme wurden die Patienten in der *Basis-Dokumentation für stationäre Psychotherapie* (Psy-BaDo; Heuft 1998, Heuft & Senf 1998, vgl. Anhang A3) gebeten, die Therapieziele, die sie für die Behandlung hatten, noch einmal niederzuschreiben. Somit wurden die Ziele hier so erfasst, wie sie aus Sicht der Patienten nach eventuellen Modifikationen während des Therapieverlaufs verfolgt worden waren.

Die von den Patienten frei formulierten Therapieziele wurden anschließend kategorisiert. Ein zu diesem Zweck eingesetztes Kategorisierungssystem muss nach Bortz (1984) präzise und umfassend sein und darf nur eine geringe kategoriale Überlappung aufweisen (Exklusivität). Nach Grosse Holtforth und Grawe (2002) sollte ein Kategoriensystem darüber hinaus empirisch fundiert, einfach anwendbar, reliabel und valide sein. Eine Übersicht über die mittlerweile entwickelten Kategoriensysteme findet sich bei Grosse Holtforth und Grawe (ebd.). Wie in Kapitel 2.5.2 schon deutlich wurde, erfüllen jedoch viele der oft ad hoc gebildeten Klassifikationssysteme diese Forderungen nur ungenügend (zur Kritik bisheriger Systeme s. auch Schulte-Bahrenberg 1990). Am qualitativ hochwertigsten müssen 1. das Kategoriensystem zur Erfassung individueller Therapieziele (KITZ, Heuft & Senf 1998), 2. das Kategoriensystem von Faller und Gossler (1998) und 3. das Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielinhalten (BIT-T, Grosse Holtforth & Grawe 2002, vgl. Anhang A5) eingeschätzt werden. Alle drei Systeme sind auf empirischer

Basis entwickelt worden und weisen befriedigende bis gute Übereinstimmungswerte auf. Wie bereits dargelegt, hat das BIT jedoch gegenüber dem KITZ den Vorteil, dass die Kategorien atheoretisch formuliert wurden und gegenüber dem System von Faller & Gossler, dass die Kategorisierung auf mehreren Abstraktionsebenen vorgenommen werden kann. Gegenüber beiden Systemen zeichnet sich das BIT darüber hinaus dadurch aus, dass es aufgrund des Vorliegens einer kategoriegleichen empirisch validierten Checkliste (BIT-C, Grosse Holtforth 2001) den Vergleich von standardisierter und unstandardisierter Zielerfassung ermöglicht, und dass es für das BIT-T im Gegensatz zu den beiden anderen Systemen schon Befunde für mehrere relevante Vergleichssettings vorliegen. Aufgrund dieser Vorzüge wurde die Kategorisierung der zur Verfügung stehenden Therapieziele mit dem Berner Inventar für Therapieziele vorgenommen. Vor allem in Bezug auf die Vergleichbarkeit mit bereits vorliegenden Ergebnissen erschien diese Wahl auch deutliche Vorteile gegenüber der Entwicklung eines eigenen Kategorisierungsinventars zu haben (zur Kritik an der Entwicklung immer neuer ad hoc Systeme s. auch Schulte-Bahrenberg 1990).

Die Kategorisierung der frei formulierten Therapieziele auf den drei Abstraktionsebenen des BIT-T (Version 4.0) wurde von einer zuvor vom Autor geschulten Psychologiestudentin vorgenommen. Der Autor hatte zuvor an einem Kategorisierungstraining bei den Autoren des BIT-T teilgenommen und fungierte bei der Kategorisierung in unklaren Fällen als 'Masterrater'. Die bei der Kodierung zu beachtenden Regeln finden sich im Anhang A5. Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurden 20% aller Therapieziele zusätzlich von einer weiteren ebenfalls geschulten Psychologiestudentin klassifiziert (vgl. Krähling 2003). Anschließend wurde über eine Kontingenztafel gemäß Formel 3.2.1 (vgl. Cohen 1960, Bortz, Linert & Booneke 1990, S. 458ff) der Kappa-Koeffizient von Cohen berechnet:

$$\kappa = \frac{p_0 - p_e}{1 - p_e} \quad (\text{Formel 3.2.1})$$

p_0 stellt dabei den Anteil aller konkordanten Urteile von allen Urteilen und p_e den zufällig zu erwartenden Anteil an konkordanten Urteilen dar. Für die gröbste Abstraktionsebene lag Cohens Kappa bei .80, für die mittlere Abstraktionsebene bei .76 und für die feine bei .70. Damit kann die mittlere bis gute Interrater-Reliabilität, die die Autoren für die Konstruktion des BIT-T berichten (Cohens Kappa: .79 – .76;

Grosse Holtforth & Grawe 2002) und die sich auch bei anderen Arbeiten zum BIT-T findet (.78 – .79; vgl. Masuhr 2001) repliziert werden.

Zur Erfassung der Ziele für eine ambulante Nachbehandlung wurde der im Anhang A4 wiedergegebener „Arbeitsbogen zu Zielen für die ambulante Nachbehandlung“ (vgl. auch Dreesen 2003) konzipiert. In diesem werden die Patienten gebeten, anzugeben, ob sie nach der stationären Therapie eine ambulante Psychotherapie und/oder eine psychosomatische Nachsorge machen wollen. Falls dies der Fall war, wurden sie gebeten, ihre „persönlichen Therapieziele“ für eine solche Maßnahme schriftlich festzuhalten. Planten die Patienten keine weiterführende Behandlung, wurden sie aufgefordert, ihre „persönlichen gesundheitsbezogenen Ziele“ für die Zeit nach der stationären Behandlung aufzuschreiben. In beiden Fällen konnten dabei maximal fünf Ziele angegeben werden. Sowohl die Zielinhalte dieses Arbeitsbogens als auch die bei diesen Patienten vorliegenden über den frei formulierten Teil der BIT-C erfassten Ziele wurden dann von einer Psychologiestudentin den Kategorien des BIT-T zugeordnet. In Anbetracht der in den bisherigen Studien durchweg befriedigenden bis guten Werte wurde dabei auf eine neuerliche Berechnung der Kappa-Werte verzichtet. Für eine Subgruppe von Patienten lagen damit Zielformulierungen für die stationäre Behandlung - einmal wie sie von den Patienten zu Behandlungsbeginn und einmal wie sie am Ende der Behandlung retrospektiv unter Einbezug von sich ggf. im Therapieverlauf ergebenden Veränderungen der Ziele formuliert worden waren – und für eine ambulante Anschlussbehandlung vor.

Der **Grad der Zielerreichung** der einzelnen Ziele wurde über die in der Psy-BaDo (Heuft 1998) gestellte Frage: *In welchem Ausmaß haben Sie Ihre anfangs genannten 5 Therapieziele tatsächlich erreicht?* anhand eines standardisierten Patientenratings für jedes Therapieziel mit den Stufen: „mehr als erreicht“ (3), „erreicht (2), „teilweise erreicht“ (1) „nicht erreicht“ (0) rückblickend für die stationäre Therapie gemessen (vgl. Anhang A3). Die Autoren der Psy-BaDo (Heuft 1998, Heuft & Senf 1998) berichten keine Gütekriterien und verweisen bei Nachfragen auf die hohe Plausibilität und Augenscheinvalidität der Skala (Heuft 2003). Die Konstruktvalidität ist jedoch durch vorhersagekonforme Zusammenhänge mit anderen Therapieerfolgsmaßen aus anderen Studien belegt (vgl. Heuft et al. 1996). Die trotzdem insgesamt noch nicht befriedigende Befundlage zur Güte der Skala muss jedoch auch vor dem Hintergrund bewertet werden, dass es insgesamt bislang keine eindeutig theoretisch und empirisch bewährte Skala zur Messung der Erreichung individueller Therapieziele

gibt. So ist auch die am häufigsten eingesetzte Methode, das Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Sherman 1968) in Bezug auf die zugrunde gelegten testtheoretischen Annahmen (z.B. Normalverteilungsannahme) oft kritisiert worden (Garwick 1974, Grygelko, Garwick & Lampmann 1976, Calsyn & Davidson 1978, Roecken 1984, Lewis, Spencer, Haas & DiVittis 1987). Weitere Skalierungsvorschläge, wie sie beispielsweise von Kordy und Hannover (1999) oder von Malan (1972) gemacht wurden, sind bislang empirisch noch weit weniger untersucht als der Ansatz der Psy-BaDo und besitzen teilweise eine deutlich geringere Augenscheinvalidität.

3.2.2 Diagnosen und Störungsgruppen

Die **Diagnosen** wurden vom behandelnden Therapeuten zu Beginn der Behandlung nach Durchführung des Mini-DIPS (Margraf 1994) gestellt. Das Mini-DIPS ermöglicht nach Aussagen des Autors die reliable und valide Erstellung von Diagnosen nach DSM-IV und ICD-10 für die häufigsten Störungsbereiche. Die berichteten Retest-Reliabilitäten liegen bei $Kappa=.68 - .79$ für die Störungsoberklassen und bei $Kappa=.68 - .73$ für die einzelnen Diagnosen. Die Diagnosen wurden in der untersuchten Stichprobe bis zum 01.01.2000 (d.h. für 1695 Patienten) nach dem DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig 1996) gestellt, mussten jedoch anschließend aufgrund entsprechender Forderungen der Kostenträger über eine klinikinterne Synopse in die Kategorien des an die ICD 9 (Degwitz, Helmchen, Kockott & Mombour 1980) angelehnten Klassifikationssystems der Rententräger (BfA 1991) überführt werden. Ab dem 01.01.2000, nachdem die ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt 1991) allgemein für die Abrechnungen im deutschen Gesundheitssystem eingeführt worden war, wurden die Diagnosen nach ICD-10 gestellt und kodiert. Um möglichst vielen Patienten zur Untersuchung diagnosebezogener Fragestellungen zur Verfügung zu haben, wurden die DSM-IV-Diagnosen der ersten 1695 Patienten gemäß den im DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig ebd., S. 48ff) zur Verfügung gestellten Umcodierungsregeln in die Kategorien der ICD-10 umkodiert. Um die Verteilung der Therapieziele über möglichst viele Ziele zwischen Patienten verschiedener Störungen vergleichen zu können, wurden die ICD-10 kodierten Einzeldiagnosen dann zu drei großen **Störungsgruppen** zusammengefasst. Dieses Vorgehen war nötig, da andernfalls schon auf der größten Auflösungsebene in Anbetracht der großen Zahl der diagnostischen Kategorien, eine für den statistischen

Vergleich nicht zumutbare Anzahl an nicht ausreichend besetzten Zellen zu erwarten war. Der Einsatz von statistischen Verfahren, die von diesen Restriktionen unabhängig sind (s.u.), erscheinen andererseits wieder nur auf relativ konkreten Auflösungsebenen des BIT-T sinnvoll. Um aber hier ausreichend große Gruppen bei ausreichend vielen Zielen vergleichen zu können, war ebenfalls das Zusammenfassen der Einzeldiagnosen zu größeren Störungsgruppen notwendig. Aufgrund ihrer großen Bedeutsamkeit im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation (VdR 2003) wurden hierzu die Gruppen „Depressive Störungen“, „Angststörungen“ und „chronische Schmerzstörungen“ gebildet. Alternativ zu den Schmerzstörungen war zunächst die Kategorie „Somatoforme Störungen“ aufgrund ihres den beiden anderen Diagnosegruppen ähnlichen Allgemeinheitsgrades geplant gewesen. Es zeigt sich jedoch dann, dass in dieser Gruppe fast ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzstörungen im Sinne von DSM IV: 307.8 bzw. ICD-10: F45.4 vertreten waren, so dass zur besseren Interpretierbarkeit letztlich nur diese Patienten zu einer Gruppe zusammengefasst wurden. Die folgende Tabelle 11 gibt die Zuordnung der Einzeldiagnosen zu den Störungsgruppen wieder. Die relevanten Stichprobenmerkmale der drei Störungsgruppen sind in Kapitel 3.4 wiedergegeben.

Tabelle 11: Zuordnung der Einzeldiagnosen zu den drei Störungsgruppen

Depressive Störungen	N	Angststörungen	N	Chronische Schmerzstörungen	N
Affektive Störungen allgemein (ICD-10: F43)	118	Phobische Störungen (ICD-10: F40.x)	269	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)	225
Bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode (ICD-10: F31.3-5)	7	Sonstige Angststörungen (ICD-10: F41.x)	281		
Depressive Episode (ICD-10: F32.x)	106	Zwangsstörung (ICD-10: F42.x)	7		
Rezidivierende depressive Störungen (ICD-10: F33.x)	441	Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)	40		
Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.20 und .21)	333				
GESAMT	1005		597		225

3.2.3 Soziodemographische und weitere krankheitsbezogene Daten

Als **soziodemographische Daten** wurde Alter, Geschlecht und Bildung erhoben. Zusammen mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurden diese Informationen während der medizinischen Anamnese vom behandelnden Arzt zum Teil auf der Grundlage der Aussagen des Patienten, zum Teil auf der Grundlage von Vorgutachten und den von den Kostenträgern zur Verfügung gestellten Informationen erfasst.

Die **Therapiemotivation** wurde zum einen durch ein standardisiertes Therapeutenrating, wie es Teil der Psy-BaDo (Heuft 1998, Heuft & Senf 1998) ist erfasst. Dabei schätzt der behandelnde Therapeut am Ende der stationären Behandlung die „Motivation des Patienten zur Mitarbeit“ auf einer Skala von „0=keine Motivation“, 1=„etwas Motivation“, 2=„etwas Motivation“, 3=„ziemliche Motivation“ und 3=„starke Motivation“ ein. Obwohl dieses Rating mittlerweile in der stationären Psychotherapie aufgrund der Verbreitung der Psy-BaDo häufig gewählt wird, liegen bislang keine Angaben zu den Gütekriterien des Instrumentes vor. Als zweiten empirischen Indikator für die Motivation des Patienten wurde der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP; Schneider, Basler & Beisenherz 1989) verwendet. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 47 Items und den vier Skalen: 1. „Krankheitserleben“ (≈ „Leidensdruck“), 2. „Laienätiologie“ (≈ „somatische vs. psychosoziale Attribution“), 3. „Allgemeine Behandlungserwartungen“ (≈ Erwartung, ob Arzt oder Psychotherapeut besser helfen könnte) und 4. „Offenheit für Psychotherapie“ (≈ „allgemeine positive oder negative Einstellung zu Psychotherapie“). Für die Sub-Skalen werden von den Autoren teilweise geringe, für den Gesamtwert jedoch zumindest ausreichende Gütekriterien berichtet (interne Konsistenz der Subskalen: .70 - .86, der Gesamtskala: .91; Retest-Reliabilität der Subskalen: .67 - .96, der Gesamtskala: .86; Korrelationen mit Expertenurteil: Subskalen: .37 - .48; Gesamtskala: .57). Aus diesem Grund und weil differenzielle Befunde zu einzelnen Aspekten der Therapiemotivation nicht Gegenstand dieser Arbeit sind, wird im folgenden ausschließlich auf den FMP-Gesamtwert zurückgegriffen.

Das **Gratifikationsbegehren** wurde vom behandelnden Psychotherapeuten am Ende der Behandlung eingeschätzt. Die Grundlage dieser Einschätzung bestand in der Regel entweder in einer direkten Befragung der Patienten oder entsprechender Informationen aus dem Vorgutachten des Überweisers. In seltenen Fällen wurde das Vorliegen eines Gratifikationswunsches aber auch nur indirekt über das Verhalten des Patienten in der Therapie, beispielsweise über die sich darin äussernde Einstellung gegenüber einer Rückkehr an den Arbeitsplatz, diagnostiziert. Unter Gratifikationsbegehren werden dabei die folgenden Sachverhalte subsumiert: 1. eindeutige Rentenbegehren (z.B. dokumentiert durch einen gestellten Rentenantrag), 2. fragliche Rentenbegehren (Patient äußert den Wunsch, ist aber noch unentschlossen), 3. Arbeitsunfähigkeit-(AU-)Begehren (weitere Krankschreibung), 4. Grad der Behinderungs- (GdB-)Begehren, 5. Unfallentscheidungsbegehren, 6. Kunstfehlerentscheidungsbegehren, 7. massive Arbeitsplatzkonflikte mit ausgeprägter Vermeidungsmotivation, 8. massives Kurinteresse, das nur über die Präsentation einer Symptomatik erfüllt werden kann, 9. vom Medizinischen Dienst der Kassen (MdK) mit der Androhung der Streichung des Krankengeldes geschickt und 10. ein Scheidungsbegehren oder ein Unterhaltsstreit, bei dem sich von einer psychischen Erkrankung Vorteile versprochen werden. Mit regelmäßigen externen Schulungen u.a. zu Themen wie „latente motivationale Hindernisse für den Therapieerfolg“ wird in der Klinik versucht, eine gewisse Mindestgüte der therapeutischen Einschätzung zu gewährleisten. Empirischen Studien zur Reliabilität und Validität dieser Einschätzung liegen jedoch bislang nicht vor.

Der Grad der **psychosozialen Beeinträchtigung** wurde über den *Beeinträchtigungs-Schwere-Score* (BSS) von Schepank (1995) gemessen. Der BSS ist ein standardisiertes Therapeutenrating, in dem die Therapeuten auf den drei Dimensionen: körperliche Beeinträchtigung, psychische Beeinträchtigung und sozialkommunikative/zwischenmenschliche Beeinträchtigung den Grad der durch die psychische Symptomatik bedingten Beeinträchtigung jeweils auf einer Skala von 0= „nicht beeinträchtigt“, über 1=„geringfügig beeinträchtigt“, 2=„deutlich beeinträchtigt“ und 3=„stark beeinträchtigt“ bis hin zu 4=„extrem beeinträchtigt“ einschätzen. Dabei wird einmal auf das letzte Jahr und einmal auf die letzten sieben Tage Bezug genommen. Das Rating wird anhand von im Manual vorgegebenen „Ankerbeispielen“ vorgenommen. Anschließend wird der in dieser Arbeit ausschließlich verwendete

Gesamt-Beeinträchtigungswert als Summe der drei Teilbereichswerte ermittelt. Der Autor berichtet für die einzelnen Bereiche von Interrater-Reliabilitäten zwischen $r=.72$ und $r=.99$ und für den Gesamt-Wert von Werten zwischen $r=.89$ und $r=.99$. Damit liegen die Werte v.a. für den Gesamtwert im guten Bereich. Der BSS scheint darüber hinaus gut zwischen Patienten und Normalpersonen zu trennen (Schepank ebd.) und bestätigte sich in einer Reihe von Studien als Erfolgsmaß (vgl. z.B. Lange & Heuft 2002). Da in der vorliegenden Studie die psychosoziale Beeinträchtigung kurz vor Behandlungsbeginn in ihrer Gesamtheit über alle drei Dimensionen erfasst werden soll, wird für die Analyse ausschließlich der BSS-Gesamtwert in Bezug auf die letzte Woche vor Aufnahme in der Klinik herangezogen.

3.2.4 Der Therapieerfolg

Zur Operationalisierung des **globalen Therapieerfolgs** wurde zunächst a) die Remoralisierung, b) die Remediation und c) die Rehabilitation im Sinne Howards und Mitarbeitern (1993) erfasst (vgl. Kapitel 2.6.2.2.1). Damit werden Veränderungen in den Bereich: Wohlbefinden, Symptome und Funktionsniveau erhoben, die nach Lutz (2003a, S. 29) als die „zentralen Gesamtindices psychischer Gesundheit“ angesehen werden können. Anschließend wurde aus diesen drei Maßen über eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation ein genereller Therapieerfolgswert (E) extrahiert.

Die Erfassung der Ausmaße an **Remoralisierung** erfolgte über den *Fragebogen zur Messung der Veränderung der Erlebens und Verhaltens* (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978). Er besteht aus insgesamt 42 Items, die von Experten als Erfolgskriterien der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers aufgestellt wurden. Eine faktorenanalytische Auswertung der Konstruktionsstichprobe ergab eine 1-Faktorenlösung. Der positive Pol dieses Generalfaktors war dabei durch „Entspannung, Gelassenheit und Optimismus im Erleben und Verhalten“ gekennzeichnet und dessen negativer Pol entsprechend durch „Spannung, Unsicherheit und Pessimismus im Erleben und Verhalten“ (vgl. Zielke und Kopf-Mehnert ebd.). Damit erfasst er die für die Phase der Remoralisierung der Patienten entscheidenden Komponenten (vgl. Howard et al. 1993). Bei den Items sollen die Patienten die vorgegebenen Aussagen retrospektiv dahingehend bewerten, ob sich im Verlauf der Therapie diesbezüglich: a) keine Veränderung, b) eine Veränderung in positive Richtung (stark, mittel, schwach), oder

c) eine Veränderung in negative Richtung (stark, mittel, schwach) eingestellt hat. Ein Summenscore über alle Items gibt das Ausmaß der Veränderung im Erleben und Verhalten seit Beginn der Intervention wieder. Die interne Konsistenz liegt nach Angaben der Autoren bei Cronbachs-Alpha = .99. In einer Nacherhebung (8 Wochen) wurde die Retest-Reliabilität mit $r = .61$ ermittelt. Die vorliegenden Ergebnisse deuten an, dass es sich bei dem VEV um ein sehr homogenes Messinstrument handelt, dessen Reliabilität und Veränderungssensitivität als gut bewertet werden kann. Die im Rahmen der Reliabilitätsbestimmung zusammengestellten Testparameter und Stabilitäts- bzw. Konsistenzkoeffizienten wurden von den Autoren als eindeutige Nachweise der Konstruktvalidität des VEV gewertet. Ausführliche Angaben zu der Übereinstimmungsvalidität der diskriminanten- und faktoriellen Validität finden sich ebenfalls bei Zielke und Kopf-Mehnert (1978). Mittlerweile wurde der VEV auch in vielen Studien zur Evaluation therapeutischer Behandlungen eingesetzt und war dort in der Regel deutlich mit anderen anerkannten Therapieerfolgsmaßen assoziiert (Zielke & Kopf-Mehnert 2001). In Bezug auf die Frage, welches Konstrukt der VEV misst, kommen auch Grosse Holtforth und Mitarbeiter (submitted) zu dem Schluss, dass es sich dabei um einen allgemeinen „Optimismus-Faktor“ handelt. Auch diese Interpretation rechtfertigt, den VEV zur Erfassung der Remoralisierung der Patienten einzusetzen.

Die Messung der **Reduktion der klinischen Symptome, bzw. Verbesserung von Störungen und Syndromen** (= Phase der Remediation nach Howard et al. 1993) erfolgte über eine von der Klinik adaptierte Version der *Clinical Global Impression* (CGI; CIPS, 1996) am Ende der Therapie. Dabei handelte es sich um eine 7-stufige Therapeuteneinschätzung der Verbesserung der Diagnose von 1=„sehr viel schlechter“ über 2=„viel schlechter“, 3=„etwas schlechter“, 4=„unverändert“, 5=„nur wenig besser“, 6=„viel besser“ bis hin zu 7=„sehr viel besser“. Als Gütekriterien wird für die Interrater-Übereinstimmung bei dementen Patienten ein Pearsons r von .51 berichtet (Dahlke, Lohhaus & Gutzmann 1992). Die 8-Wochen-Retest-Werte liegen je nach untersuchter Störungsgruppe zwischen .21 und .78 (Beneke & Rasmus 1992). Untersuchungen zur Validität ergaben nur mittlere Zusammenhänge mit Veränderungen auf den diagnostischen Kriterien des DSM-III-R bei dementen Patienten (Dahlke et al. 1992). Insgesamt scheint die Stärke der Skala eher in der hohen Augenscheinvalidität und dem geringen Anwendungsaufwand als in ihrer empirisch belegten Güte zu liegen. Ein anderes Maß zur Beurteilung der

Verbesserung der Symptomatik stand jedoch in dem vorgegebenen Rahmen nicht zur Verfügung.

Zur Einschätzung der **Verbesserung des Funktionsniveaus** (= Phase der Rehabilitation nach Howard et al. 1993) wurde die prä-post-Differenz des zuvor beschriebenen Beeinträchtigungs-Schwere-Scores von Schepank (1995) verwendet.

3.3 Ableitung der psychologischen Hypothesen und Vorhersagen und Planung der statistischen Verfahren

Im folgenden werden zunächst von den in Kapitel 2 aufgeworfenen Fragestellungen testbare psychologische Hypothesen abgeleitet und diese unter Verwendung der oben eingeführten Operationalisierungen in psychologische Vorhersagen überführt. Anschließend werden die zur Beurteilung des Eintreffens der Vorhersagen eingesetzten statistischen Verfahren ausgewählt und v.a. in Bezug auf ihre Anwendungsvoraussetzungen näher erläutert. Das Signifikanzniveau wird für alle statistischen Tests jeweils auf konventionelle 5% gesetzt. Für den Fall, dass sich mehrere disjunktiv verknüpfte psychologische Vorhersagen auf eine psychologische Hypothese beziehen, soll die Fehlerkumulation in Anlehnung an Hager (1987, S. 172) durch die Bonferroni-Adjustierung korrigiert werden. D.h. das ursprüngliche Alpha-Niveau wird zur Bestimmung des Alpha-Niveaus für die einzelnen Tests durch die Anzahl der zur Beurteilung der Hypothese durchgeführten Test geteilt. Die Auswertung der Daten erfolgte bei allen Vorhersagen über das Statistikprogramm SPSS (Version 11.5; 2002).

F1: Welche Ziele wollen Patienten in und durch die stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme erreichen?

⇒PH 1: Patienten streben in der stationären psychosomatischen Rehabilitation bestimmte Therapieziele häufiger an als andere Therapieziele.

⇒PV 1: Die relativen Häufigkeiten der Therapiezielkategorien des höchsten Abstraktionsgrades des BIT-T unterscheiden sich voneinander.

Die Testung der Verteilung der relativen Häufigkeiten soll über einen χ^2 -Anpassungstest (vgl. Bortz et al. 1990, S. 95ff) erfolgen, der die Nullhypothese prüft, dass alle Kategorien gleichhäufig besetzt sind. Dieser Test verlangt die

„*wechselseitige Unabhängigkeit* der Ereignisse. Diese ist im allgemeinen nur dann gegeben, wenn ein einzelnes Individuum nur einmal gezählt wird, wenn also die Summe der beobachteten Frequenzen gleich der Zahl der untersuchten Individuen ist.“ (Bortz et al. 1990, S. 98). Ferner wird gefordert, dass die Klassifizierung a priori und nicht ex post vorgenommen wird. Das heißt, dass die Kategorien unabhängig von den zu klassifizierenden Daten zu definieren sind. Hinsichtlich der Mindestgröße der erwarteten Häufigkeiten existieren in der Literatur unterschiedliche Auffassungen. Für die Mehrzahl der Anwendungsfälle postulieren Bortz und Mitarbeiter (1990) in Anlehnung an Cochran (1954), dass, wenn nicht mehr als 20% aller Kategorien mit einer erwarteten Häufigkeit (f_e) von $f_e < 5$ besetzt sind, die Validität des Tests gegeben ist. Andererseits konnte in einer Reihe von Studien auch die Robustheit, d.h. die Unabhängigkeit des χ^2 -Test von Verletzungen der Voraussetzungen nachgewiesen werden. Bradley (1984) wies jedoch nach, dass mit erheblichen Verzerrungen der Ergebnisse zu rechnen ist, wenn zwei oder mehr Voraussetzungen gleichzeitig verletzt sind. Vor diesem Hintergrund soll die Testung der PV 1 nur unter Rückgriff auf die Erstziele der Patienten erfolgen. Nur in diesem Fall ist das Kriterium der wechselseitigen Unabhängigkeit der Daten zweifelsfrei gegeben. Das Kriterium der a priori Klassifikation ist mit der Wahl eines bereits bestehenden Klassifikationssystem ebenfalls erfüllt. Um das empirisch zu prüfende Kriterium der Mindesthäufigkeiten mit der größtmöglichen Wahrscheinlichkeit zu erfüllen, erfolgt die Hypothesentestung auf der BIT-Ebene mit dem größten Abstraktionsgrad. Neben dem Eintreffen der SV 1 wird für die Annahme der PH 1 zusätzlich gefordert, dass mindestens ein mittlerer Effekt im Sinne Cohens (1992) vorliegt. Diese Forderung erscheint notwendig, um der Gefahr zu begegnen, dass eine durch die große Stichprobe bedingte Signifikanz von praktisch unbedeutenden Unterschieden für Annahme oder Verwerfung der psychologischen Hypothese 1 verantwortlich ist. Die Wahl eines mittleren kritischen Effektes bietet dabei im Angesicht der bisher gefundenen Unterschiede eine ausreichende Fairness bei der Hypothesenbeurteilung.

Zusätzlich zur statistischen Analyse der Erstziele sollen auch die Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen der Erstziele über die konkreteren Auflösungsebenen und in den Verteilungen über alle Ziele deskriptiv dargestellt und auf Signifikanz getestet werden, um beurteilen zu können, zu welchen Schlüssen man bei einer Inkaufnahme von Verletzungen der Anwendungsbedingungen des χ^2 -Tests gekommen wäre. Die

Ergebnisse der diesbezüglichen Signifikanztests werden jedoch nicht zur Beurteilung der PV 1 herangezogen. Explorativ soll darüber hinaus auch analysiert werden, 1. wie hoch der jeweilige Anteil von Patienten ist, der jeweils mindestens ein Ziel aus der jeweiligen Kategorie des BIT-T verfolgt (durch dieses Vorgehen können die Befunde auch mit denen von Grosse Holtforth 2001, Grosse Holtforth & Grawe 2002 und Grosse Holtforth und Kollegen (in press) verglichen werden), 2. wie hoch der jeweilige Anteil von Patienten ist, der ausschließlich Ziele einer Kategorie verfolgt, 3. welche Kombinationen von Zielkategorien sich am häufigsten finden und 4. inwieweit sich die Verteilung der erstgenannten „Hauptziele“ (laut Psy-BaDo) der Patienten von den Verteilungen der an zweiter bis fünfter Stelle genannten Therapieziele unterscheidet.

F2: Wie hängen die psychischen Störungen von Patienten und deren Therapieziele zusammen?

- ⇒ PH 2a: Die bevorzugten Therapieziele unterscheiden sich zwischen Patienten mit unterschiedlichen Störungen.
- ⇒ PV 2a: Die drei großen Störungsgruppen: primär depressive Störungen, primäre Angststörungen und primär somatoforme Schmerzstörungen unterscheiden im Hinblick auf die Verteilung der relativen Häufigkeiten über die Kategorien des größten Abstraktionsgrades des BIT-T.
- ⇒ PH 2b: Verschiedene Störungsgruppen unterscheiden sich darin, inwieweit sie jeweils typische Therapieziele verfolgen.
- ⇒ PV 2b: Die drei großen Störungsgruppen: primär depressive Störungen, primär Angststörungen und primär somatoforme Schmerzstörungen unterscheiden sich darin, wie steil der Abfall der Häufigkeiten ausgehend von der jeweils am häufigsten besetzten Kategorie auf der feinsten Auflösungsebene des BIT-T ist.

Die statistische Testung der PV 2a soll über einen $k \times l$ - χ^2 -Test erfolgen (vgl. Bortz et al. 1990, S. 131ff). Dabei wird die Nullhypothese getestet, dass die Variablen Diagnosegruppe und Therapiezielkategorie voneinander unabhängig sind. Die Voraussetzungen entsprechen den zuvor für den einfachen χ^2 -Test geschilderten.

Von daher soll sich auch hier die Testung lediglich auf die Erstziele und den größten Abstraktionsgrad des BIT beziehen, um die Unabhängigkeit der Daten zu gewährleisten und die Wahrscheinlichkeit für eine ausreichende Zellenbesetzung zu maximieren. Zusätzlich zum Eintreffen der SV 2a wird für die Annahme der PH 2a analog zur PH 1 mindestens ein mittelgroßer Effekt gefordert. Explorativ sollen zusätzlich die ICD-10 Erstdiagnosen, die mindestens 10 mal vergeben wurden, in Bezug auf Unterschiede in der Verteilung der BIT-T-Kategorien analysiert werden.

Zur Testung der PV 2b sollen die Häufigkeiten der einzelnen Zielkategorien getrennt für die drei Störungsgruppen erfasst werden. Anschließend sollen die Kategorien für jede Gruppe separat nach absteigender Häufigkeit sortiert werden. Dann wird unter Verwendung des entsprechenden Moduls des Statistical Package for Social Sciences (SPSS; Version 11.5; 2002) eine Funktion generiert, die die störungsspezifischen Verteilungen der Häufigkeiten am besten modulieren kann. Aufgrund der Gruppierung nach absteigenden Häufigkeiten kann dabei davon ausgegangen werden, dass eine negative lineare, eine negative Exponentialfunktion oder eine umgekehrte Logarithmusfunktion (e-Funktion) die Daten über alle Gruppen hinweg mit der größten Präzision abbilden kann. In allen Fällen stellen Konstante und Steigung dieser Funktion ein Maß für Ausmaß und Art (Umfang der negativen Beschleunigung) des Abfalls der Häufigkeiten der einzelnen Kategorien dar. Die Unterschiede der gruppenspezifischen Konstanten und Steigungskoeffizienten können dann über Vertrauensintervalle auf Signifikanz getestet werden.

Dieses Vorgehen bietet den entscheidenden Vorteil, dass die Funktion nicht von der Größe der zugrundeliegenden Stichprobe unabhängig ist und auch die Kategorien, die mit weniger als fünf Patienten besetzt sind, sich in der Gesamtmenge aber zu einer beachtlichen Zahl addieren können, in die Analyse mit einbezogen werden. Um die Präzision der mit einer Interpolation verbundenen Modulation der diskreten Häufigkeitskategorien über eine stetige Funktion zu maximieren, bezieht sich die Hypothesentestung ausschließlich auf die Kategorien der feinen Auflösungsebene.

F3: Lassen sich über die psychischen Störungen hinausgehende sozialmedizinisch relevante Eigenschaften von Patienten identifizieren, die mit den Therapiezielen assoziiert sind?

⇒ PH 3: Es existiert ein Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Merkmalen von Patienten, ihrer psychosozialen Beeinträchtigung und ihrer Psychotherapiemotivation einerseits und den von diesen verfolgten Therapiezielen andererseits.

⇒ PV 3.1: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich in ihrem Alter.

oder

PV 3.2: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich im Geschlechterverhältnis.

oder

PV 3.3: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich in ihrem Bildungsstand.

oder

PV 3.4: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich in der Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit vor der Therapie.

oder

PV 3.5: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich im *Beeinträchtigungs-Schwere-Score*-Gesamtwert.

oder

PV 3.6: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich im *Fragebogen zur Psychotherapiemotivation* - Gesamtwert.

oder

PV 3.7: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich im Therapeutenrating der Psychotherapiemotivation.

oder

PV 3.8: Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich in Bezug auf den Anteil an Patienten, bei denen ein Gratifikationsbegehren vorliegt.

Die statistische Testung soll bei Geschlecht, Bildung und Gratifikationsbegehren über einen $k \times l$ χ^2 -Test erfolgen. Dabei wird die H_0 getestet, dass die Variablen „Geschlecht“, bzw. „Bildung“, bzw. „Gratifikationsbegehren“ unabhängig von der Variable „Therapiezielkategorie“ verteilt sind. Die Voraussetzungen entsprechen denen für den einfachen χ^2 -Test. Von daher soll sich auch hier die Testung lediglich auf die Erstziele und die größte Auflösungsebene des BIT beziehen, um die Unabhängigkeit der Daten zu gewährleisten und die Wahrscheinlichkeit für eine ausreichende Zellenbesetzung zu maximieren. Für die anderen, intervallskalierten Merkmale soll die H_0 , dass die Varianz innerhalb der Faktorstufen (BIT-T-Kategorien) der Varianz zwischen den Faktorstufen entspricht, über eine einfaktorielle Varianzanalyse für ungleiche Stichprobengrößen erfolgen. Hierfür wird traditionellerweise gefordert, dass a) die Fehlerkomponenten normalverteilt sind, b) die Varianzen der Fehlerkomponenten homogen sind und c) die Fehlerkomponenten voneinander unabhängig sein müssen (vgl. Bortz 1989, S. 434ff). Zur Absicherung der Unabhängigkeitsbedingung sollen auch bei der PV 3 nur die Erstziele („Hauptziele“ laut Psy-BaDo) zur Beurteilung der Vorhersage herangezogen werden. Damit wäre bereits eines von drei Kriterien erfüllt. Generell gilt, dass „mit zunehmendem Stichprobenumfang die Voraussetzungen der Varianzanalyse ihre Bedeutung verlieren“ (Bortz ebd, S. 346, vgl. auch Glaser 1978, Glass & Hopkins 1984). Bortz (ebd., S. 347) empfiehlt, dann Alternativen zur Varianzanalyse einzusetzen, wenn bei ungleichen Stichproben eine oder mehrere der Voraussetzungen verletzt sein könnten und die Stichprobengröße unter zehn liegt. Im Umkehrschluss kann angenommen werden, dass bei einer Stichprobengröße von über zehn Probanden die Stichproben sowohl ungleich verteilt als auch eine oder mehrere Voraussetzungen verletzt sein dürfen. Auf der Grundlage dieser Einschätzungen und in Anbetracht der vergleichsweise sehr großen Ausgangsstichprobe von 2805 Patienten sollen für die PV 3 eine Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität nur dann vorgenommen werden, wenn sich empirisch erweisen sollte, dass eine Kategorie des BIT-T mit weniger als

zehn Patienten besetzt ist. Um die durch die disjunktive Verknüpfung der psychologischen Vorhersagen bedingte Alpha-Fehler-Akkumulation zu korrigieren, wird das kritische Alpha-Niveau auf $\alpha \leq 0.00625$ adjustiert. Als Kompromiss zwischen einer ausreichenden Fairness der Testung bei einer Alpha-Korrektur über acht Vorhersagen und der Berücksichtigung der großen Stichprobe wird für die Annahme der PH 3 zusätzlich lediglich ein kleiner Effekt gefordert. Eventuell vorhandener Unterschiede sollen per Scheffé-Test auf Signifikanz geprüft werden, wenn die Variable intervallskaliert oder nominal und dichotom skaliert ist. Für den Fall, dass sich bei der Variable „Bildung“ ein signifikanter Gesamteffekt zeigen sollte, sollen die Unterschiede zwischen den einzelnen Bedingungen mittels Anpassung der entsprechenden Teiltafeln an die Gesamttafel nonparametrisch getestet werden (vgl. Bortz et al. 1990, S. 144ff).

F4: Unterscheiden sich die auf die Nachbehandlung bezogenen Zielstellungen von denen für die stationäre Behandlung?

- ⇒ PH 4: Patienten streben für die stationäre psychosomatische Rehabilitation andere Therapieziele an als für eine anschließend angestrebte ambulante Nachbehandlung.
- ⇒ PV 4: Die Verteilung der relativen Häufigkeiten der einzelnen Grobkategorien des BIT-T unterscheidet sich zwischen den Therapiezielen, die die Patienten am Ende der stationären psychosomatischen Rehabilitation retrospektiv unter Einbezug eventueller Änderungen für die stationäre Behandlung angeben und den Therapiezielen, die Patienten für eine angestrebte ambulante Nachbehandlung angeben.

Die statistische Testung soll über den Cochran-Q-Test erfolgen (vgl. Bortz et al. 1990). Dieser ist eine Weiterentwicklung des McNemar - χ^2 -Test, der zur Überprüfung von (intraindividuellen) Veränderungen dichotom verteilter Merkmale entwickelt wurde, aber im Gegensatz zu diesem auch den Vergleich über mehrere Messzeitpunkte erlaubt. Der Vorteil dieses Testes liegt darin, dass er im Gegensatz zum χ^2 -Test auch unproblematisch eingesetzt werden kann, wenn, wie es bei der PV 4 der Fall ist, die Daten aufgrund der Messwiederholung voneinander abhängig sind. Der Nachteil des Cochran-Q-Test besteht darin, dass er nur dichotome Merkmale

und somit nur die Veränderungen der einzelnen BIT-T Kategorien separat erfassen kann. Von daher ist es notwendig, zur Beurteilung der PV 4 sechs verschiedene Tests durchzuführen, in denen jeweils separat die H_0 geprüft wird, dass der Anteil der Patienten, die mindestens ein Ziel aus der jeweiligen Kategorie verfolgten zum Zeitpunkt t_1 genauso groß ist wie zum Zeitpunkt t_2 . Die PV 4 soll dann als eingetroffen gelten, wenn mindestens einer dieser Tests signifikant wird. Die mit dieser disjunktiven Verknüpfung einhergehende Alpha-Fehler-Akkumulation soll durch eine Bonferroni-Korrektur des kritischen Alpha-Wertes auf .008 ausgeglichen werden. Um die Wahrscheinlichkeit für die auch für diesen Test geforderte Mindestzellenbesetzung von $n \geq 5$ zu maximieren, erfolgt die Testung der PV 4 auf der größten Auflösungsebene des BIT. Um zusätzlich abschätzen zu können, wie sich die Ziele innerhalb der stationären Therapie verändern, sollen zusätzlich auf explorativer Basis die Unterschiede zwischen der Zielerfassung zu Beginn der stationären Therapie und der Zielerfassung am Ende der stationären Therapie analysiert werden. Ferner soll die Verteilung aller Therapieziele unter den drei Bedingungen: „Beginn der stationären Behandlung für diese“ (SB t_1), „Ende der stationären Behandlung für diese, d.h. retrospektiv unter Einbezug eventueller Veränderungen“ (SB t_2), und „Ziele für eine angestrebte Nachbehandlung“ (AB) verglichen werden. Da zur Testung der PV 4 eine deutlich kleinere Stichprobe untersucht wird, werden keine zusätzlichen Forderungen an die Höhe des Effektes gestellt.

F5: Unterschieden sich Therapiezielen darin, inwieweit ihr Erreichtwerden mit dem Therapieerfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zusammenhängt?

- ⇒ PH 5: Therapieziele unterscheiden sich in Bezug darauf, wie stark das Erreichen des jeweiligen Ziels mit dem allgemeinen Therapieerfolg zusammenhängt.
- ⇒ PV 5: Die Kategorien der feinsten Auflösungsebene des BIT-T moderieren den Zusammenhang zwischen der Erreichung der Erstziele und dem globalen Erfolgsfaktor (E).

Die statistische Testung erfolgt über eine zweifaktorielle Varianzanalyse für ungleiche Stichprobengrößen mit der Interaktion zwischen Zielkategorie (UV_1) und Zielerreichung (UV_2) auf den Erfolgsfaktor (AV) als entscheidender Quelle der Varianz. Für diesen Test gelten dieselben Voraussetzungen, wie sie zuvor für die einfaktorielle Varianzanalyse beschrieben wurden (vgl. auch Stevens 2002). Von daher sollen auch hier, analog zum Vorgehen bei der PV 3, nur die Erstziele der Patienten in die Analyse eingehen, um die Unabhängigkeit der Daten zu gewährleisten. Zum anderen sollen nur die Zielkategorien, für die die Bedingung $n \geq 10$ erfüllt ist, in den Vergleich aufgenommen werden. Dies Vorgehen hat den weiteren Vorteil, dass ein erhöhtes n den Standardmessfehler des Mittelwertes reduziert und dieser dann als verlässlicherer Prädiktor für weitere Vorhersagen genutzt werden kann (vgl. Bortz 1989, S. 117).

Zur Darstellung der Zusammenhänge zwischen Zielerreichung und dem Erfolgsfaktor innerhalb einzelner Zielkategorien sollen Pearsons Korrelationskoeffizienten verwandt werden. Um diese miteinander vergleichen zu können, sollen sie bei Bedarf in die intervallskalierten Fischer-Z-Werte (vgl. Bortz ebd., S. 261) umgerechnet werden. Um abschätzen zu können, inwieweit zielspezifische Streuungen der Maße für Zielerreichung und Therapieerfolg für die Unterschiede in den Korrelationen verantwortlich sein können, werden die Fischer-Z-Werte der Korrelationen mit den jeweiligen Streuungen korreliert und über einen zweiseitigen Test auf Signifikanz geprüft.

Da die Ergebnisse zur Fragestellung 5 primär als Hilfestellung für das Beurteilen der potenziellen Erfolgsförderlichkeit von Therapiezielen, die von den Patienten vorgeschlagen werden, dienen sollen, erfolgt die Testung der Hypothese 5 auf dem Abstraktionsniveau des BIT, das dem der wörtlichen Formulierung der Ziele durch die Patienten am ehesten entspricht. Mit dem Rückgriff auf die feinsten Auflösungsebene des BIT ist allerdings eine erhebliche Reduktion des Stichprobenumfangs der einzelnen Kategorien, die miteinander verglichen werden, verbunden. Deswegen wird bei der Testung der PH 5, sowie auch bei der im folgenden beschriebenen Testung der Hypothese 6 auf das Aufstellen eines kritischen Effektes verzichtet.

Als explorative Zusatzanalyse soll zum einen untersucht werden, ob bzw. wie die Kategorien des BIT-T den Zusammenhang zwischen der jeweiligen Zielerreichung und den Operationalisierungen der drei Erfolgsdimensionen Remoralisierung,

Remediation und Rehabilitation im einzelnen moderieren. Zum anderen soll analysiert werden, ob sich Patienteneigenschaften identifizieren lassen, die die Unterschiede in dem Zusammenhang von der Erreichung individueller Therapieziele und dem allgemeinen Therapieerfolg zwischen den verschiedenen Therapiezielen moderieren. Als potenziell relevante Patienteneigenschaften werden die dabei schon für die Fragestellungen 2 und 3 untersuchten Merkmale herangezogen werden. Die Testung des Moderationseinflusses soll jeweils über eine multifaktorielle Varianzanalyse für ungleiche Stichprobengrößen erfolgen. Die Variablen: „Geschlecht“, „Bildung“, „Gratifikationsbegehren“ und „Störungsgruppe“ werden dabei als nominalskaliert angesehen und als Faktoren, die anderen intervallskalierten Variablen („Alter“, „AU-Dauer“, „BSS“, „FMP“ und „Motivationsrating“ des Therapeuten) als Kovariaten in ein saturiertes, geöffnetes Modell eingeführt. Als für die Moderationseffekte relevante Quelle der Varianz wird dabei der Varianzanteil auf Signifikanz getestet, der auf die Interaktion von Zielkategorie (UV_1), Zielerreichung (Kovariate₁) und der jeweiligen Patienteneigenschaft (UV_2 oder Kovariate₂) auf den Erfolgsfaktor E (AV) zurückgeht. Um unvertretbare Verletzungen der Anwendungsbedingungen zu vermeiden, sollen auch hier nur die Erstziele und nur die Kategorien mit $n \geq 10$ in die Analyse mit einbezogen werden.

F6: Unterscheiden sich Therapieziele darin, inwieweit sie in der stationären psychosomatischen Rehabilitation besonders gut bzw. besonders schlecht erreicht werden?

⇒ PH 6: Therapieziele unterscheiden sich in Bezug auf das Ausmaß, in dem sie erreicht werden.

⇒ PV 6: Die durchschnittliche Erreichung der Therapieziele unterscheidet sich zwischen den Kategorien der feinsten Auflösungsebene des BIT-T

Die statistische Testung soll über eine einfaktorielle Varianzanalyse für ungleiche Stichprobengrößen erfolgen. Um unvertretbare Verletzungen der Anwendungsbedingungen zu vermeiden, sollen auch hier nur die Erstziele und nur die Kategorien mit $n \geq 10$ in die Analyse mit einbezogen werden.

Als explorative Zusatzanalyse soll ferner untersucht werden, ob sich Patienteneigenschaften identifizieren lassen, die die Erreichbarkeit individueller

Therapieziele in der stationären psychosomatischen Rehabilitation moderieren. Analog zum Vorgehen bei der PH 5 sollen hierfür ebenfalls die schon bei der PH2 und der PH3 herangezogenen Patienteneigenschaften in die Analyse mit einbezogen werden. Die Testung des moderierenden Effektes der einzelnen Patienteneigenschaft auf den Zusammenhang von Zielerreichung und Zielkategorie erfolgt jeweils über eine multifaktorielle Varianzanalyse. Die Variablen „Geschlecht“, „Bildung“, „Gratifikationsbegehren“ und „Störungsgruppe“ wurden wie bei der Testung der PH 5 als nominalskaliert angesehen und als Faktoren, die anderen intervallskalierten Variablen („Alter“, „AU-Dauer“, „BSS“, „FMP“ und das „Motivationsrating durch die Therapeuten“) als Kovariaten in ein saturiertes, geöffnetes Modell eingeführt. Als für die Moderationseffekte relevante Quelle der Varianz wird der Varianzanteil auf Signifikanz getestet, der auf die Interaktion von Zielkategorie (UV_1) und der jeweiligen Patienteneigenschaft (UV_2 bzw. Kovariate₁) auf die Zielerreichung (AV) zurückgeht. Für die Identifikation möglicherweise mit der Zielkategorie konfundierter Patienteneigenschaften werden jeweils auch die Haupteffekte UV_2 bzw. Kovariate₁ auf die AV berechnet und auf Signifikanz getestet (s.u.). Analog zum bisherigen Vorgehen sollen zur Vermeidung unvertretbarer Verletzungen der Anwendungsbedingungen dieses Test auch hier nur die Erstziele und nur die Kategorien mit $n \geq 10$ in die Analyse mit einbezogen werden. Da die Ergebnisse zur Fragestellung 6 den Therapeuten eine empirisch validierte Hilfestellung bieten sollen, wenn sie die Erreichbarkeit von Therapiezielen, die Patienten ihnen vorschlagen, abschätzen müssen, soll die Testung der Hypothese 6 auf einem Abstraktionsniveau erfolgen, das dem der wörtlichen Formulierung der Ziele durch die Patienten am ehesten entspricht. Aus diesem Grund erfolgt die Beurteilung über das Eintreffen der psychologischen Vorhersage 6 auf der feinsten Auflösungsebene des BIT.

Als weitere explorative Zusatzanalyse soll untersucht werden, ob sich die durchschnittliche Erreichung der Erstziele auch dann zwischen den verschiedenen Kategorien des BIT-T unterscheidet, wenn der Einfluss von Patienteneigenschaften, die mit den Therapiezielen assoziiert sind und die die Zielerreichung beeinflussen, eliminiert ist. Zu diesem Zweck soll eine Kovarianzanalyse mit den potenziell mit der Zielkategorie konfundierten Patienteneigenschaften als Kovariaten gerechnet werden. Kontrolliert werden sollen dabei die Eigenschaften, die zum einen die

Erreichbarkeit von Therapiezielen (unabhängig von der jeweiligen Zielkategorie) beeinflussen und zum anderen ungleich über die Zielkategorien verteilt sind.

Um abzuschätzen, inwieweit Häufigkeiten, Zielerreichungsgrade und der Zusammenhang von Zielerreichung und Therapieerfolg zusammenhängen, sollen Pearsons' Korrelationen zwischen diesen drei Variablen über die ausreichend besetzten Kategorien auf der feinen Auflösungsebene berechnet und auf Signifikanz geprüft werden.

Um zusätzlich zu den inhaltlichen Fragestellungen Information darüber zu gewinnen, welches Abstraktionsniveau der Therapiezielerfassung für die Erfassung welcher zielbezogener Zusammenhänge am sensitivsten ist, sollen auch auf den nicht für die Beurteilung der Vorhersagen herangezogenen Abstraktionsniveaus die entsprechenden Signifikanztests durchgeführt, und die Ergebnisse der verschiedenen Abstraktionsebenen miteinander verglichen werden. Darüber hinaus sollen bei jedem statistischen Vergleich Effektgrößenmaße berechnet werden, damit die Ergebnisse unabhängig von der zugrunde liegenden Stichprobengröße bzw. Anzahl der untersuchten Kategorien über die drei Abstraktionsebenen hinweg miteinander verglichen werden können. Zusätzlich dienen die Effektgrößen auch zur Beurteilung der Größe der gefundenen Effekte und damit zur Beurteilung der Relevanz der Befunde (vgl. Lutz 2003b). Als Effektgrößen wurden dabei nach Cohen (1992) folgende Maße berechnet:

Für t-Test:
$$d = (m_A - m_B) / (\sigma_A + \sigma_B) / 2 \quad (\text{Formel 3.3.1})$$

Für Varianzanalysen:
$$\eta^2 = \sigma_A^2 / \sigma^2 \quad (\text{Formel 3.3.2})$$

Für Chi²-Tests:
$$\omega = \sqrt{\sum_{i=1}^m ((p1_i - p0_i)^2 / p0_i)} \quad (\text{Formel 3.3.3})$$

Pearson Korrelationen:
$$r$$

Die Beurteilung der Höhe der empirischen Effekte richtet sich jeweils nach den von Cohen (1988, 1992) für diese Effektstärken vorgeschlagenen Konventionen.

3.4 Beschreibung der Stichprobe

Die empirischen Prüfung der psychologischen Vorhersagen lag insgesamt eine Stichprobe von 4431 konsekutiv aufgenommenen Patienten zugrunde, die eine Rehabilitationsmaßnahme in der *Paracelsus Roswitha Klinik Bad Gandersheim* als einer Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie und Verhaltensmedizin in den Jahren 1997 bis 2002 abgeschlossen hatten. Für die Untersuchung der Therapieziele, die sich auf die stationäre Therapie in der Klinik bezogen (alle Hypothesen außer der PH 4), stand insgesamt eine konsekutiv aufgenommene Stichprobe von 3997 Patienten zur Verfügung. 2805 davon hatten in der Psy-BaDo gegen Ende der Therapie ihre Therapieziele, wie erbeten, noch einmal niedergeschrieben und konnten so in die Untersuchung aufgenommen werden. Die Verteilung der soziodemographischen und störungsbezogenen Merkmale a) der letztlich untersuchten Stichprobe von Patienten, die mindestens ein Ziel in der PsyBaDo angaben, b) der Patienten, die kein Ziel in der Psy-BaDo niederschrieben und c) der Gesamtgruppe sind in Tabelle 12 wiedergeben. Der Vergleich hinsichtlich der Symptomatik beschränkt sich hier aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die relativen Häufigkeiten von Erstdiagnosen aus den drei oben geschilderten Störungsgruppen: depressive Störungen, Angststörungen und Schmerzstörungen. Die vollständige Verteilung aller diagnostischer Kategorien gemäß ICD-10 in der untersuchten Stichprobe findet sich in Anhang B1. Insgesamt unterscheidet sich die Stichprobe der Patienten, für die zumindest ein Erstziel vorlag, von der konsekutiv aufgenommenen Gesamtstichprobe statistisch bedeutsam durch ein niedrigeres Alter, einen höheren Frauenanteil, die Art der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, den Anteil der Prävalenz eines Gratifikationsbegehrens und durch eine geringere Therapiemotivation. Aufgrund der großen Stichprobe und damit der hohen Teststärke sind jedoch für die Beurteilung der Frage der Bedeutung der Unterschiede Effektstärken und absolute Unterschiede aussagekräftiger. Hier handelt es sich um Unterschiede von 3% bzw. maximal 4.1% bzw. 3% bei Alter, zuletzt ausgeübtem Beruf und dem Anteil an Gratifikationsbegehren. Für den FMP ergibt sich mit $d=0.13$ kein nennenswerter und für das Motivationsrating mit $d=0.24$ lediglich ein kleiner Effekt im Sinne konventioneller Effektstärkenbeurteilungen nach Cohen (1992). Damit erscheint letztlich der Schluss gerechtfertigt, dass die untersuchte Stichprobe im wesentlichen repräsentativ für das in der Klinik behandelte Klientel ist.

Tabelle 12: Beschreibung der zur Analyse der stationären Therapieziele herangezogenen Stichprobe

		Alle Patienten (N=3997)	Patienten mit Erstziel (N=2805)	Patienten ohne Erstziel (N=1192)	F oder χ^2
Alter		46.81 (9.32)	46.71 (9.46)	47.1 (9.46)	1.52***
Geschlecht	Frau	72.4%	72.1%	68.4%	5.35*
	Mann	27.6%	27.9%	31.6%	
Familienstand	ledig	16.6%	16.9%	15.8%	4.39
	verheiratet	55.7%	57.0%	57.0%	
	getrennt	4.7%	4.7%	5.0%	
	geschieden	17.9%	18.1%	16.4%	
	verwitwet	5.0%	5.3%	5.8%	
	wieder verheiratet	0.1%	0.1%	0%	
Partnerschaft	ja	69.4%	69.0%	70.8%	1.10
	nein	30.6%	31.0%	29.2%	
Schulabschluss	noch in Schule	0%	0%	0%	9.24
	Sonderschule	0.3%	0.3%	0.2%	
	Hauptschule	40.0%	41.2%	43.2%	
	Realschule	38.5%	37.8%	35.9%	
	Abitur	20.2%	19.5%	18.6%	
	ohne Abschluss	1.1%	1.2%	1.6%	
Berufsabschluss	noch in Ausbildung	0.4%	0.4%	1.0%	6.35
	Lehre	55.4%	56.0%	55.5%	
	Meister/Fachschule	19.5%	18.8%	17.4%	
	Fachhochschule/Universität	14.1%	13.5%	13.7%	
	ohne Abschluss	10.6%	11.3%	12.3%	
zuletzt ausgeübter Beruf	Arbeiter	6.5%	6.9%	9.9%	21.73**
	Facharbeiter	4.8%	5.1%	6.1%	
	einfacher/mittl. Angestellter	68.8%	67.9%	63.8%	
	höherer Angestellter	11.6%	10.9%	9.5%	
	Selbständiger	2.2%	2.3%	2.4%	
	Azubi/Umschüler	1.0%	1.0%	0.8%	
	Schüler/Student	0.2%	0.2%	0.5%	
	Hausfrau	2.5%	2.6%	3.5%	
	Rentner	2.3%	2.8%	3.4%	
	ohne Beruf	0.3%	0.3%	0.2%	
zuletzt ausgeübte Tätigkeit	voll erwerbstätig	57.2%	57.0%	56.7%	1.10
	teilzeit erwerbstätig	19.2%	18.9%	18.0%	
	nicht erwerbstätig	5.1%	5.2%	5.8%	
	arbeitslos	18.6%	19.0%	19.5%	
Krankheitsdauer bei Rehabeginn in Jahren	Bis zu 1 Jahr	13.8%	13.2%	15.3%	7.30
	Bis zu 2 Jahre	19.6%	19.6%	19.5%	
	Bis zu 5 Jahre	24.7%	25.2%	23.6%	
	Bis zu 10 Jahre	16.2%	15.7%	17.3%	
	Bis zu 15 Jahre	9.0%	8.9%	9.1%	
	Über 15 Jahre	16.7%	17.3%	15.2%	
AU-Dauer bei Rehabeginn in Wochen		38.10 (24.55)	38.63 (24.98)	37.05 (23.57)	0.88
Gratifikationsbegehren		18.3%	17.1%	21.1%	8.78**
BSS-Summenscore		5.63 (2.12)	5.67 (2.11)	5.53 (2.09)	3.58
Motivationsrating durch den Bezugstherapeuten		2.43 (1.06)	2.51 (1.02)	2.25 (1.14)	50.86***
FMP-Gesamtscore		168.85 (20.81)	169.64 (20.86)	166.84 (20.54)	14.61***
Hauptsymptomatik (Erstdiagnose)	Depression	35.1%	36.1%	32.7%	0.70
	Angst	20.2%	20.3%	20.1%	
	Schmerz	8.3%	8.0%	9.0%	

Anmerkungen: Für Alter, Krankheitsdauer, Arbeitsunfähigkeits(AU)-Dauer, BSS-Summenscore, Motivationsrating und FMP-Gesamtscore sind die Mittelwerte in der jeweiligen Stichprobe, die Standardabweichungen in Klammern und der F-Wert des varianzanalytischen Vergleichs der beiden Gruppen wiedergeben, bei den übrigen Variablen die prozentualen Häufigkeiten und die Ergebnisse des χ^2 -Vergleichs der jeweiligen Gruppen, jeweils mit *= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$.

Die zentralen Eigenschaften der zum **Vergleich der drei Störungsgruppen (PV 2)** gebildeten Subgruppen sind in der folgenden Tabelle 13 wiedergegeben.

Tabelle 13: Verteilung soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale der drei miteinander verglichenen Störungsgruppen (PV 2)

		Depression (N=1004)	Angst (N=597)	Schmerz (N=225)	F/χ^2
Alter		48.01 (8.90)	43.94 (9.64)	47.54 (9.22)	37.9***
Geschlecht	Frau	75.1%	73.3%	72.9%	0.9
	Mann	24.9%	26.7%	27.1%	
Familienstand	ledig	15.8%	19.0%	13.8%	32.4***
	verheiratet	50.1%	56.5%	61.8%	
	getrennt	5.9%	3.0%	2.7%	
	geschieden	21.8%	18.1%	18.2%	
	verwitwet	6.3%	3.4%	3.1%	
	wieder verheiratet	0.1%	0%	0.4	
Partnerschaft	ja	64.5%	73.0%	76.4%	19.5***
	nein	35.5%	27.0%	23.6%	
Schulabschluss	noch in Schule	0%	0%	0%	13.7
	Sonderschule	0.3%	0%	0%	
	Hauptschule	43.0%	40.6%	47.1%	
	Realschule	35.6%	39.6%	35.0%	
	Abitur	20.3%	18.8%	15.2%	
	ohne Abschluss	0.9%	1.0%	2.7%	
Berufsabschluss	noch in Ausbildung	0.4%	0.3%	0%	14.6
	Lehre	56.3%	58.4%	56.6%	
	Meister/Fachschule	17.7%	17.5%	19.9%	
	Fachhochschule/Universität	14.2%	11.6%	6.8%	
	ohne Abschluss	11.3%	12.1%	16.7%	
zuletzt ausgeübter Beruf	Arbeiter	7.4%	7.7%	11.2%	25.6
	Facharbeiter	4.6%	6.6%	4.9%	
	einfacher/mittl. Angestellter	68.1%	67.1%	63.4%	
	höherer Angestellter	10.2%	9.7%	7.6%	
	Selbständiger	2.8%	1.3%	1.8%	
	Azubi/Umschüler	0.8%	1.3%	0.9%	
	Schüler/Student	0.1%	0.3%	0%	
	Hausfrau	3.0%	3.0%	3.1%	
	Rentner	2.9%	2.4%	6.3%	
ohne Beruf	0.2%	0.5%	0.9%		
zuletzt ausgeübte Tätigkeit	voll erwerbstätig	54.0%	54.7%	50.5%	4.8
	teilzeit erwerbstätig	18.8%	19.7%	17.5%	
	nicht erwerbstätig	4.9%	5.9%	6.1%	
	arbeitslos	22.2%	19.7%	25.9%	
Krankheitsdauer bei Rehabeginn in Jahren	Bis zu 1 Jahr	14.5%	14.1%	4.4%	24.9*
	Bis zu 2 Jahre	19.2%	19.4%	17.3%	
	Bis zu 5 Jahre	25.8%	25.5%	25.8%	
	Bis zu 10 Jahre	15.5%	16.1%	18.7%	
	Bis zu 15 Jahre	8.5%	9.3%	12.4%	
	Über 15 Jahre	16.5%	15.4%	16.5%	
AU-Dauer bei Rehabeginn in Wochen		13.75 (23.44)	12.65 (22.14)	22.23 (30.21)	14.0*
Gratifikationsbegehren		18.5%	12.6%	37.3%	73.5***
BSS-Summenscore ⁽¹⁾		6.15 (2.04)	5.96 (2.05)	5.79 (2.23)	3.4*
Motivationsrating durch den Bezugstherapeuten		2.61 (0.99)	2.65 (0.98)	1.94 (1.07)	46.8***
FMP-Gesamtscore ⁽²⁾		174.71 (17.67)	175.33 (15.80)	153.06 (26.22)	136.8***
Anzahl der Diagnosen		3.75 (1.78)	3.82 (1.13)	3.74 (1.23)	8.02***

Anmerkungen: s. Tabelle 12

Die drei Störungsgruppen unterscheiden sich in Bezug auf Alter, Familienstand und aktuelle Partnerschaft, Dauer der im Vordergrund stehenden Erkrankung, Arbeitsunfähigkeitsdauer, Beeinträchtigungsschwere (BSS), Psychotherapiemotivation (FMP und Therapeutenrating) und Anzahl der Diagnosen in statistisch signifikantem Ausmaß. Die Inspektion des Datenmusters zeigt, dass depressive Patienten eher älter sind, sich seltener in einer ehelichen oder partnerschaftlichen Bindung befinden und den höchsten Grad an Beeinträchtigungsschwere aufweisen. Schmerzpatienten zeichnen sich dagegen im Vergleich mit den anderen Gruppen durch eine längere Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsdauer, einen deutlich höheren Anteil an Gratifikationsbegehren und durch die geringsten Werte auf den Maßen für die Psychotherapiemotivation aus. Die höchste Anzahl an vergebenen Diagnosen findet sich bei den Patienten mit der Erstdiagnose einer Angststörung, gefolgt von den primär depressiven und dann von den primär schmerzbeeinträchtigten Patienten. Für die Effektstärke ergibt sich bei diesen für die Interpretation der Befunde wichtigen Unterschieden mit $\eta^2 = 0.009$ jedoch nicht einmal ein kleiner Effekt.

Für die Analyse der Therapieziele, die sich auf eine **ambulante Nachbehandlung** beziehen (PV 4) stand insgesamt eine Stichprobe von 434 konsekutiv aufgenommenen Patienten zur Verfügung. 310 Patienten gaben sowohl zu Beginn der stationären Therapie als auch unter Einbezug möglicher Änderungen gegen deren Ende ihre Therapieziele für die stationäre Therapie an. 242 (78.1%) Patienten davon gaben im *Arbeitsblatt zur Erhebung von Zielen für ambulante Nachbehandlung* (ZAN) an, dass sie entweder eine ambulante Therapie machen wollten (176 Patienten $\approx 56.8\%$), an einer psychosomatische Nachsorge teilnehmen (38 Patienten $\approx 12.3\%$) oder beides machen wollten (28 $\approx 9\%$). 41 Patienten (13.2%) wollten kein Nachbehandlung beginnen und 27 Patienten (8.7%) machten diesbezüglich keine expliziten Angaben. Die folgende Tabelle 14 gibt die relevanten Stichprobenmerkmale der Patienten, die eine Nachbehandlung planten und zu allen drei Zeitpunkten Zielangaben machten im Vergleich zu den Patienten wieder, die entweder nicht zu allen Zeitpunkten Therapieziele angaben oder die keine ambulante Nachbehandlung machen wollten. Es zeigt sich hier, dass Patienten, die vollständige Angaben machen und eine Nachbehandlung anstreben jünger, anders gebildet und beruflich tätig, stärker beeinträchtigt und höher motiviert sind.

Tabelle 14: Beschreibung der zur Analyse der Nachbehandlungsziele herangezogenen Stichprobe

		alle Patienten ab Erfassung d. Nachbehandlungsziele (N=434)	unter- suchte Patienten (N=242)	restliche Patienten (N=192)	F oder χ^2
Alter		47.33 (9.48)	46.43 (9.33)	48.46 (9.58)	5.0*
Geschlecht	Frau	69.9%	72.2%	67.0%	1.3
	Mann	30.1%	27.7%	33.0%	
Familienstand	Ledig	14.5%	14.9%	14.1%	4.9
	Verheiratet	56.1%	55.8%	56.5%	
	Getrennt	5.8%	7.0%	4.2%	
	Geschieden	18.7%	19.0%	18.3%	
	Verwitwet	4.6%	3.3%	6.3%	
	wieder verheiratet	0.2%	0%	0.5%	
Partnerschaft	Ja	72.1%	74.6%	69.0%	1.6
	Nein	27.9%	25.4%	31.0%	
Schulabschluss	noch in Schule	0%	0%	0%	2.3
	Sonderschule	1.2%	1.2%	1.0%	
	Hauptschule	38.0%	35.1%	41.7%	
	Realschule	41.5%	44.2%	38.0%	
	Abitur	18.0%	18.2%	17.7%	
	ohne Abschluss	1.4%	1.2%	1.6%	
Berufsabschluss	noch in Ausbildung	0.7%	1.3%	0%	14.1*
	Lehre	56.1%	56.3%	55.9%	
	Meister/Fachschule	20.8%	25.2%	15.1%	
	Fachhochschule/Universität	11.3%	8.8%	14.5%	
	ohne Abschluss	10.6%	8.0%	14.0%	
zuletzt ausgeübter Beruf	Arbeiter	12.0%	11.2%	13.2%	17.3*
	Facharbeiter	8.1%	9.1%	6.8%	
	einfacher/mittl. Angestellter	60.6%	65.3%	54.7%	
	höherer Angestellter	9.0%	6.6%	12.1%	
	Selbständiger	1.2%	1.2%	1.1%	
	Azubi/Umschüler	0.5%	0.8%	0%	
	Schüler/Student	0.2%	0.4%	0%	
	Hausfrau	3.7%	2.1%	5.8%	
	Rentner	3.9%	3.3%	4.7%	
	ohne Beruf	0.7%	0%	1.6%	
zuletzt ausgeübte Tätigkeit	voll erwerbstätig	54.5%	55.2%	53.6%	6.0
	teilzeit erwerbstätig	19.5%	22.0%	16.4%	
	nicht erwerbstätig	7.2%	5.2%	9.8%	
	arbeitslos	18.6%	17.2%	20.0%	
Krankheitsdauer bei Rehabeginn in Jahren	Bis zu 1 Jahr	17.4%	17.6%	17.1%	4.2
	Bis zu 2 Jahre	26.6%	27.3%	25.7%	
	Bis zu 5 Jahre	25.9%	28.6%	22.5%	
	Bis zu 10 Jahre	14.4%	12.2%	17.1%	
	Bis zu 15 Jahre	6.1%	5.5%	7.0%	
	Über 15 Jahre	9.6%	8.8%	10.7%	
AU-Dauer bei Rehabeginn in Wochen		30.05 (20.49)	28.94 (18.54)	32.14 (23.79)	0.8
Gratifikationsbegehren		10.8%	11.6%	9.9%	0.3
BSS-Summenscore (zu Beginn d. stat. Therapie)		6.78 (1.95)	7.02 (1.88)	6.47 (2.00)	8.7**
Motivationsrating durch den Bezugstherapeuten		2.40 (0.97)	2.54 (0.89)	2.23 (1.05)	11.1***
FMP-Gesamtscore		171.81 (19.24)	176.42 (16.93)	165.83 (20.43)	33.8***

Anmerkungen: s. Tabelle 12

3.5 Darstellung der Behandlung

Die untersuchten Patienten befanden sich in stationärer Behandlung in einer Rehabilitationsfachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie und Verhaltensmedizin. Im Vordergrund der Behandlung standen psychotherapeutische Maßnahmen, die sich an einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Grundausrichtung orientierten (s. Jacobi 2003). Falls nötig, wurden die psychotherapeutischen Maßnahmen durch eine medizinische oder physiotherapeutische Begleitbehandlung ergänzt. Zusätzlich bestand ein sport-, sozial- und ergotherapeutisches Behandlungsangebot, das jedoch eng mit dem psychotherapeutischen Vorgehen abgestimmt war. So wurden sporttherapeutische Maßnahme beispielsweise zur Aktivierung depressiver Patienten und ergotherapeutische Maßnahmen zur Konfrontation mit sozialen Situationen eingesetzt.

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgte sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting. Die Patienten erhielten in der durchschnittlich 42 Tage dauernden Behandlung (14-84; $SD=10.11$) im Schnitt 7.86 Einzeltherapiestunden (1-44, $SD=3.29$). Im Rahmen der Gruppentherapie standen zum einen störungsunspezifische Problemlösegruppen zur Verfügung, an denen 90.0% der Patienten mit im Schnitt insgesamt 10.31 Sitzungen (4-25, $SD=1.26$) teilnahmen. Darüber hinaus standen störungsspezifische indikative Gruppen zur Verfügung, die sich inhaltlich an modernen verhaltenstherapeutischen Konzepten ausrichteten (vgl. z.B. Margraf 2000). Gruppen zur Behandlung von Panikstörungen, Agoraphobien und Zwängen wurden von 17.4% der Patienten besucht, zur Behandlung von Generalisierten Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen von 14.7%, zur Behandlung sozialer Phobien und mangelnder sozialer Kompetenzen von 22.3%, zur Behandlung depressiver Störungen von 18.6%, zur Behandlung von chronischem Schmerz und Tinnitus ebenfalls 18.6% und zur Behandlung stressbezogener Probleme von 10.6% der Patienten. Die indikativen Gruppen richteten sich dabei in standardisierter Weise nach den aktuellen verhaltenstherapeutischen Behandlungsrationalen (vgl. z.B. Margraf 2000). Im Schnitt nahmen die Patienten an 6.37 Doppelstunden (1-27, $SD=2.02$) einer indikativen Gruppe teil.

Zusätzlich nahmen 76.5% der Patienten an einem Kurs zur Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen, 16.6% zum Autogenen Training und 28.9% an einem Yoga-Kurs teil. Die durchschnittliche Anzahl von Entspannungstrainingssitzungen lag bei 8.75 Sitzungen (1-30, $SD=3.86$). Damit ergibt sich pro Patient ein Schnitt von 39.7 Stunden psychotherapeutischer Interventionen. Die Therapien wurden von Ärzten und Diplom-Psychologen durchgeführt, die entweder eine verhaltenstherapeutische Ausbildung absolviert hatten oder sich in einer fortgeschritten verhaltenstherapeutischen Ausbildung befanden. Bei 3% der Patienten wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen.

3.6 Material und Überblick über den Ablauf der Untersuchung

Die zur Operationalisierung der abhängigen und unabhängigen Variablen eingesetzten Instrumente *Anamnesefragebogen 2*, *Berner Inventar für Therapieziele Checkliste* (BIT-C), *Psy-BaDo* und das *Arbeitsblatt zur Erhebung von Zielen für ambulante Nachbehandlung* sind im Anhang A wiedergegeben. Die folgende Abbildung 2 stellt den zeitlichen Ablauf der für dieses Arbeit relevanten Datenerhebungen und (zielbezogenen) Behandlungsmaßnahmen vor:

Erfasste Variablen	Alter Geschlecht Bildung Beruf Arbeitsfähigkeit aktuelle Beschäftigung Rentenantrag Zuweisungsweg	FMP	BSS-prä ab 2002: BIT-C		Einschätzung der Psychotherapie-motivation Einschätzung des Gratifikations-begehrens	VEV Psy-BaDo mit letztendlichen Form sowie Zielerreichung, ab 2002: Ziele für eine eventuelle Nachbehandlung	BSS-post
Behandlungs- maßnahme	Med. Aufnahme	Aufnahme- diagnostik	Psychotherapeut. Aufnahme	„Zweitsicht“ mit Chefarzt	Therapie	Abschlussdiagnostik	Med. und psychotherap. Abschluss
Zielbezogene Interventionen			Erstbesprechung von Problemen und Zielen Aufforderung zur Niederschrift der Therapieziele	Zweitbesprechung von Problemen und Zielen	Modifikation der Therapieziele (wenn nötig)		Besprechung weiterführender Zielstellungen bzw. der Zielstellungen für eine ambulante Nachbehandlung
Zeit	Tag der Anreise (An)	An + 1	An + 1	An + 5	An + 1 bis An + 39	Tag der Abreise (Ab) – 2	Ab - 1

Abbildung 2: Zeitlichen Ablauf der Datenerhebungen und (zielbezogenen) Behandlungsmaßnahmen

Anmerkung: Die addierten Zahlen in der letzten Zeile beziehen sich auf die Zahl der Tage nach der Anreise bzw. vor der Abreise

4 Ergebnisse

4.1 Die Therapieziele von Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Die 2805 untersuchten Patienten gaben insgesamt 10710 Therapieziele an. Das ergibt im Mittel 3.81 Ziele (1-5, $SD=1.23$) pro Patient. Ca. 17.5% der Patienten verfolgen nur Ziele aus einer Kategorie, 33% aus zwei, 36% aus drei, 12% aus vier und 2% aus fünf Kategorien. Die folgende Abbildung 3 gibt die **Verteilung aller Ziele** über die Grobkategorien des BIT-T wieder.

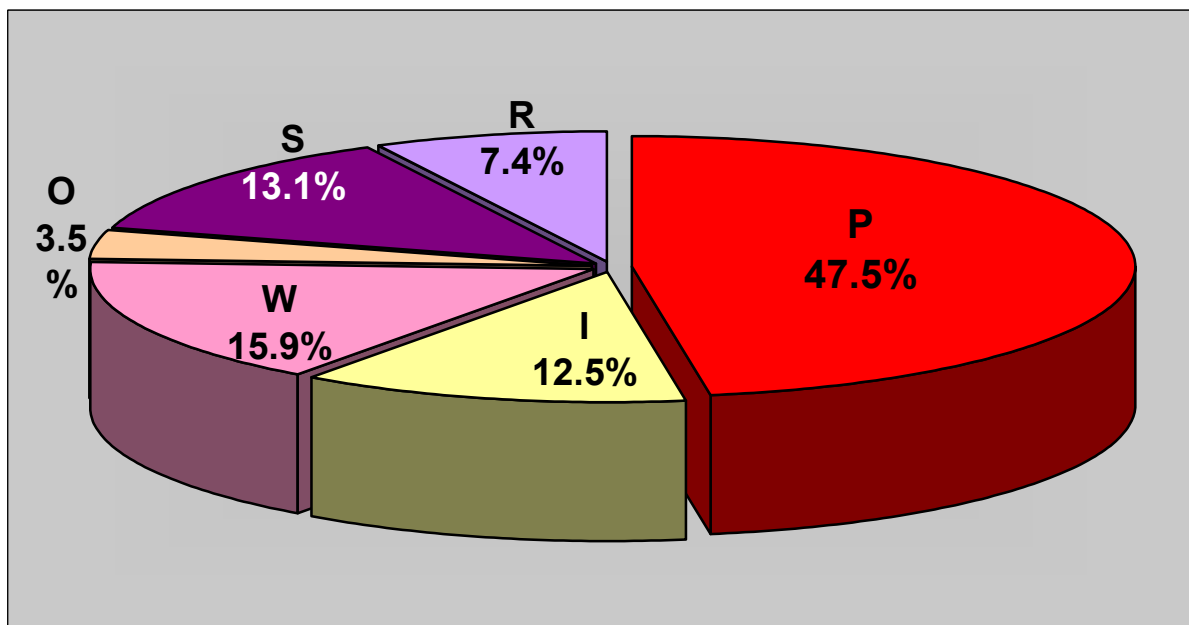


Abbildung 3: Die relativen Häufigkeiten der Grobkategorien des BIT-T in Bezug auf alle 10710 von den Patienten genannten Ziele mit P: problem- und symptombezogene Ziele; I: interpersonale Ziele; W: Wohlbefindensziele; O: Orientierungsziele; S: selbstbezogene Ziele und R: Restkategorie.

Auf der **größten Abstraktionsebene** fallen damit fast die Hälfte aller genannten Therapieziele in den Bereich der symptom- oder problembezogenen Inhalte. Die Bereiche Wohlbefindensziele, Selbstbezogene Ziele und Interpersonale Ziele sind mit ca. 13% bis 16% deutlich seltener vertreten. Orientierungsziele bilden mit ca. 4% die am wenigsten genannte Kategorie. Ca. 7% der Therapieziele konnten auf dieser Abstraktionsebene keiner Kategorie zugeordnet werden. Die Testung der Grobkategorien auf Gleichverteilung resultiert in $\chi^2(5/10710)=7977.01$ mit $p \leq .001$ und einem ω von 0.82, was im Sinne von Cohen (1992) einem großen Effekt entspricht.

Auf der **mittleren Auflösungsebene** finden sich Ziele aus allen 43 Kategorien des BIT-T. Die 22 Kategorien, die dabei mindestens einen Anteil von 1% der Gesamtzielmenge ausmachten, sind in Tabelle 15 wiedergegeben².

Tabelle 15: Relative Häufigkeiten der Kategorien des BIT-T auf der mittleren Abstraktionsebene für alle Ziele

Zielkategorie	Häufigkeit	Prozent
Körperbezogene Probleme	1593	14.87
Ängste	964	9.00
Entspannung & Gelassenheit	863	8.06
Probleme in umschriebenen Lebensbereichen & Stress	742	6.93
depressives Erleben	672	6.27
Selbstbewusstsein, Selbstwert & eigene Schwächen	599	5.59
Selbstbehauptung und Abgrenzung	551	5.14
Wohlbefinden	480	4.48
nicht kategorisierbar	369	3.45
Selbstreflexion & Zukunft	335	3.13
Bewegung & Aktivität	333	3.11
Schlaf	304	2.84
Selbstverwirklichung	296	2.76
Essverhalten	274	2.56
rein somatische Ziele	247	2.31
Selbstverwirklichung	225	2.10
Kontakt, Nähe & Austausch	224	2.09
Medikamente	204	1.90
Alleinsein & Trauer	201	1.88
Bestehende Partnerschaft	145	1.35
Gefühlsregulation	127	1.19
NNB Selbstentwicklung	110	1.03

Anmerkung: Wiedergegeben sind nur Kategorien mit einer relativen Häufigkeit von $\geq 1\%$

Am häufigsten ist auf dieser Ebene die Kategorie der körperbezogenen Probleme mit ca. 15% vertreten. Dann folgen die Bereiche: Ängste bewältigen, Entspannung und Gelassenheit finden, Bewältigung von Stress und von Problemen in verschiedenen Lebensbereichen, Depression bewältigen, Selbstbewusstsein, Selbstwert und – akzeptanz steigern, interpersonale Selbstbehauptung und Abgrenzung von anderen und Ziele des körperlichen und psychischen Wohlbefindens. Die Testung auf Gleichverteilung über alle Kategorien der mittleren Auflösungsebene resultiert in χ^2 (42/10710)=18986.17 mit $p \leq .001$, bei zwei von 43 Kategorien (4.7%), die mit weniger als fünf Patienten ungenügend besetzt sind (NNB Wohlbefinden: $N=2$ und NNB

² Die vollständige Darstellung der Kategorien-Häufigkeiten findet sich in Anhang C.

Orientierung: $N=1$). Hinsichtlich der Effektstärke resultiert mit ω von 1.77 ein großer Effekt.

Auf der **feinsten Auflösungsebene** sind 100 der insgesamt 109 möglichen Zielkategorien vertreten. Lediglich die Kategorien: „Selbstdestruktives Verhalten“, „Suizidalität & Selbstdestruktives Verhalten NNB“, „Suizidalität und Selbstdestruktives Verhalten Restkategorie“, „Zwänge Restkategorie“, „Suchtverhalten Restkategorie“, „Sexualität Restkategorie“, „Bestehende Partnerschaft Restkategorie“, „Alleinsein und Trauer Restkategorie“, „Bewegung und Aktivität Restkategorie“ bleiben unbesetzt. Die Kategorien, deren relative Häufigkeit bei mindestens 1% liegt, sind in Tabelle 16 wiedergegeben, die vollständige Verteilung findet sich im Anhang C.

Tabelle 16: Relative Häufigkeiten der Kategorien des BIT-T auf der feinen Abstraktionsebene für alle Ziele

Zielkategorie	Häufigkeit	Prozent
körperliche Schmerzen	831	7.76
andere spezifische körperliche Probleme	693	6.47
Entspannung & Gelassenheit NNB	659	6.15
Ängste NNB	551	5.14
Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen & Selbstwertgefühl	513	4.79
Stress	438	4.09
nicht kategorisierbarer Ziele	369	3.45
Depressives Erleben NNB	340	3.17
Selbstbehauptung & Abgrenzung im Verhalten	332	3.10
Schlafprobleme	302	2.82
Selbstreflexion & Zukunftsperspektiven	248	2.32
rein somatische Ziele	246	2.30
Psychisches Wohlbefinden (mit depressivem Kontext)	241	2.25
Ausbildung & Arbeit	237	2.21
mehr Bewegung	233	2.18
Medikamente NNB	207	1.93
Übergewicht	183	1.71
Verwirklichung eigener Pläne & Wünsche	162	1.51
andere Ängste	155	1.45
Trauer & Verarbeiten von Verlust	150	1.40
Selbstbehauptung & Abgrenzung	128	1.20
Umgang mit Gefühlsregungen	128	1.20
Respektieren eigener Wünsche & Grenzen	127	1.19
Mehr Kontakt aufnehmen/ Austausch verbessern	123	1.15
Negative Gedanken & Gedankenabläufe	119	1.11
Selbstentwicklung NNB	110	1.03
Selbstverwirklichung NNB	110	1.03

Anmerkung: Wiedergegeben sind nur Kategorien mit einer relativen Häufigkeit von $\geq 1\%$

Am häufigsten wurden hier die Kategorien: „körperliche Schmerzen“, „körperliche Beschwerden unspezifiziert“, „nicht näher benannte Ziele von Entspannung und Gelassenheit“, nicht näher benannte Ziele aus dem Bereich „Angst/Ängste“ und „Selbstsicherheit, -vertrauen u. -wertgefühl“ gewählt. Auf der Ebene der feinsten Auflösung ergibt sich für die Testung auf Gleichverteilung ein $\chi^2(106/10710)$ von 24628.65 mit $p \leq .001$ bei 26 Kategorien (23.9%), die mit $N \leq 5$ nicht ausreichend besetzt sind. Für die Effektstärke ergibt sich ein ω von 2.3. Damit liegen auf allen drei Abstraktionsebenen große Effekte im Sinne der Konventionen von Cohen (1992) vor, wobei die Stärke der Effekte mit zunehmender Konkretheit der Zielerfassung zunimmt.

Werden nur die „**Hauptziele**“ (laut Psy-BaDo) untersucht, so dass jeder Patient mit nur einem Wert in die Auswertung eingeht und damit die Unabhängigkeit der Daten gewährleistet ist, so ergibt sich für die 2805 erstgenannten Ziele auf der **größten Abstraktionsebene** die in der folgenden Abbildung 4 wiedergegebene Häufigkeitsverteilung.

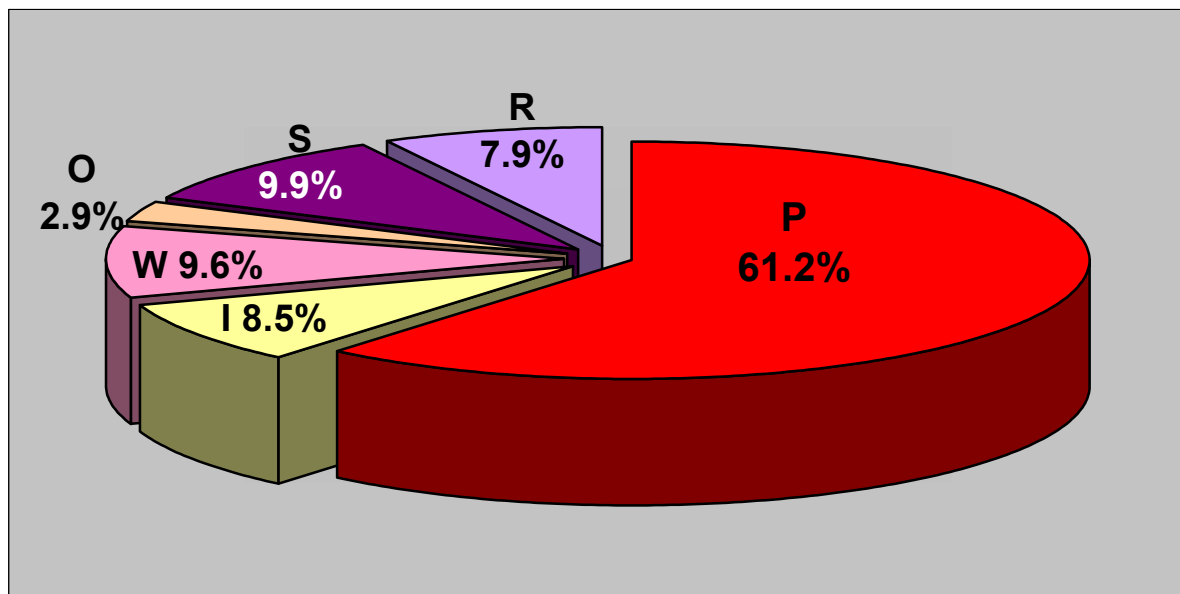


Abbildung 4: Die relativen Häufigkeiten der Grobkategorien des BIT-T bei den „Hauptzielen“ mit P: problem- und symptombezogene Ziele; I: interpersonale Ziele; W: Wohlbefindensziele; O: Orientierungsziele; S: selbstbezogene Ziele; R: Restkategorie.

Die Testung der Grobkategorien auf Gleichverteilung resultiert hier in $\chi^2(5/2805)=4068.93$ mit $p \leq .001$ und $\omega = 1.2$. Auf der **mittleren Auflösungsebene** sind bei den „Hauptzielen“ die Beseitigung/Linderung/Bewältigung körperbezogener Probleme mit 22.3% die am häufigsten vertretenen Therapiezielinhalte. Dann folgen: Ängste bewältigen (13.8%), Bewältigung von Stress und von Problemen in

verschiedenen Lebensbereichen (8.2%) und depressives Erleben (7.9%). Die Häufigkeiten der dann folgenden Kategorien finden sich im Anhang C. Die Testung der Kategorien der mittleren Abstraktionsebene auf Gleichverteilung der Kategorien ergäbe ein $\chi^2(41/2805)$ von 8366.59 mit $p \leq .001$ bei insgesamt 42 vertretenen und 8 mit $N \geq 5$ nicht ausreichend besetzten Kategorien (18.6%). Für die Effektgröße ω ergibt sich ein Wert von 1.7. Auf der **Ebene der feinsten Auflösung** waren bei den „Hauptzielen“ die am häufigsten vergebenen Zielkategorien: „körperliche Schmerzen“ (12.9%), „unspezifizierte Angst/Ängste“ (8.7%), „nicht näher klassifizierbare körperliche Probleme“ (8.7%), „Stress und Probleme in bestimmten Lebensbereichen“ (4.9%) und „depressives Erleben“ (4.8%)⁴. Für den Test auf Gleichverteilung ergäbe sich hier: $\chi^2(89/2805)=9434.84$ mit p ebenfalls $\leq .001$ bei insgesamt 90, und 45 für den χ^2 -Test nicht ausreichend besetzten, Kategorien (41.3%). Die Effektstärke liegt hier bei $\omega = 1.84$. Somit liegen auch bei der Verteilung der Hauptziele jeweils große Effekte vor, die mit zunehmender Konkretheit der Zielerfassung ansteigen. Abbildung 5 gibt die Verteilung über die **Zweit-, Dritt-, Viert- und Fünftziele** der Patienten über die Grobkategorien wieder.

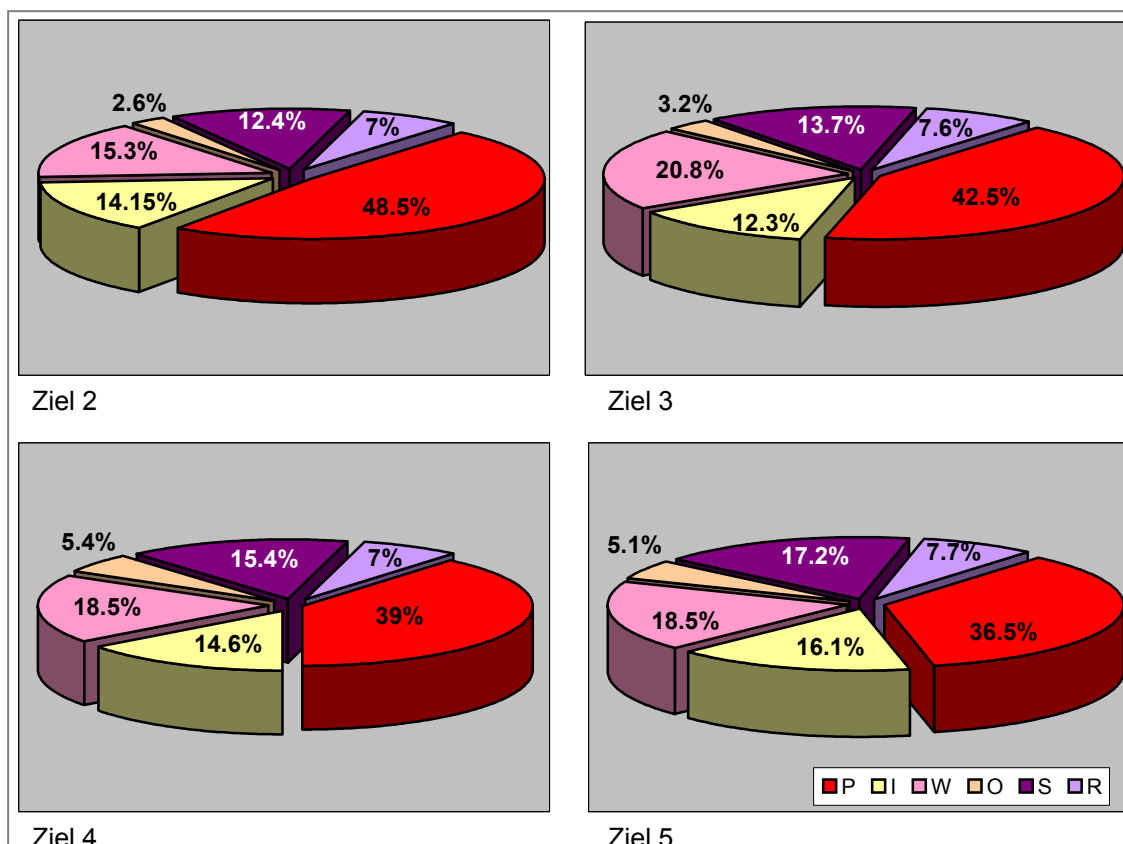


Abbildung 5: Die Verteilung der Zweit- bis Fünftziele mit P: problem- und symptombezogene Ziele; I: interpersonale Zielen; W: Wohlbefindensziele; O: Orientierungsziele; S: selbstbezogene Ziele und R: Restkategorie.

Es ist klar erkennbar, dass der Anteil an problem- und symptombezogenen Zielen vom erstgenannten bis zum letztgenannten Ziel kontinuierlich abnimmt, wohingegen sich der Anteil der Wohlbefindens- bzw. der interpersonalen Ziele mehr als bzw. fast verdoppelt.

Analysiert man zur besseren Vergleichbarkeit die Häufigkeiten - analog zur Vorgehensweise von Grosse Holtforth und Grawe (2001) und Grosse Holtforth et al. (in press) - den Anteil an Patienten, die **mindestens ein Ziel einer bestimmten Kategorie** verfolgen, so ergibt sich für die grobe und die mittlere Ebene die in Abbildung 6 dargestellte Verteilung.

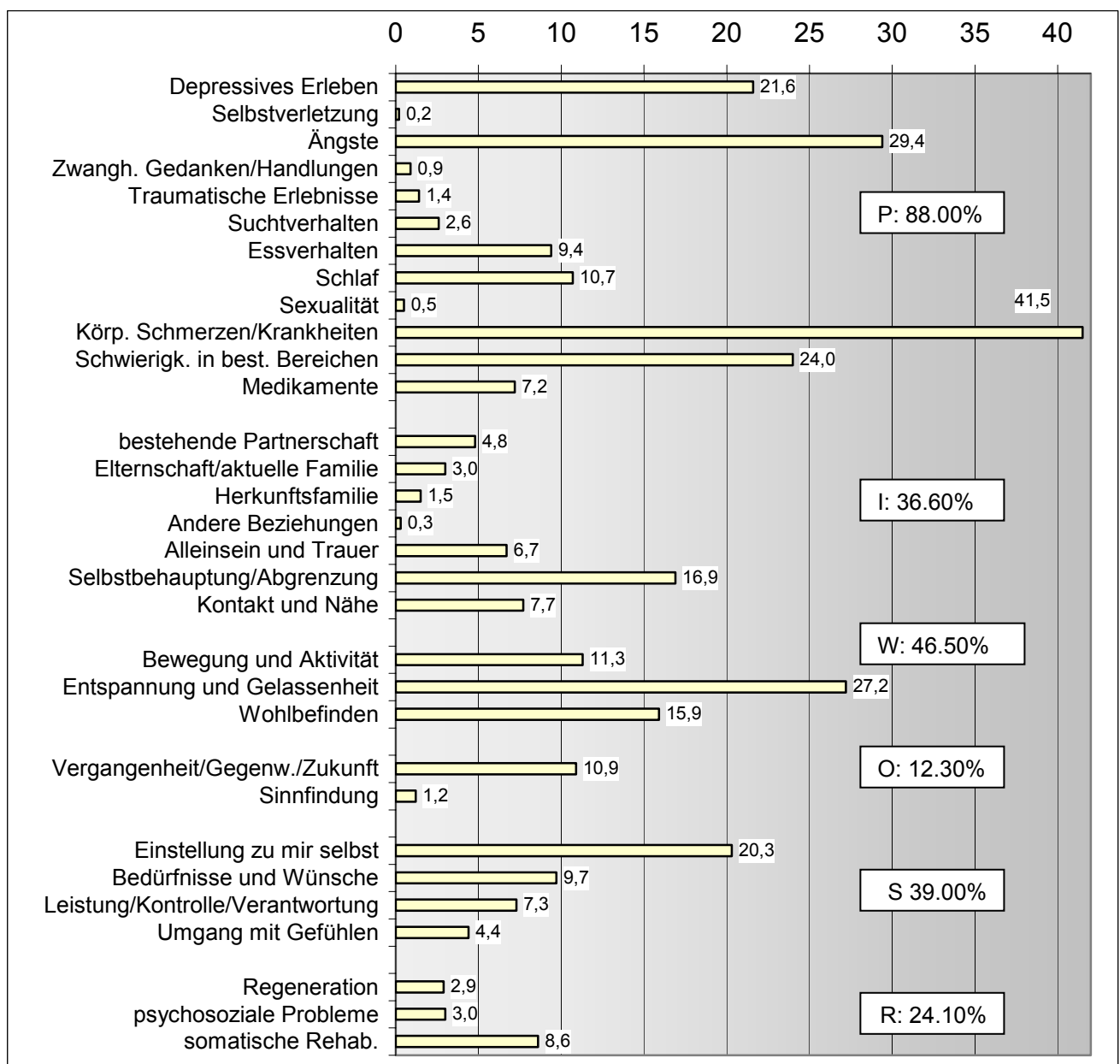


Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Patienten, die mindestens ein Ziel der jeweiligen Mittel- und Grobkatgorien verfolgen. P, I, W, O, S und R: vgl. Abbildung 5.

Damit verfolgen auf der groben Abstraktionsebene fast 90% der Patienten ein problem- oder symptombezogenes Therapieziel. Innerhalb der problembezogenen Ziele dominieren Patienten, die mindestens ein sich auf den Umgang mit körperlichen Beschwerden beziehendes Ziel verfolgen. Dann folgen Patienten, die mindestens ein angst-, stress- oder depressionsbezogenes Therapieziel verfolgen. Im Bereich des Wohlbefindens dominieren entspannungs-/erholungsbezogene Ziele und bei Zielen der Selbstentwicklung die, die eine positivere Einstellung zu sich selber thematisieren.

Ausschließlich problem- und symptombezogene Ziele wurden von 15.2% der Patienten verfolgt, ausschließlich interpersonale Ziele lediglich von 0.7%, Wohlbefindensziele von 0.4%, Orientierungsziele von 0.03%, Selbstbezogene Ziele wurden von 0.4% und Ziele der Restkategorie von 0.8% der Patienten verfolgt.

In Bezug auf häufige **Zielkombinationen** ergibt sich, dass mit 11.4% am häufigsten problem- und symptombezogene Ziele zusammen mit Wohlbefindenszielen verfolgt werden. Dann folgen Kombinationen aus problem- und symptombezogenen, interpersonalen und Wohlbefindenszielen (8.3%), problem- und symptombezogenen, Wohlbefindenszielen und selbstbezogenen Zielen (7.9%), problem- und symptombezogene Zielen, interpersonalen und selbstbezogenen Zielen (6.1%) und problem- und symptombezogenen Zielen und Zielen aus der Restkategorie (5%).

Damit sprechen die Befunde **insgesamt** zum einen dafür, dass sich die relativen Häufigkeiten der Therapiezielkategorien des höchsten Abstraktionsgrades des BIT-T voneinander unterscheiden, womit die SV 1 eingetroffen ist. Zum anderen zeigt sich, dass die wesentlichen inhaltlichen Merkmale der Häufigkeitsverteilung wie z.B. die Dominanz problem- und symptombezogener Ziele oder die hohe Prävalenz von Zielen, die sich auf körperliche Beschwerden beziehen, sich unabhängig davon zeigen, ob alle Ziele, nur die Erstziele oder der Anteil an Patienten betrachtet wird, der zumindest ein Ziel aus der jeweiligen Kategorie verfolgt.

4.2 Primäre Therapieziele in verschiedenen Störungsgruppen

Abbildung 7 zeigt die für die Testung der **PV 2a** relevanten prozentualen Häufigkeiten für die einzelnen Grobkategorien des BIT-T getrennt nach den drei Störungsgruppen: depressive Störungen, Angststörungen und somatoforme Schmerzstörungen. Betrachtet werden dabei ausschließlich die Erstziele („Hauptziele“) der Patienten.

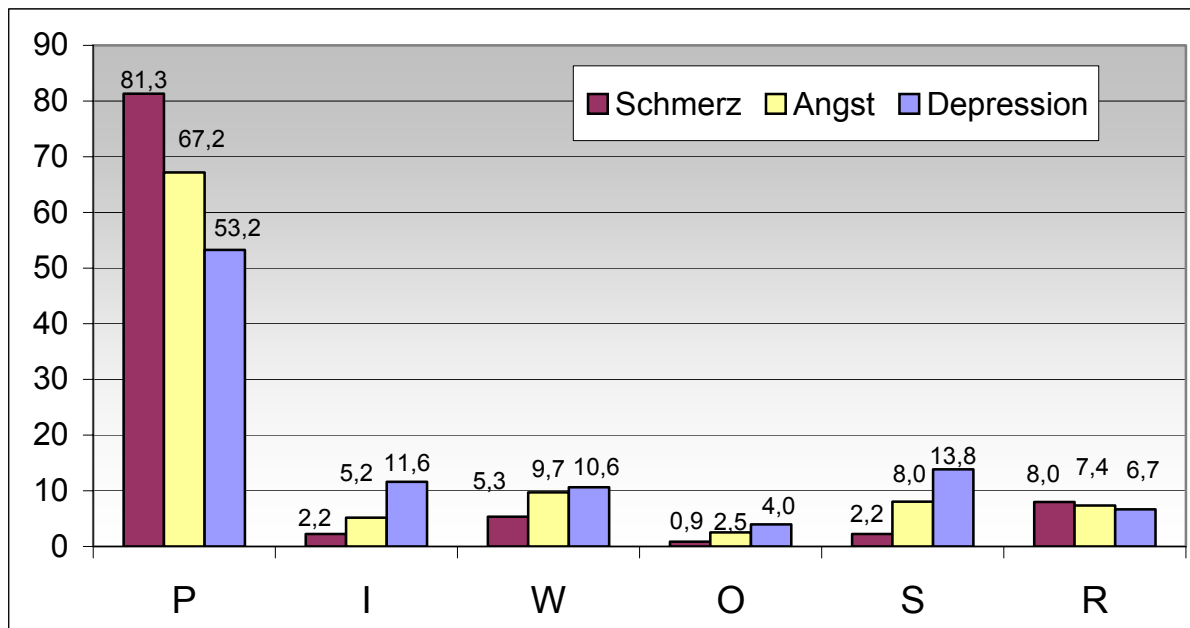


Abbildung 7: Relative Häufigkeiten der Grobkategorien der Erstziele, separat für die drei Störungsgruppen Schmerz, Angst und Depression in Prozent; P: problem- und symptombezogene Ziele; I: interpersonale Ziele; W: Wohlbefindensziele; O: Orientierungsziele; S: selbstbezogene Ziele und R: Restkategorie.

Es ist deutlich zu erkennen, dass die Verteilung der Erstziele von der Störungsgruppe abhängig ist. Bei Schmerzpatienten dominieren problem- und symptombezogene Ziele in stärkerem Maße als dies bei Angstpatienten oder bei primär depressiven Patienten der Fall ist. Primär depressive Patienten haben deutlich häufiger interpersonale, Orientierungs- und selbstbezogene Ziele. Für die Testung auf Unabhängigkeit der Variablen „Therapiezielkategorie“ und „Diagnosegruppe“ ergibt sich für die grobe Ebene: $\chi^2(10/1827)=100.31$ mit $p \leq .001$ und $\omega = 1.38$ (bei 0% nicht ausreichend besetzter Zellen). Damit ist die PV 2a eingetroffen. Für die mittlere Ebene ergibt sich ein $\chi^2(80/1827)$ -Wert von 872.57 mit $p \leq .001$ und $\omega = 2.34$ (bei 52% nicht ausreichend besetzter Zellen) und für die feine Ebene ein $\chi^2(168/1827)$ -Wert von 1047.7 mit $p \leq .001$ und $\omega = 2.52$ (bei 74.4% nicht ausreichend besetzter Zellen). Die relativen Häufigkeiten der jeweils 33 häufigsten Feinkategorien des BIT-T sind in den Abbildungen 8-10 separat für die drei

Störungsgruppen jeweils in absteigender Größenordnung der einzelnen Therapiezielkategorien wiedergegeben.

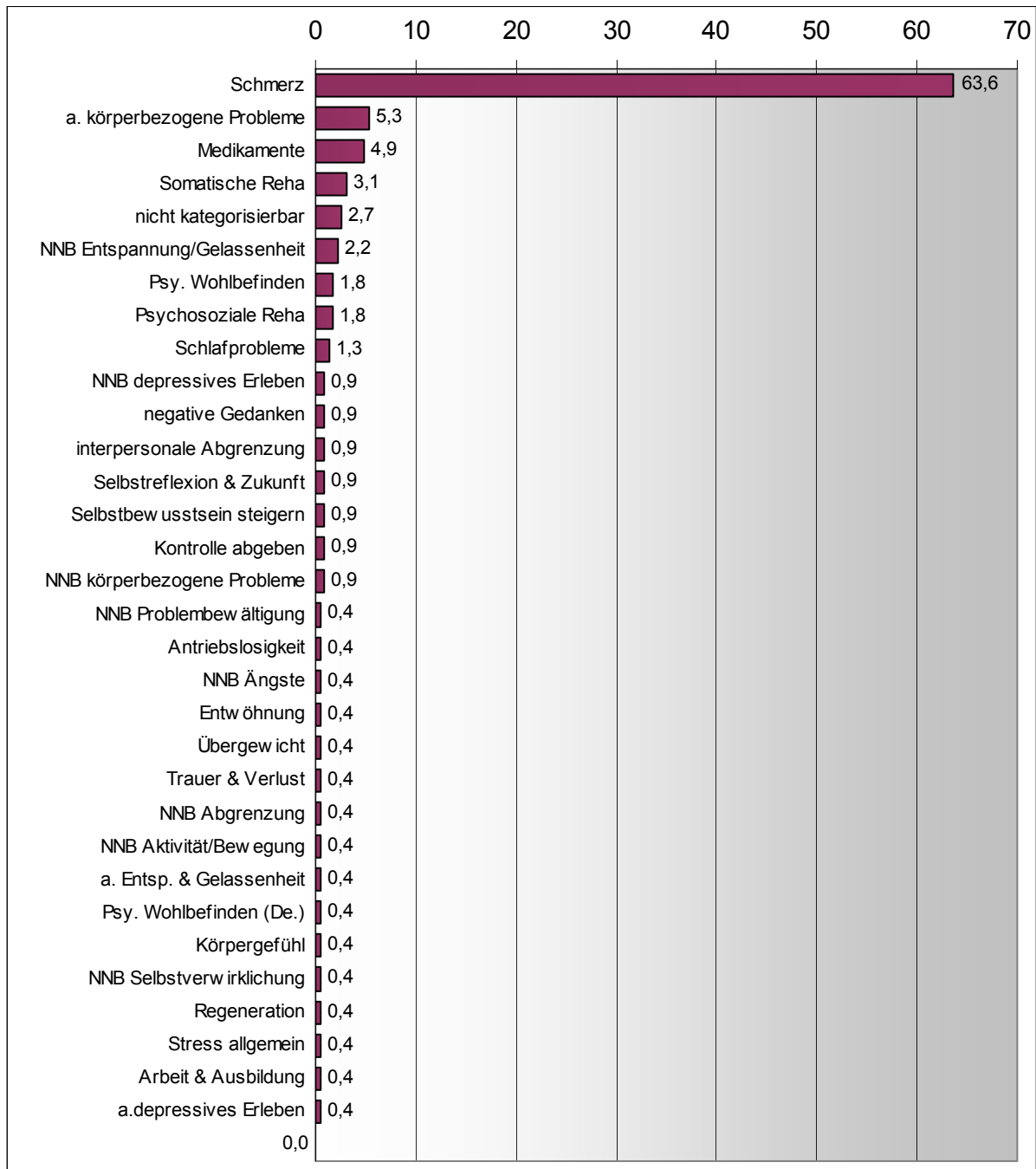


Abbildung 8: Relative Häufigkeiten der Feinkategorien bei primär schmerzbeeinträchtigten Patienten in Prozent

Bei den Schmerzpatienten sind insgesamt 32 Feinkategorien besetzt. Am häufigsten ist die Kategorie „Bewältigung körperlicher Schmerzen“ mit 63.6% vertreten. Dann folgt mit nur noch 5.3% die Kategorie: „andere konkrete körperliche Probleme bewältigen“. Anschließend sind nur noch sieben weitere Kategorien mit mindestens 1% der Gesamtzielmenge der Schmerzpatienten vertreten.

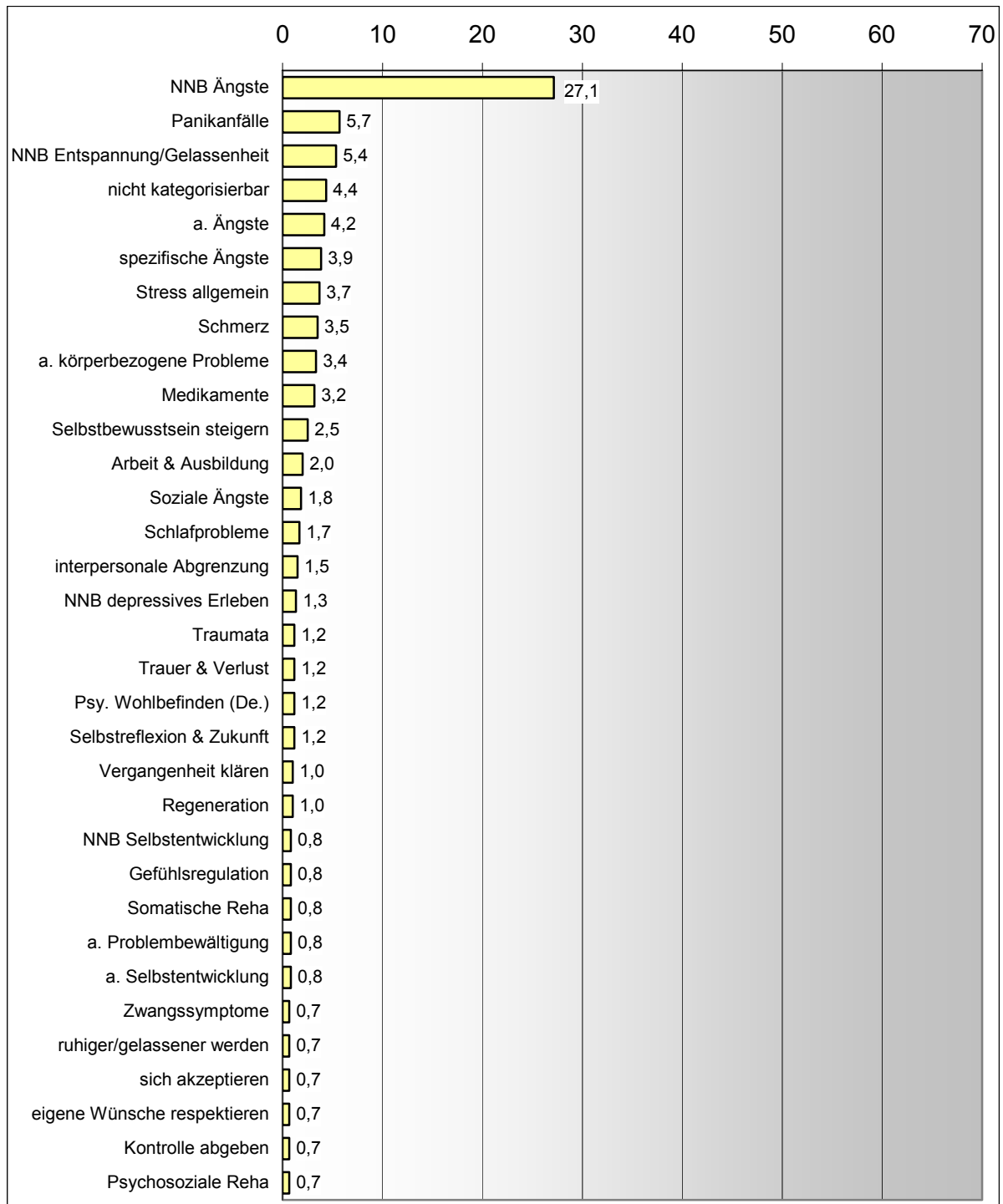


Abbildung 9: Relative Häufigkeiten der Feinkategorien bei primär angstgestörten Patienten in Prozent

Bei den Angstpatienten sind insgesamt 66 Kategorien mindestens einmal vergeben worden. Die mit 27.1% häufigste Zielkategorie „Ängste bewältigen NNB“ dominiert die Häufigkeitsverteilung mit einem deutlichen Abstand zum zweithäufigsten Ziel „Panikanfälle bewältigen“ (5.7%). Dann folgen noch 20 Kategorien, die mit mindestens 1% der Gesamthäufigkeit besetzt sind.

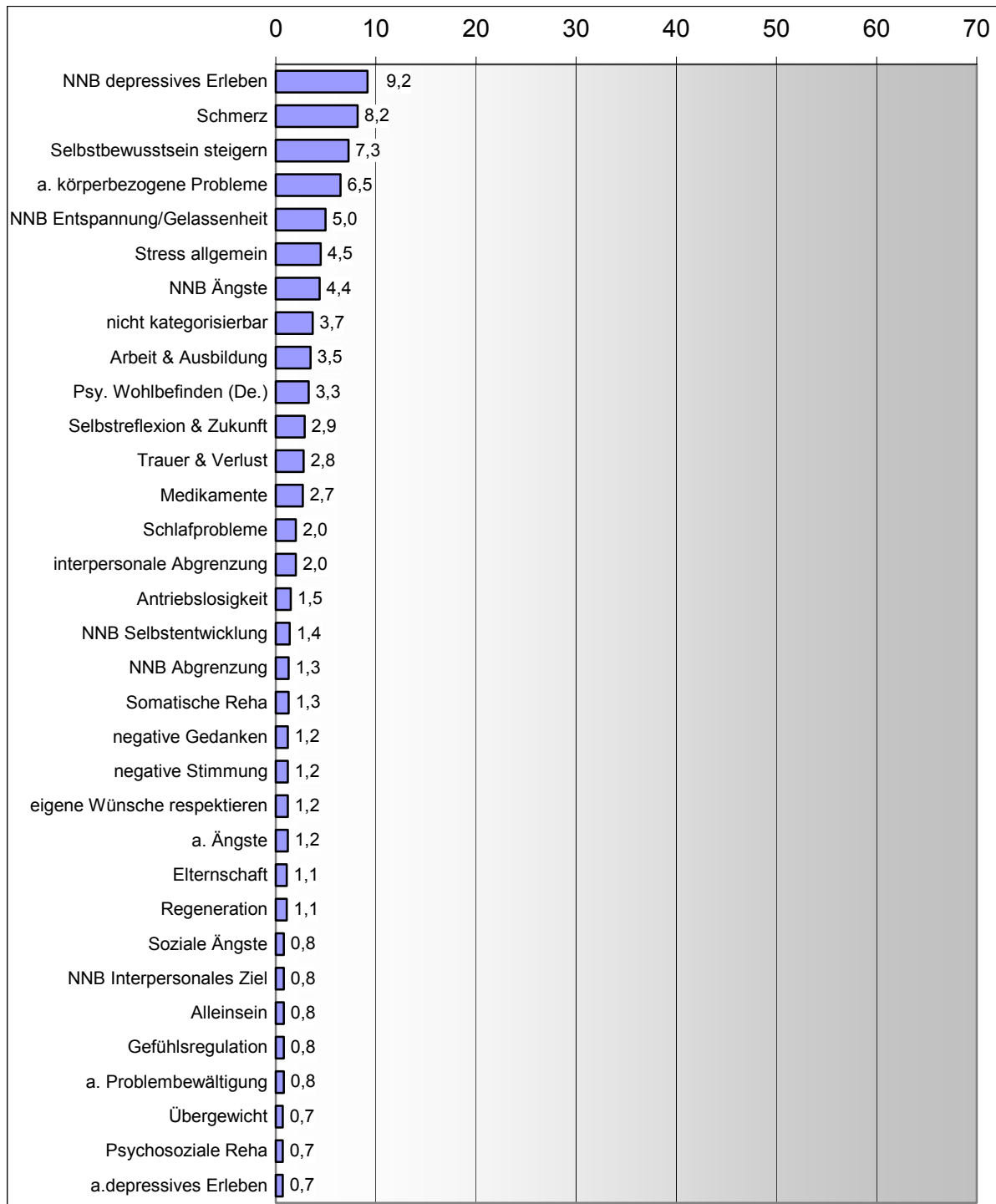


Abbildung 10: Relative Häufigkeiten der Feinkategorien bei primär depressiven Patienten in Prozent

In der Gruppe der primär depressiven Patienten sind insgesamt 80 verschiedene Feinkategorien mindestens einmal vertreten. Am häufigsten beziehen sich die Ziele mit 9.2% auf die Kategorie „Depressives Erleben NNB“. Bei den nachfolgenden Zielkategorien „Umgang mit Schmerzen (8.2%)“ und „Selbstbewusstsein, -vertrauen und –wertgefühl steigern“ (7.3%) zeigt sich ein im Vergleich zu den beiden anderen

Gruppen deutlich geringerer Häufigkeitsabfall im Vergleich zum meistgenannten Ziel. Fast 20% der Ziele fallen in die 56 Kategorien, die jeweils mit weniger als 1% der Gesamtzielmenge der primär depressiven Patienten besetzt sind.

Um im Sinne der **PV 2b** statistisch zu prüfen, ob sich die drei Gruppen darin unterscheiden, inwieweit jeweils gruppentypische Therapieziele d.h. Therapieziele mit dominierenden Häufigkeiten vorliegen, oder sich die Therapiezieleinhalte eher gleichmäßig über alle Kategorien verteilen, wurde wie in Kap. 3.3 beschrieben eine Funktion generiert, die die empirischen Verteilungen möglichst gut modellieren kann (vgl. Kap. 3.3). Das Kurvenanpassungsverfahren von SPSS (Version 11.5; 2002) ergibt, dass der Verlauf der Häufigkeiten in allen drei Gruppen über die Formel $y = b_0 + x^{b_1}$ mit $R^2_{\text{adj. Schmerz/Angst/Depression}} = .92/.94/.91$ besser repräsentiert wird als von einer ebenfalls denkbaren negativ linearen Funktion mit $R^2_{\text{adj. Schmerz/Angst/Depression}} = .14/.31/.77$ bzw. einer umgekehrten Logarithmusfunktion (e-Funktion) mit $R^2_{\text{adj. Schmerz/Angst/Depression}} = .80/.91/.74$. Tabelle 17 gibt die Konstante b_0 und den Steigungsparameter b_1 , sowie die jeweiligen Standardfehler und Konfidenzintervalle separat für die einzelnen Störungsgruppen wieder.

Tabelle 17: Die Kennwerte der jeweiligen Funktion zur Modellierung der Häufigkeitsverteilungen

Störungsgruppe	b_0	$SE\ b_0$	$KI_{95\%}\ b_0$	b_1	$SE\ b_1$	$KI_{95\%}\ b_1$
Schmerz	47.57	8.13	31.64 – 63.5	-1.22	0.06	-1.29 – -1.15
Angst	124.4	13.53	97.89 – 150.91	-0.98	0.04	-1.05 – -0.91
Depression	187.79	24.22	140.32 – 235.26	-0.88	0.04	-0.96 – -0.77

Anmerkungen: b_0 =Konstante; b_1 =Steigungsparameter; SE =Standardfehler, KI =Konfidenzintervalle

Es zeigt sich, dass sowohl die Konstanten als auch die Steigungsparameter der verschiedenen Gruppen jeweils außerhalb der Konfidenzintervalle der anderen Gruppen liegen. Somit nimmt sowohl die Steilheit als auch die Höhenlage der Kurve von Schmerz über Angst zu Depression in statistisch signifikantem Umfang ab, was auf eine über die Störungsgruppen zunehmende Heterogenität der Therapieziele spricht. Damit ist auch die PV 2b eingetroffen.

Vergleicht man die Ziele von Patienten, die **ausschließlich** eine depressions-, angst bzw. schmerzbezogene Diagnose bekamen, so ergibt sich ein vergleichbares Bild. Die jeweils häufigste Kategorie ist bei den schmerzgestörten Patienten (N=14) mit 64% („körperliche Schmerzen“), bei den Angststörungen (N=26) mit 30.8% („Panikattacken“) und bei den depressiven Störungen (N=47) mit lediglich 12.8% („Selbstbewusstsein, -vertrauen, -wertgefühl“) aller Erstziele der jeweiligen Gruppe vertreten. Darüber hinaus verdeutlichen die Fallzahlen dieser Analyse, wie selten bei den untersuchten Patienten nur eine Diagnose gestellt wurden.

Zur explorativen Analyse auf einer **differenzierteren Diagnoseebene** gibt Tabelle 18 die Verteilung der Grobkategorien des BIT-T für die „Hauptziele“ der Patienten innerhalb der 22 Diagnosekategorien der ICD-10 wieder, für die Daten von mindestens zehn Patienten vorlagen. Hier zeigt sich ebenfalls deutlich, dass die Verteilung über die Zielkategorien von den Diagnosen moderiert wird. Dabei ergeben sich auch klare **Unterschiede innerhalb der drei zuvor betrachteten Störungsgruppen**. So fällt z.B. auf, dass der Anteil problem- und störungsbezogener Therapieziele beim Übergang von einer einzelnen mittelgradigen Episode (F32.1) zu einer schweren (F32.2) Episode deutlich ansteigt, während gleichzeitig der Anteil interpersonaler und selbstbezogener Ziele abnimmt. Dabei weisen Patienten mit einer einzelnen mittelgradigen depressive Episode mit 21.3% im Vergleich zu Patienten mit anderen Primärdiagnosen den höchsten Anteil an interpersonalen Zielen auf. Bei den Angststörungen fällt u.a. auf, dass Patienten mit einer der sozialen Phobie keine interpersonalen Ziele verfolgen, dafür mit 30.3% den höchste Anteil an selbstbezogenen Zielen aufweisen. Innerhalb der Anpassungsstörungen fällt der mit 10.8% auch im Vergleich zu allen anderen Kategorien erwartungsgemäß vergleichsweise hohe Anteil an Orientierungszielen bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen (F43.1) auf.

Tabelle 18: Verteilung der prozentualen Häufigkeiten der Grobkategorien des BIT-T über die Kategorien der ICD-10

	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F		
	32.0	32.1	32.2	33.1	33.2	34.1	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
	32.0	32.1	32.2	33.1	33.2	34.1	41.2	40.0	40.1	41	41.0	41.1	43.1	43.2	43.20	43.21	43.22	43.8	45.4	54
P	54.5	39.3	63.6	58.5	60.0	55.4	47.6	77.2	45.5	65.4	69.7	62.2	56.4	43.9	51.2	49.3	41.7	62.5	67.5	65.6
I	9.1	21.3	6.1	14.6	20.0	10.9	19.0	2.4	0.0	6.3	3.0	10.8	15.4	17.7	12.2	14.4	16.7	6.3	3.2	2.5
W	9.1	13.1	15.2	7.3	0.0	11.7	9.5	0.0	18.2	11.3	12.1	0.0	5.1	13.1	9.8	10.6	16.7	18.8	11.7	14.9
O	0.0	6.6	9.1	2.4	0.0	2.2	4.8	0.0	0.0	1.9	3.0	10.8	10.3	6.1	0.0	5.1	0.0	0.0	0.0	0.8
S	27.3	11.5	3.0	14.6	20.0	12.5	9.5	2.4	30.3	8.8	3.0	10.8	5.1	13.1	17.1	15.4	16.7	6.3	8.4	7.5
R	0.0	8.2	3.0	2.4	0.0	7.3	9.5	14.3	6.1	6.3	9.1	5.4	7.7	6.1	9.8	5.1	8.3	6.3	9.1	8.7
N	11	61	33	41	10	368	21	42	33	159	33	37	39	198	41	292	12	16	225	154

Anmerkungen: F32.0: leichte depressive Episode; F32.1: mittelgradige depressive Episode; F32.2: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; F33.1: rezidivierende depressive Episode gegenwärtig mittelgradige Episode; F33.2: rezidivierende depressive Episode gegenwärtig schwere Episode; F34.1: Dysthymia; F41.2: Angst und depressive Störung gemischt; F40.0: Agoraphobie; F40.1: Soziale Phobie; F41: andere Angststörungen; F41.0: Panikstörung; F41.1: generalisierte Angststörung; F43.1: posttraumatische Belastungsstörung; F43.2: Anpassungsstörung; F43.20: kurze depressive Reaktion; F43.21: längere depressive Reaktion; F43.22: Angst und depressive Reaktion gemischt; F43.8: andere Reaktionen auf schwere Belastungen; F45.5: anhaltende somatoforme Schmerzstörung; F54: psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen; P, I, W, O, S und R: vgl. Abb. 7.

4.3 Der Zusammenhang von weiteren sozialmedizinisch relevanten Patienteneigenschaften und den primären Therapiezielen

Tabelle 19 gibt die Mittel- bzw. Prozentwerte, Standardabweichungen und die statistischen Testgrößen für die soziodemographischen Daten, den BSS, den FMP, das Motivationsrating durch den Therapeuten und das Vorliegen eines Gratifikationsbegehrens separat für die Gruppen von Patienten wieder, die jeweils Erstziele aus einer der Grobkategorien des BIT-T verfolgten.

Tabelle 19 : Verteilung der Patienteneigenschaften über die BIT-T Grob-Kategorien

Gruppierungsvariable	Zielkategorien							Statistiken			
	P	I	W	O	S	R	Ges.	$F / \chi^{2(1)}$	p	$\eta^2/\omega^{(2)}$	
Alter	46.8 (9.57)	47.01 (9.2)	46.47 (8.97)	46.03 (8.95)	45.42 (9.55)	47.8 (9.45)	47.63 (9.42)	$F_{(5/2802)} = 1.81$	0.105	0.003	
Geschlechts-Verhältnis	♀	68.4%	85.7%	75.1%	81.2%	79.5%	69.8%	72.1%	$\chi^2_{(5/2804)} = 46.01^{***}$	0.000	0.128
	♂	31.6%	14.3%	24.9%	18.8%	20.5%	30.2%	27.9%			
Bildung ⁽³⁾	Ohne	1.5%	0.4%	0%	0%	1.1%	0.9%	1.2%	$\chi^2_{(20/2794)} = 26.02$	0.165	0.096
	Abi/FHR	19.1%	13.1%	20.1%	21.3%	24.3%	22.3%	19.5%			
	RS/MR	38.2%	36.3%	38.4%	38.8%	38.8%	34.5%	37.8%			
	H.	40.9%	50.2%	41.0%	37.5%	35.5%	41.8%	41.2%			
	S.	0.2%	0%	0.4%	0%	0.4%	0.5%	0.3%			
AU - Dauer vor der Reha (in Wochen)	13.13 (23.73)	7.3 (16.93)	12.59 (23.11)	12.83 (20.89)	9.89 (19.76)	15.77 (25.8)	12.21 (22.9)	$F_{(5/2805)} = 4.34^{**}$	0.001	0.008	
BSS Gesamtscore (7 Tage vor Aufn.)	5.74 (2.16)	5.66 (1.89)	5.46 (2.07)	6.19 (2.08)	5.57 (2.01)	5.37 (2.15)	5.72 (2.17)	$F_{(5/2702)} = 2.73$	0.018	0.005	
FMP Gesamtscore	168.13 (21.17)	172.89 (18.9)	171.42 (18.03)	177.33 (17.46)	174.85 (19.75)	166.37 (23.83)	169.53 (20.63)	$F_{(5/2733)} = 9.89^{***}$	0.000	0.018	
Motivationsrating durch die TherapeutInnen	2.46 (1.04)	2.65 (0.9)	2.48 (0.97)	2.8 (0.91)	2.8 (0.93)	2.33 (1.08)	2.52 (1.01)	$F_{(5/2786)} = 8.99^{***}$	0.000	0.016	
Gratifikationsbegehren vorhanden	19.2%	10.5%	14.4%	21.3%	11.2%	17.6%	17.1%	$\chi^2_{(20/2805)} = 21.8^{**}$	0.001	0.088	
N	1718	237	270	80	278	222	2805				

Anmerkungen: ⁽¹⁾ F-Wert einer einfaktoriellen Varianzanalyse bzw. χ^2 -Wert eines Chi-Quadrat-Tests bei Bildung, Geschlecht und Gratifikationsbegehren als nominal skalierte Variablen; jeweils mit : * $\alpha \leq .00625$; ** $\alpha \leq .00125$; *** $\alpha \leq .000125$ (Signifikanz nach Bonferroni-Korrektur, vgl. Formel 3.3.1); ⁽²⁾ η^2 bei varianzanalytischem und ω bei χ^2 -Test; ⁽³⁾ FHR = Fachhochschulreife; RS = Realschule, MR= Mittlere Reife; H = Hauptschule, S = Sonderschule, Ohne = Ohne Abschluss; P: problem- und symptombezogen Ziele; I: Interpersonale Ziele, W: Wohlbefindensziele, O: Orientierungsziele, S: selbstbezogene Ziele und R: Restkategorie

Es zeigt sich, dass auf der groben Auflösungsebene bis auf Alter und Bildung alle Variablen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Variable „Zielkategorie“ stehen. Die Effektgrößen sind dabei durchweg klein. Damit ist die PV 3 eingetroffen. Tabelle 20 gibt (für die mit den Therapiezielen assoziierten Variablen) die im Scheffé-Test identifizierten Einzelvergleiche wieder, die auf dem 5%-Niveau signifikant sind.

Tabelle 20: Signifikante Einzelvergleiche auf den Patienteneigenschaften, die mit den Therapiezielkategorien zusammenhängen

	I	W	O	S	R
P	Geschlecht AU-Dauer Grat.-Begehr.		FMP	Geschlecht FMP Mot.-Rating Grat.-Begehr.	
I					Geschlecht AU-Dauer Mot.-Rating
W				Mot.-Rating	
O					FMP Mot.-Rating
S					FMP Mot.-Rating

Anmerkungen: P: problem- und symptombezogenen Ziele; I: Interpersonale Ziele, W: Wohlbefindensziele, O: Orientierungsziele, S: selbstbezogene Ziele und R: Restkategorie; Grat.-Begehr: Gratifikationsbegehren; Mot.-Rating: Therapiemotivationsrating durch behandelnden Therapeuten.

Hier zeigt sich, dass sich die meisten Unterschiede in Bezug auf die erfassten Eigenschaften zwischen Patienten mit problem- und symptombezogene Erstzielen und Patienten mit selbstbezogenen Erstzielen finden. Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich zwischen Patienten mit problem- und symptombezogenen Erstzielen und Patienten mit interpersonalen Zielen. Patienten mit nicht kategorisierbaren Zielen unterscheiden sich in mehreren Eigenschaften signifikant von Patienten mit interpersonalen, Orientierungs- und selbstbezogenen Zielen, aber in keiner der erfassten Eigenschaften von Patienten mit problem- und symptombezogenen Zielen. Signifikante Unterschiede in Bezug auf die vom Therapeuten eingeschätzte Therapiemotivation finden sich auch zwischen Patienten mit selbstbezogenen Erstziele und Patienten mit Erstzielen, die sich auf das Wohlbefinden beziehen.

Die Ergebnisse der varianzanalytischen Auswertung des Zusammenhangs zwischen den Patienteneigenschaften und den auf den feineren Abstraktionsebenen des BIT-T erfassten Hauptzielen sind in Tabelle 21 wiedergegeben.

Table 21: Varianzanalytische Testung des Zusammenhanges von Therapiezielkategorie und soziodemographischen und krankheitsbezogene Daten auf der mittleren und feinen Auflösungsebene des BIT-T.

Quelle d. Varianz	mittlere Ebene des BIT-T					feine Ebene des BIT-T				
	N	df	F/χ^2 ⁽¹⁾	p	η^2/ω ⁽²⁾	N	df	F/χ^2 ⁽¹⁾	p	η^2/ω ⁽²⁾
Alter	2802	40	2.15***	0.000	0.030	2802	88	1.56**	0.000	0.048
Geschlecht	2805	40	109.06***	0.000	0.180	2805	88	147.14***	0.000	0.250
Bildung	2793	186	152.5	0.007	0.210	2793	352	332.51	0.765	0.330
AU-Dauer	2805	40	2.28***	0.000	0.032	2805	88	1.96***	0.000	0.060
BSS	2702	40	2.26***	0.000	0.033	2702	88	4.93***	0.000	0.043
FMP	2733	39	9.78***	0.000	0.124	2733	87	4.93***	0.000	0.140
Motivationsrating	2786	40	3.94***	0.000	0.054	2786	88	2.52***	0.000	0.076
Gratifikationsbeg.	2804	40	93.47***	0.000	0.180	2804	88	155.0***	0.000	0.240

Anmerkung: ⁽¹⁾ F-Wert einer einfaktorielle Varianzanalyse bzw. χ^2 -Wert eines Chi-Quadrat-Tests bei Bildung, Geschlecht und Gratifikationsbegehren als nominal skalierte Variablen; jeweils mit : * $\alpha \leq .00625$; ** $\alpha \leq .00125$; *** $\alpha \leq .000125$ (vgl. Formel 3.3.1)

⁽²⁾ η^2 bei varianzanalytischem und ω bei χ^2 -Test ; auf der mittleren Ebene sind maximale 6 auf der feinen maximal 25 Zellen mit $n \leq 5$ nicht ausreichend besetzt.

Auf diesen Abstraktionsebene finden sich auch statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen dem Alter und dem Beeinträchtigungsgrad der Patienten und ihren primären Therapiezielen. Die Stärke der Effekt ist aber auch auf diesen Ebenen überwiegend als klein einzuschätzen.

In den Tabellen 22 und 23 sind für die Kategorien der mittleren und der feinen Auflösungsebene die Mittelwerte, Standardabweichungen, bzw. die prozentualen Anteile, sowie die Rangplätze von Mittelwerten und Rangplätzen beim Vergleich über alle Kategorien hinweg wiedergegeben. Die genaue Bedeutungen der Kürzel für die BIT-T Kategorien kann dem im Anhang wiedergegebenen BIT-T entnommen werden. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf Kategorien mit $n \geq 10$ und auf die Patienteneigenschaft, die auf der mittleren und der feinen Auflösungsebene signifikant mit den Therapiezielen zusammenhängen. Anhand des Rangplatzes lässt sich erkennen, wie stark die betreffenden Patienteneigenschaft bei einer bestimmten Zielkategorie im Vergleich zu den anderen Zielkategorien ausgeprägt ist. So lässt sich der Tabelle 22 zum Beispiel entnehmen, dass Patienten, die Ziele verfolgen, die sich auf psychosoziale Probleme im engeren Sinne wie z.B. „wieder ins Arbeitsleben zurückkehren“ (R2) beziehen, im Vergleich mit Patienten, die Ziele aus den anderen Zielkategorien verfolgen, eher älter, länger arbeitsunfähig und weniger für Psychotherapie motiviert sind. Außerdem verfolgen diese Patienten vergleichsweise häufig konkurrierende Gratifikationsbegehren.

Tabelle 22: Verteilung der statistischen Kennwerte relevanter Patienteneigenschaften über die Kategorien der mittleren Auflösungsebene des BIT-T

BIT	Alter			Anteil Frauen			AU			BSS			FMP			Motivationsrating d. Therapeuten			Grad. begehren						
	M	SE	R	N	%	R	M	SE	R	N	M	SE	R	N	M	SE	R	N	%	R	N				
P0 : NNB Probleme	45.9	2.2	16	18	72.2%	18	10.3	5.4	19	18	5.2	0.5	11	17	172.6	4.8	20	17	2.5	0.2	20	21	11.1%	17	18
P1 : depress. Erleben	48.7	0.6	36	222	70.3%	15	14.7	1.5	29	222	6.1	0.1	39	213	176.5	1.3	29	215	2.5	0.1	14	221	23.4%	36	222
P3 : Ängste	44.7	0.5	8	387	73.6%	20	15.2	1.2	31	387	6.0	0.1	37	375	177.0	1.0	31	379	2.7	0.1	27	384	16.8%	29	18
P5: Traumata	38.0	2.3	2	17	70.6%	17	8.7	5.5	14	17	5.4	0.5	13	17	175.2	4.8	26	17	3.3	0.2	40	17	5.9%	8	17
P7: Essverhalten	44.5	1.7	7	32	84.4%	30	5.6	4.0	8	32	5.1	0.4	7	30	160.4	3.6	4	30	2.4	0.2	11	32	6.2%	9	32
P8: Schlaf	50.3	1.2	39	59	65.0%	8	11.2	2.9	23	60	6.0	0.3	34	58	171.4	2.6	17	57	2.2	0.1	6	59	20.0%	34	60
P10: körperl. Probleme	47.5	0.4	30	623	68.3%	13	14.4	0.9	28	624	5.7	0.1	22	605	158.7	0.8	3	610	2.2	0.0	7	623	24.0%	37	624
P12: Stress etc.	46.7	1.0	25	80	70.4%	16	12.9	2.5	25	81	5.9	0.2	31	80	167.0	2.2	8	81	2.5	0.1	12	80	19.8%	33	81
P99: a. Probleme	46.4	1.8	23	26	57.7%	4	17.4	4.5	37	26	5.6	0.4	14	25	176.2	3.9	27	26	2.9	0.2	38	26	11.5%	18	26
I0: interpersonal NNB	46.4	2.6	20	13	69.2%	14	15.7	6.3	33	13	5.7	0.6	23	13	173.2	5.5	23	13	2.8	0.3	34	13	15.4%	25	13
I1: Partnerschaft	45.3	1.8	12	27	77.8%	26	2.5	4.4	6	27	5.8	0.4	28	26	177.3	3.8	32	27	2.6	0.2	22	27	3.7%	7	27
I2: aktuelle Familie	49.1	2.3	38	17	94.1%	37	1.8	5.5	4	17	5.6	0.5	15	16	172.8	4.9	21	16	2.6	0.2	24	17	11.8%	20	17
I5: Alleinsein & Trauer	48.1	1.1	33	71	87.3%	34	7.0	2.7	12	71	5.8	0.3	27	65	172.0	2.4	18	70	2.6	0.1	23	70	15.5%	26	71
I6: Abgrenzung	46.5	1.0	24	84	89.3%	35	8.8	2.5	15	84	5.6	0.2	16	83	172.8	2.1	22	84	2.8	0.1	31	83	7.1%	10	84
I7: Kontakt	48.2	2.6	35	13	84.6%	31	9.3	6.3	17	13	5.4	0.6	12	11	166.2	5.5	7	13	2.6	0.3	25	13	7.7%	11	13
W1: Aktivität	45.0	2.0	9	21	90.5%	36	16.0	5.0	34	21	5.6	0.5	18	21	170.3	4.3	14	21	2.4	0.2	10	21	14.3%	23	21
W2: Entspannung etc.	46.7	0.7	26	159	73.4%	19	10.4	1.8	20	159	5.1	0.2	10	155	169.9	1.6	13	155	2.5	0.1	13	158	11.9%	21	159
W3: Wohlbefinden	46.4	1.0	19	87	74.7%	22	15.1	2.4	30	87	6.1	0.2	38	84	174.6	2.1	24	86	2.5	0.1	19	86	18.4%	31	87
O1: Selbstrefl. & Zukunft	46.3	1.1	18	72	80.6%	29	13.6	2.7	26	72	6.0	0.3	35	66	177.8	2.4	33	68	2.8	0.1	35	72	19.4%	32	72
S0: Selbstentwickl. NNB	46.4	1.9	22	25	52.0%	3	10.8	4.6	21	25	5.8	0.4	30	24	178.6	4.0	34	24	3.1	0.2	39	25	16.0%	27	25
S1: Selbstbew. etc.	45.0	0.8	10	136	86.0%	32	11.0	2.0	22	136	5.6	0.2	19	133	176.3	1.7	28	130	2.8	0.1	33	135	10.3%	13	136
S2: Selbstverwirklichung	45.3	1.4	11	43	86.0%	33	8.3	3.5	13	43	5.7	0.3	26	42	172.6	3.0	19	42	2.9	0.2	36	41	11.6%	19	43
S3: Selbstkontrolle	46.4	1.5	21	38	78.9%	28	9.9	3.7	18	38	5.0	0.3	6	37	167.4	3.2	9	38	2.7	0.2	29	37	10.5%	14	38
S4: Gefühlsregulation	45.4	1.9	13	24	62.5%	6	2.4	4.6	5	24	5.9	0.5	32	21	175.0	4.1	25	23	2.4	0.2	9	24	8.3%	12	24
S99: a. selbstbez. Z.	45.5	2.7	14	12	75.0%	24	15.7	6.6	32	12	4.9	0.7	4	10	182.8	5.7	38	12	2.8	0.3	30	12	16.7%	28	12
R0: nicht kategorisierbar	47.6	0.9	31	116	74.1%	21	16.4	2.1	35	116	5.6	0.2	17	110	171.0	1.8	16	114	2.5	0.1	15	116	18.1%	30	116
R1: Regeneration	45.8	1.7	15	29	65.5%	10	3.7	4.2	7	29	4.6	0.4	3	28	168.2	3.8	10	27	2.6	0.2	21	29	0.0%	2	29
R2: psycho.-soz.Probl.	50.5	1.8	40	26	65.4%	9	30.7	4.5	41	26	5.7	0.4	25	25	165.5	4.0	6	24	2.0	0.2	4	26	42.3%	39	26
R3: Somat. Rehabilit.	48.1	1.4	34	47	63.8%	7	14.4	3.3	27	47	5.1	0.3	8	46	153.1	3.0	1	43	2.0	0.1	5	45	14.9%	24	47

Anmerkungen: Dargestellt sind nur die Kategorien mit $n \geq 10$. R steht für den Rangplatz über alle vertretenen Kategorien; die vollständige Übersetzung der Kürzel der Zielkategorien findet sich im BIT-T der im Anhang wiedergegeben ist.

Tabelle 23: Verteilung der statistischen Kennwerte relevanter Patienteneigenschaften über die Kategorien der feinen Auflösungsebene des BIT-T

BIT	Alter			Anteil Frauen			AU			BSS			FMP			Motivationsrating d. Therapeuten			Grat.begehren			
	M	SE	R	N	%	R	N	M	SE	R	N	M	SE	R	N	M	SE	R	N	%	R	N
P00 : Probleme NNB	46.1	2.3	43	17	70.6%	34	17	10.2	5.5	48	17	5.3	0.5	30	16	174.0	4.9	48	16	11.8%	45	17
P10.0 : depr. Erleb. NNB	48.7	0.8	70	135	68.1%	29	135	14.8	1.9	64	135	6.0	0.2	69	131	178.0	1.7	64	131	24.4%	78	135
P1.1.1: neg. Gedanken	51.6	1.8	85	27	74.1%	37	27	12.3	4.4	56	27	6.4	0.4	79	26	171.4	4.0	37	24	14.8%	57	27
P1.2: neg. Stimmung	47.5	1.9	61	25	88.0%	66	25	13.0	4.5	59	25	6.3	0.4	75	22	176.3	3.9	57	25	28.0%	81	25
P1.3: Antriebslosigkeit	46.6	1.8	50	27	66.7%	28	27	13.9	4.4	62	27	6.2	0.4	72	26	175.4	3.8	54	27	18.5%	70	27
P3.0: Ängste NNB	44.7	0.6	21	245	73.9%	36	245	15.7	1.4	65	245	6.0	0.1	61	241	177.4	1.3	61	241	17.6%	67	245
P3.1: Ä. v. spez. Situat.	45.0	1.6	25	35	82.9%	55	35	20.3	3.8	81	35	5.9	0.4	54	32	177.3	3.3	60	35	20.0%	72	35
P3.2: Panikanfälle	45.1	1.5	27	38	76.3%	46	38	9.4	3.7	45	38	6.4	0.4	77	33	179.4	3.3	69	35	5.3%	34	38
P3.3: Soziale Ängste	40.8	2.0	14	22	45.5%	3	22	19.7	4.8	79	22	6.2	0.4	73	22	176.3	4.3	56	21	27.3%	80	22
P3.99: a. Ängste	45.5	1.4	31	47	76.6%	48	47	11.6	3.3	53	47	6.0	0.3	67	47	173.5	2.9	47	47	14.9%	59	47
P7.2: Übergewicht	45.8	2.2	38	19	84.2%	58	19	8.0	5.2	39	19	5.0	0.5	16	18	152.2	4.8	1	17	10.5%	40	19
P8.0: Schlafprobleme	50.3	1.2	81	59	65.0%	21	60	11.2	2.9	50	60	6.0	0.3	64	58	171.4	2.6	36	57	20.0%	74	60
P10.0: körp. Probl. NNB	49.2	2.6	73	13	76.9%	50	13	13.2	6.3	61	13	5.4	0.6	32	12	155.9	5.5	5	13	15.4%	62	13
P10.1: Schmerz	46.7	0.5	52	362	70.4%	33	362	19.3	1.2	77	362	5.9	0.1	59	352	158.4	1.0	7	354	31.2%	82	362
P10.99: a. körp. Probl.	48.5	0.6	69	243	64.3%	20	244	7.7	1.4	35	244	5.3	0.1	29	236	159.4	1.3	8	238	14.3%	56	244
P11.1: Stress	46.2	0.8	44	138	55.1%	12	138	6.1	1.9	25	138	5.2	0.2	24	131	167.7	1.7	20	133	9.4%	39	138
P11.3: Ausbild. & Arbeit	47.7	1.0	64	83	62.7%	18	83	6.7	2.5	29	83	5.0	0.2	14	81	168.9	2.2	25	83	13.3%	50	83
P12.0: Medikamente	46.7	1.0	53	80	70.4%	32	81	12.9	2.5	58	81	5.9	0.2	56	80	167.0	2.2	18	81	19.8%	71	81
P99: a. Probleme	46.4	1.8	48	26	57.7%	13	26	17.4	4.4	72	26	5.6	0.4	38	25	176.2	3.9	55	26	11.5%	43	26
I0.0: interpersonal NNB	46.4	2.6	46	13	69.2%	30	13	15.7	6.3	67	13	5.7	0.6	48	13	173.2	5.5	46	13	15.4%	61	13
I1.1: Partnersch. verbes.	46.4	2.5	49	14	85.7%	61	14	2.0	6.0	18	14	5.6	0.6	44	14	180.1	5.3	71	14	0.0%	21	14
I2.1: eigene Elternschaft	49.3	2.4	74	15	100.0%	86	15	2.1	5.8	19	15	5.4	0.6	31	14	171.9	5.3	43	14	6.7%	35	15
I5.1: Alleinsein	45.6	2.5	34	14	85.7%	60	14	7.6	6.0	34	14	5.9	0.6	58	13	174.4	5.3	50	14	14.3%	55	14
I5.2: Trauer & Verlust	48.8	1.3	71	55	87.3%	65	55	7.1	3.1	31	55	5.8	0.3	51	50	170.5	2.7	29	54	16.4%	63	55
I6.0: Selbstbeh. NNB	45.6	1.8	35	26	84.6%	59	26	7.7	4.4	36	26	5.5	0.4	33	26	171.2	3.9	35	26	3.8%	33	26
I6.1: Selbstbe. i. Verhalt.	47.0	1.3	57	51	90.2%	70	51	8.2	3.2	40	51	5.7	0.3	47	50	171.7	2.8	40	51	7.8%	37	51

Tabelle 23: Verteilung der statistischen Kennwerte relevanter Patienteneigenschaften über die Kategorien der feinen Auflösungsebene des BIT-T (Fortsetzung)

BIT	Alter			Anteil Frauen			AU			BSS			FMP			Motivationsrating d. Therapeuten			Grat.begehren							
W1.1: mehr Bewegung	44.3	2.8	19	11	81.8%	54	11	19.3	6.8	78	11	5.2	0.6	25	11	169.5	5.9	27	11	2.4	0.3	22	11	18.2%	69	11
W2.0: Entsp. etc. NNB	46.4	0.8	45	135	74.6%	40	134	11.0	1.9	49	135	5.2	0.2	27	133	170.5	1.7	32	133	2.5	0.1	31	134	13.3%	53	135
W2.2: ruhiger etc. werden	50.2	2.4	80	15	66.7%	25	15	2.7	5.8	22	15	3.8	0.6	3	13	165.7	5.1	14	15	2.7	0.3	51	15	6.7%	36	15
W3.0: Wohlbefinden NNB	50.0	2.7	78	12	58.3%	14	12	22.8	6.5	83	12	6.1	0.6	71	11	169.3	5.7	26	12	2.3	0.3	15	12	25.0%	79	12
W3.1: psy. Wohl. o. depr.	46.4	2.3	47	17	76.5%	47	17	7.9	5.5	38	17	6.6	0.5	85	16	169.6	4.9	28	16	2.1	0.2	13	16	11.8%	46	17
W3.2: psy. Wohl. m. depr.	45.6	1.4	36	47	76.6%	49	47	16.8	3.3	71	47	6.3	0.3	74	45	178.4	2.9	67	47	2.6	0.1	42	47	23.4%	77	47
W3.3: Körpergefühl	47.3	3.0	60	10	70.0%	31	10	11.4	7.2	52	10	4.4	0.7	6	10	168.2	6.2	22	10	2.9	0.3	68	10	0.0%	24	10
O1.1: Vergang. klar.etc.	44.9	2.4	22	15	100.0%	77	15	6.5	5.8	28	15	6.7	0.6	86	11	177.7	5.1	62	15	2.9	0.3	66	15	13.3%	51	15
O1.2: Selbstrefl. & Zukft.	46.7	1.3	54	55	74.5%	39	55	15.7	3.1	68	55	5.9	0.3	55	53	178.2	2.8	66	51	2.8	0.1	64	55	21.8%	76	55
S0.0: selbstbezogen NNB	46.0	1.9	42	24	50.0%	8	24	11.3	4.6	51	24	5.8	0.4	53	24	179.8	4.1	70	23	3.1	0.2	83	24	16.7%	65	24
S1.1: Selbstbew. etc.	45.4	0.9	30	121	86.8%	63	121	12.0	2.1	55	121	5.6	0.2	41	118	175.2	1.8	53	115	2.8	0.1	63	120	11.6%	44	121
S1.2: Selbstakzeptanz	40.7	3.0	13	10	90.0%	69	10	0.0	7.2	12	10	5.5	0.7	36	10	187.2	6.2	83	10	3.0	0.3	74	10	0.0%	26	10
S2.0: Selbstverwirl. NNB	45.3	2.4	28	15	86.7%	62	15	1.5	5.8	16	15	6.1	0.5	70	15	174.5	5.1	51	15	2.7	0.3	55	15	13.3%	52	15
S2.1: Resp.eig. Bedürfn.	45.0	2.0	24	23	87.0%	64	23	13.1	4.7	60	23	5.6	0.4	43	22	170.8	4.2	33	22	3.0	0.2	70	21	13.0%	49	23
S3.1: Verantw. übern.	40.6	3.0	11	10	90.0%	68	10	18.9	7.2	74	10	5.6	0.7	40	10	177.2	6.2	59	10	2.8	0.3	62	10	0.0%	27	10
S3.2: Kontrolle abgeben	48.2	1.8	68	26	73.1%	35	26	7.3	4.4	33	26	4.9	0.4	12	25	163.6	3.9	11	26	2.6	0.2	44	25	15.4%	60	26
S4.0: Gefühlsreg. NNB	45.4	1.9	29	24	62.5%	16	24	2.4	4.6	21	24	5.9	0.5	57	21	175.0	4.1	52	23	2.4	0.2	24	24	8.3%	38	24
S99: a. selbstbezogene	45.5	2.7	33	12	75.0%	42	12	15.7	6.5	66	12	4.9	0.7	13	10	182.8	5.7	78	12	2.8	0.3	58	12	16.7%	64	12
R00: nicht kategorisierbar	47.6	0.9	63	117	74.4%	38	117	16.2	2.1	70	117	5.6	0.2	39	110	170.8	1.8	34	115	2.5	0.1	30	117	17.9%	68	117
R1.0: Regeneration	45.8	1.7	37	29	65.5%	23	29	3.7	4.2	23	29	4.6	0.4	8	28	168.2	3.8	21	27	2.6	0.2	37	29	0.0%	31	29
R2.0: psych.-soz. Probl.	50.5	1.8	82	26	65.4%	22	26	30.7	4.4	87	26	5.7	0.4	50	25	165.5	4.0	13	24	2.0	0.2	9	26	42.3%	85	26
R3.0: somat. Rehabilit.	48.1	1.4	66	47	63.8%	19	47	14.4	3.3	63	47	5.1	0.3	22	46	153.1	3.0	2	43	2.0	0.1	10	45	14.9%	58	47

Anmerkungen: Dargestellt sind nur die Kategorien mit $n \geq 10$; R steht für den Rangplatz über alle vertretenen Kategorien; die vollständige Übersetzung der Kürzel der Zielkategorien findet sich im BIT-T, der im Anhang wiedergegeben ist.

4.4 Die Therapieziele für eine potenzielle Nachbehandlung

Für 242 Patienten konnten die Therapieziele a) für die stationäre Behandlung sowohl zu Beginn der Behandlung (SB t1) als auch gegen deren Ende unter Einbezug möglicher Veränderungen (SB t2) und b) für eine von den Patienten angestrebte ambulante Nachbehandlung (AB) erfasst werden. Insgesamt gaben die Patienten für die stationäre Behandlung bei SB t1: 977 und bei SB t2: 934 Ziele an. Für die ambulante Nachbehandlung wurden mit 841 Zielen deutlich weniger Therapieziele angegeben. Damit sinkt die durchschnittliche Anzahl von Therapiezielen pro Patient über die drei Bedingungen von 4.03 über 3.86 auf 3.48.

Das Histogramm in Abbildung 11 gibt die für den Cochran-Q-Test für abhängige Häufigkeitsdaten relevante Verteilung der relativen Häufigkeiten der Patienten an, die aus den jeweiligen BIT-T Grobkategorien mindestens ein Ziel wählten.

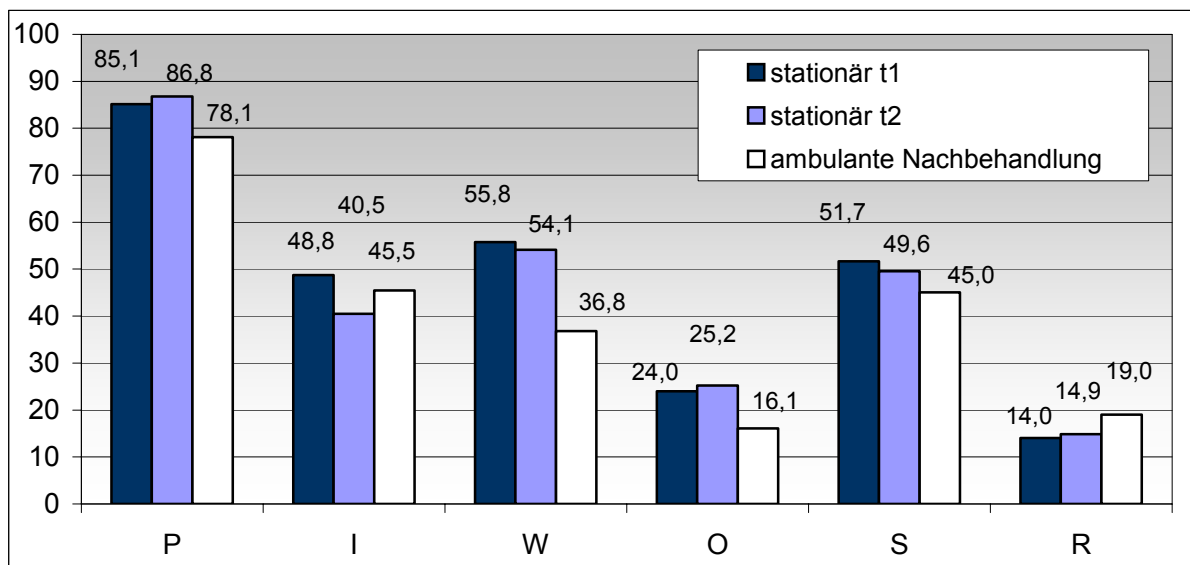


Abbildung 11: Verteilung der relativen Häufigkeiten der Patienten in Prozent, die aus den jeweiligen BIT-T Grobkategorien mindestens ein Ziel wählten mit P: problem- und symptombezogene Ziele, I: interpersonale Ziele, W: Wohlbefindensziele, O: Orientierungsziele, S: selbstbezogene Ziele, bzw. Ziele des persönlichen Wachstums und R: nicht kategorisierbare Ziele.

Die Voraussetzung für den Test, dass der Anteil der Zellen, die mit weniger als fünf Werten besetzt sind, nicht mehr als 20% aller Zellen ausmacht, ist erfüllt. In Tabelle 24 finden sich für die einzelnen BIT-T-Kategorien die Ergebnisse der Vergleiche der jeweiligen relativen Häufigkeiten a) für den simultanen Vergleich über alle drei Bedingungen und b) für die drei kombinatorisch möglichen Einzelvergleiche.

Tabelle 24: Ergebnisse des Cochran-Q-Tests für die grobe Abstraktionsebene

Zielkategorien	Anteil der Pat. mit min. einem Ziel aus der jeweiligen Kat. in %			über alle 3 Bedingungen		SB t1 mit SB t2		SB t1 mit SB t3		SB t3 mit AB	
	SB t1	SB t2	AB	Q	p	Q	p	Q	p	Q	p
	Problem- und symptombezogene Ziele	85	87	78	12.4*	0.002	0.6	0.432	5.7	0.017	10.3***
Interpersonale Ziele	49	40	45	8.4	0.014	11.8**	0.000	1.2	0.276	2.6	0.109
Wohlbefindensziele	56	54	37	48.1***	0.000	0.4	0.516	35.3***	0.000	27.6***	0.000
Orientierungsziele	24	25	16	18.2***	0.000	0.4	0.531	12.4**	0.000	11.5**	0.001
Selbstbezogene Ziele	52	50	45	5.6	0.061	0.6	0.423	4.7	0.029	2.4	0.123
Restkategorie	14	15	19	4.1	0.13	0.1	0.751	4.5	0.034	2.0	0.157

Anmerkungen: *** $\alpha \leq .00016$; ** $\alpha \leq .0016$; * $\alpha \leq .0083$ (Bonferroni-Korrektur)

Es zeigt sich zunächst einmal, dass von SB t1 zu SB t2 der Anteil der Patienten, die mindestens ein interpersonales Ziel verfolgen, signifikant abnimmt. Vergleicht man die Ziele für die ambulante Nachbehandlung mit den letztendlichen Zielen für die stationäre Behandlung (SB t2), so zeigt sich, dass für die Nachbehandlung signifikant weniger Patienten mindestens ein Ziel aus den Bereichen „Problem- und Symptombewältigung“, „Wohlbefinden“ und „Orientierung“ anstreben. Dagegen steigt zumindest tendenziell der Anteil an Patienten, die mindestens ein interpersonales Ziel bzw. ein Ziel aus der Restkategorie verfolgen. Interpersonale Ziele schieben sich dabei vom vierten auf den zweiten Rangplatz vor. Mit diesem Ergebnismuster ist die psychologische Vorhersage, dass die Therapieziele für die stationäre Behandlung sich von denen für eine ambulante Nachbehandlung unterscheiden (PV 4), eingetroffen.

Analysiert man die in Abbildung 12 dargestellten - aber aufgrund der Abhängigkeit der Daten nicht zur Beurteilung der PV 4 herangezogenen - Unterschiede zwischen den drei Bedingungen **über alle Ziele**, so wird der χ^2 - Test weder beim Vergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten t1 und t2 für die Ziele in der stationären Behandlung ($\chi^2(25/775)=30.08$; $p=.22$ und $\omega =.27$) noch beim Vergleich der Ziele für die stationäre Behandlung zu t1 und den Zielen für die ambulante Nachsorge ($\chi^2(25/708)=27.53$; $p=.33$ und $\omega =.36$) signifikant. Beim Vergleich der zu t2 erhobenen Ziele für die stationäre Behandlung mit denen für die ambulante

Nachbehandlung ergeben sich jedoch mit $\chi^2(25/775)=869.13$; $p \leq .001$; $\omega = 1.07$ statistisch signifikante Unterschiede in den Verteilungen. Bei keinem dieser Vergleiche lag die Anzahl der ungenügend besetzten Zellen über dem für die Anwendung des Tests kritischen Wert. Die Verschiebungen bei allen Zielen bestehen im Wesentlichen in der bei den Zielen für die ambulante Nachbehandlung höheren Prävalenz interpersonaler Ziele (+4.0%) und selbstbezogener Ziele (+2.7%) und einer Abnahme von problem- und symptombezogenen Zielen (-2.1%) im Vergleich zu den stationären Zielen zu t2.

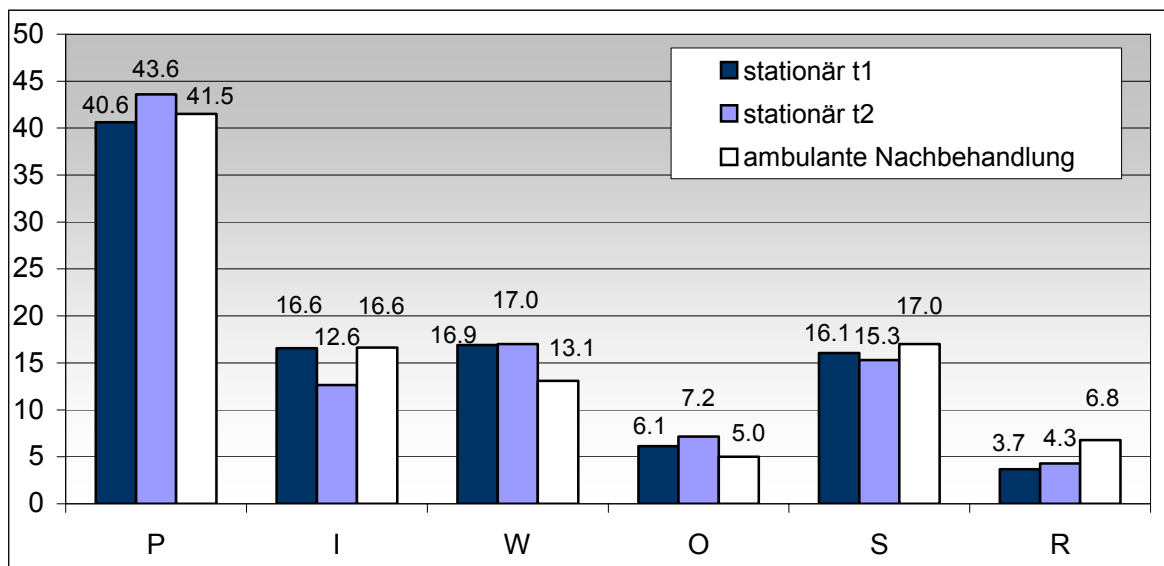


Abbildung 12: Verteilung der relativen Häufigkeiten der BIT-T Grobkatgorien über alle von den Patienten genannten Ziele mit P: problem- und symptombezogene Ziele, I: interpersonale Ziele, W: Wohlbefindensziele, O: Orientierungsziele, S: selbstbezogene Ziele, bzw. Ziele des persönlichen Wachstums, R: nicht kategorisierbare Ziele.

Die jeweils 10 häufigsten Kategorien der mittleren Auflösungsebene sind in der folgenden Tabelle 25 wiedergegeben. Die Häufigkeiten für alle Kategorien finden sich im Anhang.

Tabelle 25: Die relativen Häufigkeiten der häufigsten Kategorien der mittleren Auflösungsebene für die stationäre Therapie und die ambulante Nachbehandlung über alle Ziele.

Für die stationäre Therapie						Für die ambulante Nachsorge		
SB t1			SB t2					
Zielkategorie	N	%	Zielkategorie	N	%	Zielkategorie	N	%
Depressives Erleben	97	9.9	Depressives Erleben	110	11.8	Selbstbewusstsein/ Selbstwert	86	10.2
Stress / umschriebene Lebensbereiche	79	8.1	Ängste	81	8.7	Ängste	84	10.0
Entspannung und Gelassenheit	73	7.5	Selbstbewusstsein/ Selbstwert	80	8.6	Depressives Erleben	80	9.5
Ängste	72	7.4	Entspannung und Gelassenheit	66	7.1	Stress / umschriebene Lebensbereiche	62	7.4
Selbstbewusstsein/ Selbstwert	67	6.9	Stress / umschriebene Lebensbereiche	66	7.1	Selbstbehauptung/ Abgrenzung	44	5.2
Selbstbehauptung/ Abgrenzung	55	5.6	Selbstreflexion & Zukunft	58	6.2	Entspannung und Gelassenheit	44	5.2
Selbstreflexion & Zukunft	52	5.3	körperbezogene Probleme	55	5.9	körperbezogene Probleme	43	5.1
Wohlbefinden	49	5.0	Wohlbefinden	52	5.6	Selbstreflexion & Zukunft	39	4.6
körperbezogene Probleme	47	4.8	Selbstbehauptung/ Abgrenzung	45	4.8	Wohlbefinden	34	4.0
Bewegung & Aktivität	40	4.1	Bewegung & Aktivität	42	4.5	Bewegung & Aktivität	30	3.6

Anmerkung: Wiedergegeben sind nur die zehn häufigsten Kategorien.

Auf dieser Ebene zeigen sich über alle Ziele die stärksten Veränderungen der relativen Häufigkeiten bei Zielen, die sich auf das Selbstbewusstsein bzw. den Selbstwert (+3.4% von SB t1 zu AB), auf Ängste (+2.6% von SB t1 zu AB) und auf das depressive Erleben (+2.3% von SB t2 zu AB) beziehen. Insgesamt sind aber auch hier der Umfang der Veränderungen sowie auch die Veränderungen in den Häufigkeitsrangplätzen eher als gering einzuschätzen.

Die zehn häufigsten Kategorien der feinen Auflösungsebene sind in Tabelle 26 wiedergegeben. Die Häufigkeiten für alle Kategorien finden sich ebenfalls im Anhang. Auf dieser Abstraktionsebene zeigen sich die stärksten Veränderungen der relativen Häufigkeiten in den Kategorien „Entspannen lernen“ (-2.1% von SB t1 zu AB), „negative Gedanken“ (-1.7% von SB t1 zu AB) und „ruhiger und gelassener werden“ (-1.4% von SB t1 zu SB t2).

Tabelle 26: Die relativen Häufigkeiten der jeweils häufigsten Kategorien der feinen Auflösungsebene für die stationäre Therapie und die ambulante Nachbehandlung über alle Ziele.

Für die stationäre Therapie						Für die ambulante Nachsorge		
SB t1			SB t2					
Zielkategorie	N	%	Zielkategorie	N	%	Zielkategorie	N	%
Selbstbewusstsein steigern	57	5.8	Selbstbewusstsein steigern	68	7.3	Selbstbewusstsein steigern	68	8.1
Stress allgemein entspannen lernen	48	4.9	NNB Ängste	58	6.2	NNB depressives Erleben	43	5.1
Selbstreflexion & Zukunft	40	4.1	Stress allgemein	49	5.2	NNB Ängste	42	5.0
Schlafprobleme	39	4.0	NNB depressives Erleben	47	5.0	Stress allgemein	42	5.0
Schmerz	36	3.7	Schlafprobleme	39	4.2	nicht kategorisierbar	29	3.5
ruhiger/ gelassener werden	33	3.4	Selbstreflexion & Zukunft	35	3.7	Schlafprobleme	27	3.2
negative Gedanken	31	3.2	Schmerz	35	3.7	ruhiger/ gelassener werden	26	3.1
mehr Bewegung	28	2.9	entspannen lernen	34	3.6	Selbstreflexion & Zukunft	26	3.1
Gefühlsregulation	28	2.9	mehr Bewegung	31	3.3	Schmerz	23	2.7
			Psych. Wohlbefind. (Depr. Kontext.)	29	3.1	mehr Bewegung	19	2.3

Anmerkung: Wiedergegeben sind nur die zehn häufigsten Kategorien.

Betrachtet man nur die **Erstziele**, so liegt der Anteil von störungs- und symptombezogenen Zielstellungen für die ambulante Nachbehandlung bei ca. 57%, im Vergleich zu 62.8% bzw. 61.2% bei den Zielstellungen für die stationäre Therapie zu SB t1 bzw. SB t2. Damit ist auch in dieser Stichprobe die Dominanz der störungs- und symptombezogenen Ziele bei den Erstzielen noch deutlicher ausgeprägt als beim Vergleich über alle Ziele.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zwischen den Zielen für eine potenzielle ambulante Nachbehandlung und den Zielen für die stationäre Therapie Unterschiede in Bezug auf die relativen Häufigkeiten bestimmter Zielinhalte feststellbar sind. Mit einer Verschiebung von maximal 4% bei der Analyse auf der höchsten Abstraktionsebene über alle Ziele sind diese Veränderungen jedoch vom Umfang eher als gering einzuschätzen. Grundlegende Merkmale der Häufigkeitsverteilungen, wie z.B. die Dominanz von Zielen aus dem Bereich Problem- und Symptombewältigung zeigen sich sowohl bei den Zielen für eine stationäre Behandlung als auch bei den Zielen für eine ambulante Nachbehandlung.

4.5 Unterschiede im Zusammenhang von Zielerreichung und Therapieerfolg

Die Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion des allgemeinen Therapieerfolgsfaktors (E) über den VEV, den CGI und den BSS (vgl. Kap. 3.2.4) resultiert in einer einfaktorielle Lösung, die 60.8% der Gesamtvarianz aufklärt. Die Faktorladungen betragen 0.77 für den VEV, 0.85 für den CGI und 0.71 für die Veränderung auf dem BSS. Damit ist das Zusammenziehen der drei für den Therapieerfolg relevanten Veränderungsfacetten gerechtfertigt. Bei der Interpretation des Faktors muss jedoch berücksichtigt werden, dass die einzelnen Veränderungsdimensionen insgesamt relativ gleichmäßig, jedoch mit einer vergleichsweise stärkeren Betonung der Veränderung der Symptomatik und vergleichsweise geringeren Betonung der Rehabilitationsdimension repräsentiert werden.

Abbildung 13 gibt die Korrelationen zwischen dem jeweiligen Grad des Erreichens des Hauptziels und dem allgemeinen Therapieerfolgsfaktor E separat für die einzelnen Kategorien des BIT-T auf der groben Abstraktionsebene des BIT-T wieder.

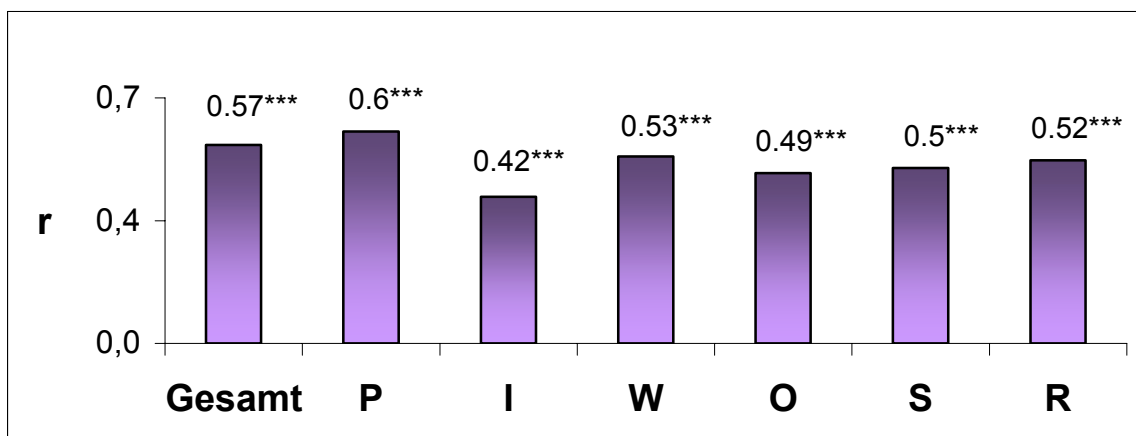


Abbildung 13.: Korrelationen zwischen der Erreichung des Hauptzieles und dem allgemeinen Therapieerfolgsfaktor (E) für die Grobkatgorien mit P: problem- und symptombezogene Ziele (N=1466), I: interpersonale Ziele (N=209), W: Wohlbefindensziele (N=238), O: Orientierungsziele (N=63), S: selbstbezogene Ziele (N=245) und R: nicht kategorisierbare Ziele (N=181), sowie *** $\alpha \leq .001$.

Die Zielerreichung ist bei Patienten mit problem- oder symptombezogenen Hauptzielen am stärksten mit dem Therapieerfolgsfaktor assoziiert gefolgt von Patienten, die sich Wohlbefindens-, Selbstentwicklungs- oder Orientierungsziele setzen. Am geringsten ist die Assoziation bei Patienten mit interpersonalen Zielen.

Im Vergleich mit der groben Auflösungsebene lassen sich auf der in Abbildung 14 dargestellten mittleren Auflösungsebene deutlichere Unterschiede zwischen den

Zielkategorien in Bezug auf die jeweiligen Korrelationen zwischen der Zielerreichung und dem allgemeinen Erfolgsfaktor erkennen.

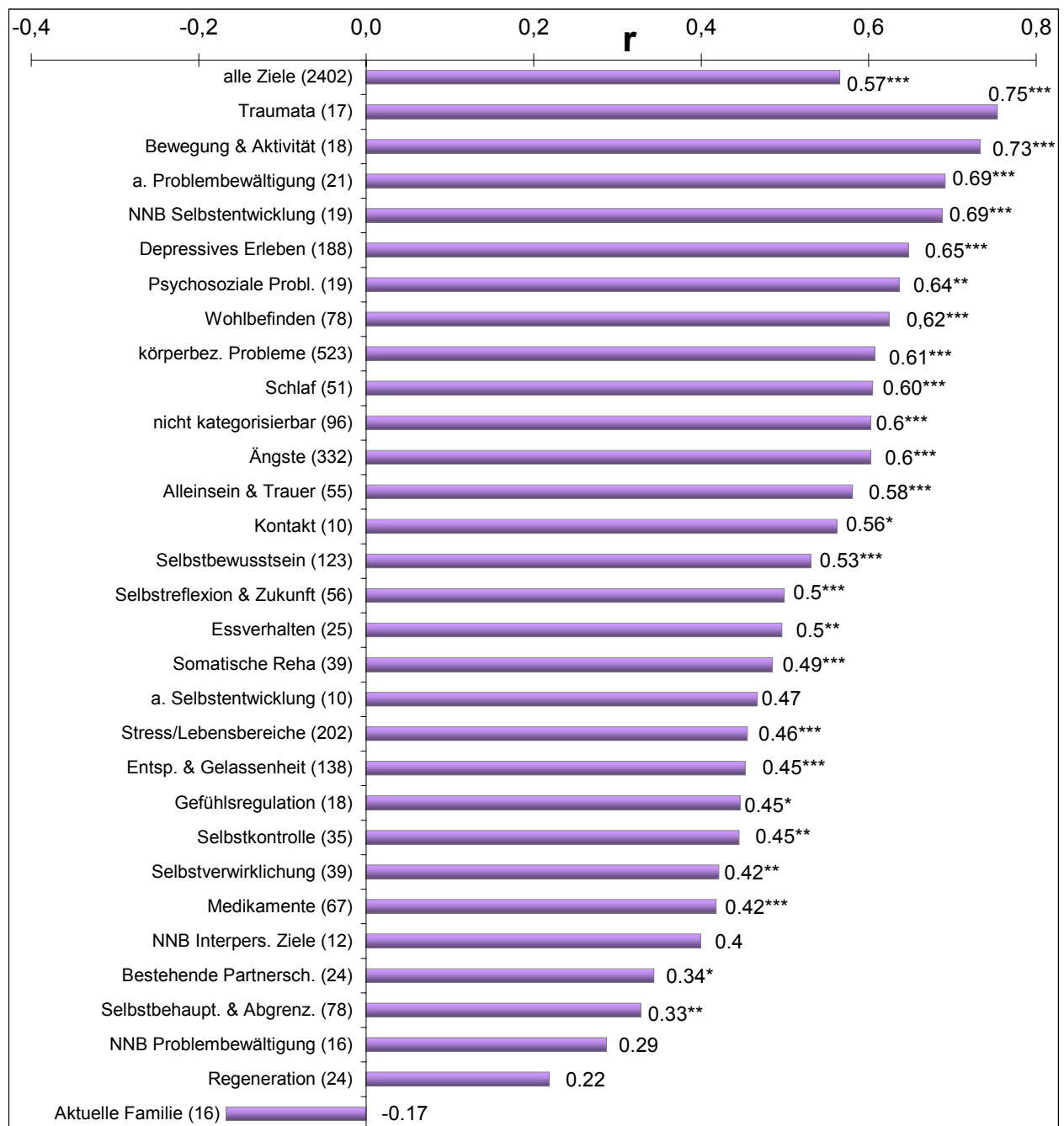


Abbildung 14: Korrelationen zwischen der Erreichung des Hauptzieles und dem allgemeinen Therapiezielfaktor (E) für die Kategorien der mittleren Auflösungsebene, sowie den jeweiligen Häufigkeiten der Wertepaare in Klammern mit * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

So finden sich z.B. in den Kategorien: „Traumata bewältigen“, „Bewegung & Aktivität“, „andere Probleme bewältigen“ hohe und in den Kategorien: „Aktuelle Familie“, „Regeneration“ und „NNB Problembewältigung“ vergleichsweise niedrige Korrelationen. Mit einem intervallskalierten Fischer-Z-Wert von 0,98 ist der

Zusammenhang bei der Kategorie „Traumata bewältigen“ um das 6-fache stärker als bei der Kategorie „aktuelle Familie“ mit einem Fischer-Z-Wert von 0.16.

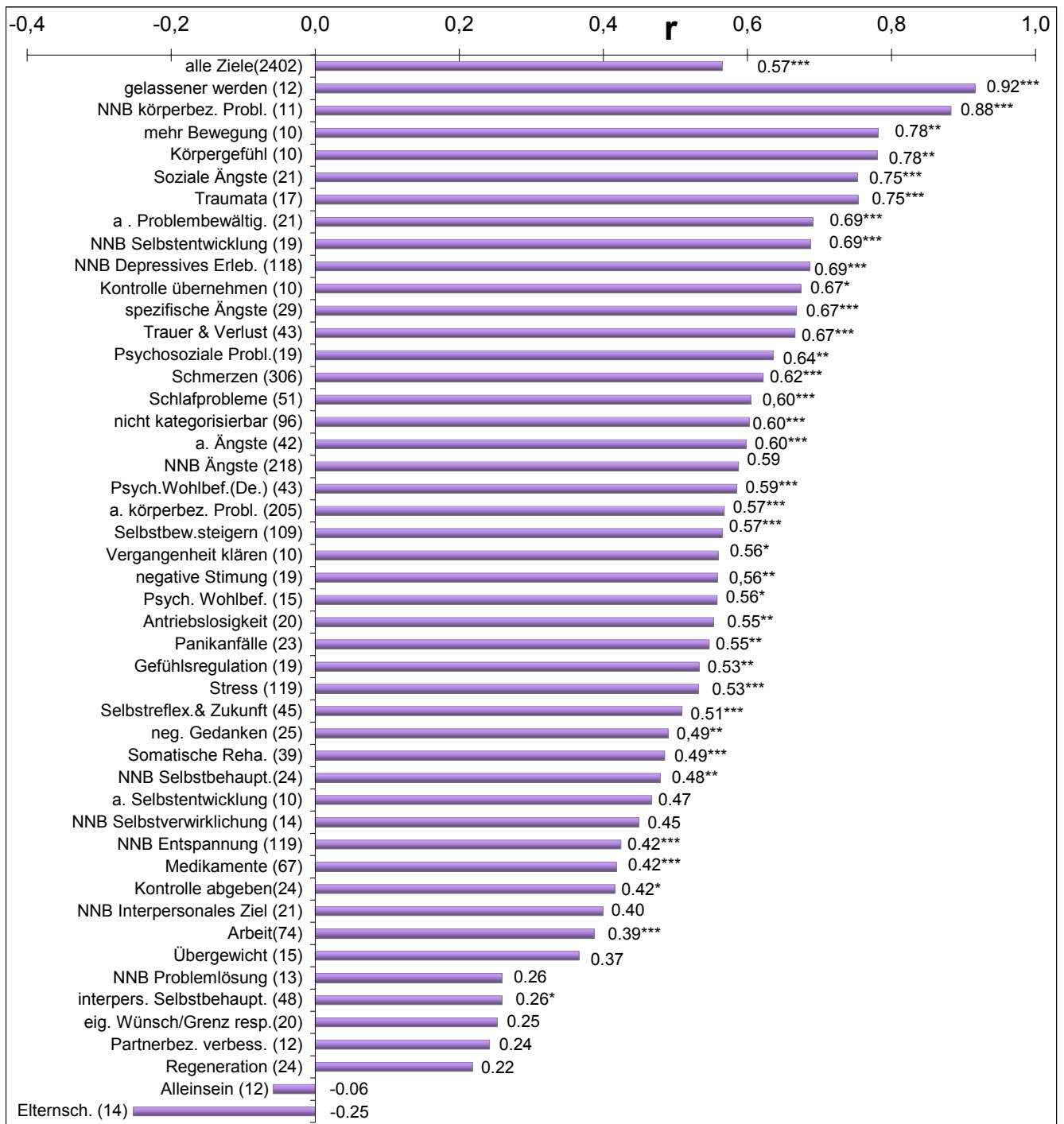


Abbildung 15: Korrelationen zwischen der Erreichung des Hauptzieles und dem allgemeinen Therapiezielfaktor (E) für die Feinkategorien mit * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; sowie den jeweiligen Häufigkeiten der Wertepaare in Klammern.

Auf der in Abbildung 15 dargestellten feinen Auflösungsebene erhöht sich die Spannweite der Korrelationen noch weiter. Der Beträge der Korrelationskoeffizienten schwanken zwischen $r = 0.92$ und $r = 0.06$. Die stärksten Zusammenhänge gibt es bei den Kategorien: „Gelassener werden“, „NNB körperliche Probleme bewältigen“ und „mehr Bewegung“. Die kleinsten Koeffizienten finden sich in den Kategorien „Elternschaft“, „Alleinsein“ und „Regeneration“. Auch auf dieser Abstraktionsebene ist der Zusammenhang zwischen Zielerreichung und dem allgemeinen Erfolgsfaktor E in der Kategorie mit dem stärksten Zusammenhang „Gelassener werden“ (*Fischer-Z*=1.56) vom Betrag her sechsmal so stark wie in der Kategorie mit dem vom Betrag her kleinsten Zusammenhang „Elternschaft“ (*Fischer-Z*=-0.06).

Mit der Streuung der Zielerreichung korrelieren die Fischer-Z-Werte mit $r = 0.12$ ($p = .44$; $N = 47$) und mit der Streuung des allgemeinen Erfolgsfaktors E mit $r = 0.22$ ($p = .14$; $N = 47$). Tabelle 27 zeigt die Ergebnisse der varianzanalytischen Signifikanztestung der Interaktionseffekte für alle drei Ebenen des BIT-T.

Tabelle 27: Varianzanalytische Testung des Interaktionseffekts von Zielkategorie und der Zielerreichung mit dem Gesamterfolgsfaktor E als AV

Quelle der Varianz	<i>N</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BIT-T-Grob x Zielerreichung	2402	5	2.55*	.026	0.005
BIT-T-Mittel x Zielerreichung	2338	29	1.84**	.004	0.023
BIT-T-Fein x Zielerreichung	2217	44	1.68**	.003	0.034

Anmerkungen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Auf allen drei Ebene ist der empirische F-Wert statistisch signifikant. Damit ist die PV 5 eingetroffen. Der Interaktionseffekt ist dabei umso stärker ausgeprägt, je konkreter die Therapieziele erfasst werden. Dabei ist die Größenordnung des Effektes aber auch auf den konkreten Erfassungsebenen noch als klein zu bewerten.

Analysiert man die drei **Facetten des Erfolgsfaktors**: Remoralisierung (VEV), Symptomreduktion (CGI) und Reduktion der psychosozialen Beeinträchtigung (BSS) getrennt, ergeben sich die in der folgenden Tabelle 28 dargestellten Zusammenhänge:

Tabelle 28: Ergebnisse der varianzanalytischen Testung der Interaktion von Zielkategorie und Zielerreichung auf die spezifischen Erfolgsmaße

Quelle der Varianz	AV (Auflösungsebene)	N	df	F	p	η^2
ZE x ZK	VEV (grob)	2648	5	1.17	.318	0.002
ZE x ZK	VEV (mittel)	2538	29	2.08***	.001	0.023
ZE x ZK	VEV (fein)	2481	46	1.72**	.002	0.032
ZE x ZK	CGI (grob)	2731	5	1.98	.078	0.004
ZE x ZK	CGI (mittel)	2667	29	1.65*	.016	0.018
ZE x ZK	CGI (fein)	2555	47	1.14	.240	0.021
ZE x ZK	BSS _{Diff} (grob)	2639	5	1.38	.229	0.003
ZE x ZK	BSS _{Diff} (mittel)	2577	29	1.05	.381	0.012
ZE x ZK	BSS _{Diff} (fein)	2470	47	1.04	.398	0.020

Anmerkungen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Es zeigt sich, dass der Moderationseffekt insgesamt beim VEV und dem CGI stärker ausgeprägt ist als beim BSS. Bei allen drei Maßen steigt der Effekt mit zunehmender Konkretheit der Zielerfassung an.

Um der Frage, welche **Patienteneigenschaften** Einfluss auf die Stärke des Moderatoreffektes der Therapieziele haben, explorativ weiter nachzugehen, wurde die Interaktion dritter Ordnung zwischen Zielerreichung, Zielkategorie und Patienteneigenschaft auf den allgemeinen Therapieerfolg faktor berechnet. Wie Tabelle 29 zu entnehmen ist, wurde dieser Interaktionseffekt für keine der einbezogenen Eigenschaften signifikant. Es ergeben sich jedoch kleine Effektstärken bei den Variablen Alter, Gratifikationsbegehren, BSS, AU-Dauer und Störungsgruppe.

Tabelle 29: Signifikanztests für die Interaktionseffekte zweiter Ordnung, zwischen der BIT-T-Ziel-Feinkategorie (ZK), der Zielerreichung (ZE) und den Patienteneigenschaften mit dem allgemeinen Therapieerfolg E als AV

Quelle der Varianz	N	df	F	p	η^2
Geschlecht x ZK x ZE	1535	13	0.60	.854	0.005
Alter x ZK x ZE	1862	21	0.85	.664	0.010
Bildung x ZK x ZE	1630	16	0.72	.771	0.007
AU x ZK x ZE	1939	21	0.88	.615	0.010
BSS x ZK x ZE	1818	19	0.99	.473	0.011
FMP x ZK x ZE	1845	22	0.86	.638	0.011
Motivationsrating x ZK x ZE	1760	17	0.87	.607	0.009
Gratifikationsbegehren x ZK x ZE	1203	8	1.80	.072	0.012
Störungsgruppen ⁽¹⁾ x ZK x ZE	864	13	1.31	.199	0.021

Anmerkung: ⁽¹⁾ Entsprechen den Störungsgruppen wie sie für die Prüfung der PV 2 gebildet wurden.

4.6 Unterschiede in der Erreichbarkeit von Therapiezielen

Abbildung 15 zeigt die durchschnittlichen Zielerreichungs-Werte für jede der 6 Kategorien der **höchsten Abstraktionsebene** des BIT-T. Die einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor „Zielkategorie“ und der abhängigen Variable „Zielerreichung“ resultiert in $F(2770/5)=5.9$ mit $p \leq .001$ and $\eta^2=0.01$. Die Unterschiede zwischen den Kategorien sind damit auf dieser Auflösungssebene, aufgrund der großen Stichprobe zwar signifikant, der Effekt ist jedoch klein.

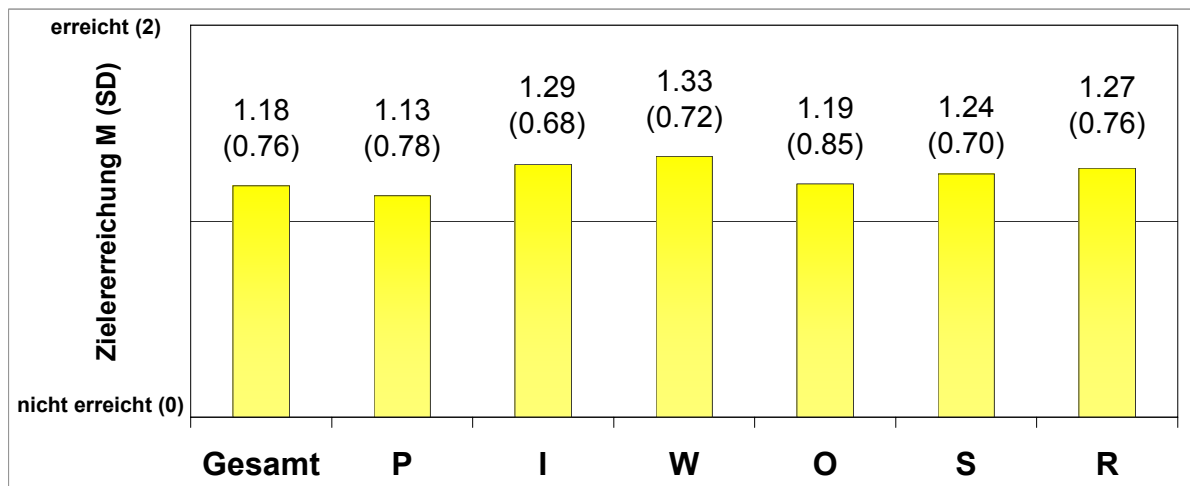


Abbildung 15: Durchschnittliche Zielerreichung (und Standardabweichung) für die grobe Abstraktionsebene mit den Polen Ziel nicht erreicht (0) und Ziel erreicht (2) mit P: problem- und symptombezogene Ziele ($N=1697$), I: interpersonale Ziele ($N=234$), W: Wohlbefindensziele ($N=269$), O: Orientierungsziele ($N=78$), S: selbstbezogene Ziele ($N=277$) und R: nicht kategorisierbare Ziele ($N=215$), N für alle Ziele: 2770

Wie ersichtlich werden Wohlbefindensziele in der stationären psychosomatischen Rehabilitation am ehesten erreicht, gefolgt von interpersonalen Zielen, nicht kategorisierbaren Zielen, selbstbezogenen Zielen und Orientierungszielen. Am geringsten ausgeprägt ist die Zielerreichung bei den problem- und symptombezogenen Zielen. Für den Unterschied zwischen den Zielkategorien mit der größten bzw. der kleinsten Zielerreichung ergibt sich dabei mit $d=0.27$ ein kleiner Effekt.

Auf der **mittleren Auflösungssebene** resultiert die Varianzanalyse in: $F(2704/29)=7.29$ mit $p \leq .001$ and $\eta^2=0.07$. Damit unterscheiden sich hier die Kategorien signifikant mit einem mittleren Effekt in Bezug auf die Zielerreichung. Abbildung 16 gibt die Zielerreichungsmittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Zielkategorien wieder. Für den Unterschied zwischen den beiden am ehesten bzw. am wenigsten erreichten Kategorien ergibt sich hier mit $d=1.34$ ein großer Effekt.

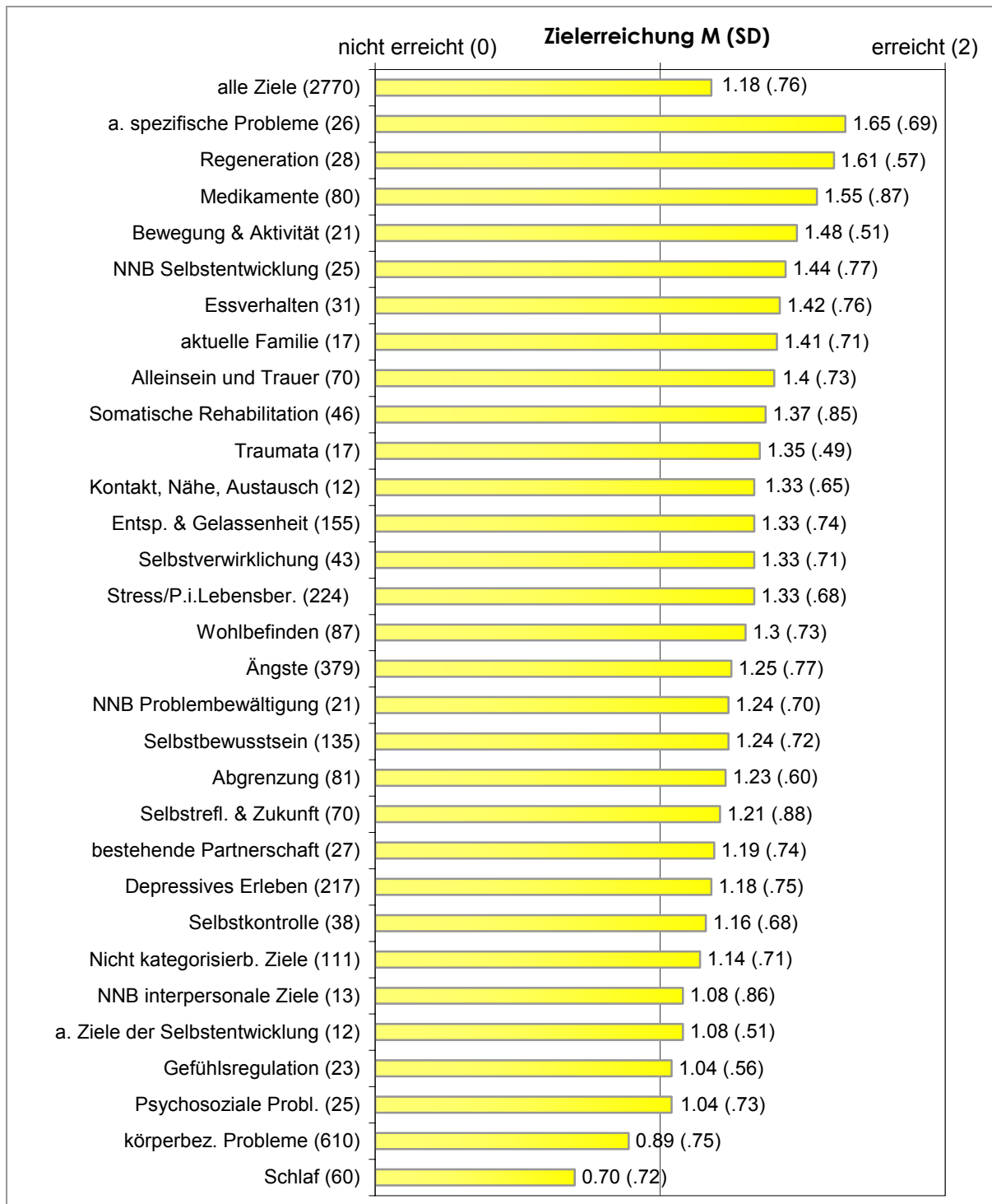


Abbildung 16: Durchschnittliche Zielerreichung (und Standardabweichung) für die mittlere Abstraktionsebene für Kategorien mit mindestens 10 Patienten (N)

Relativ gut erreicht werden hier Ziele aus den Kategorien: „andere spezifische Probleme“, „Regeneration“ oder „Medikamente“, vergleichsweise schlecht dagegen Ziele aus den Kategorien „Schlaf“, „körperbezogene Probleme“ oder „psychoziale Regeneration“. Abbildung 17 gibt die Mittelwerte (und Standardabweichungen) für die ausreichend besetzten Kategorien der feinen Auflösungsebene wieder.

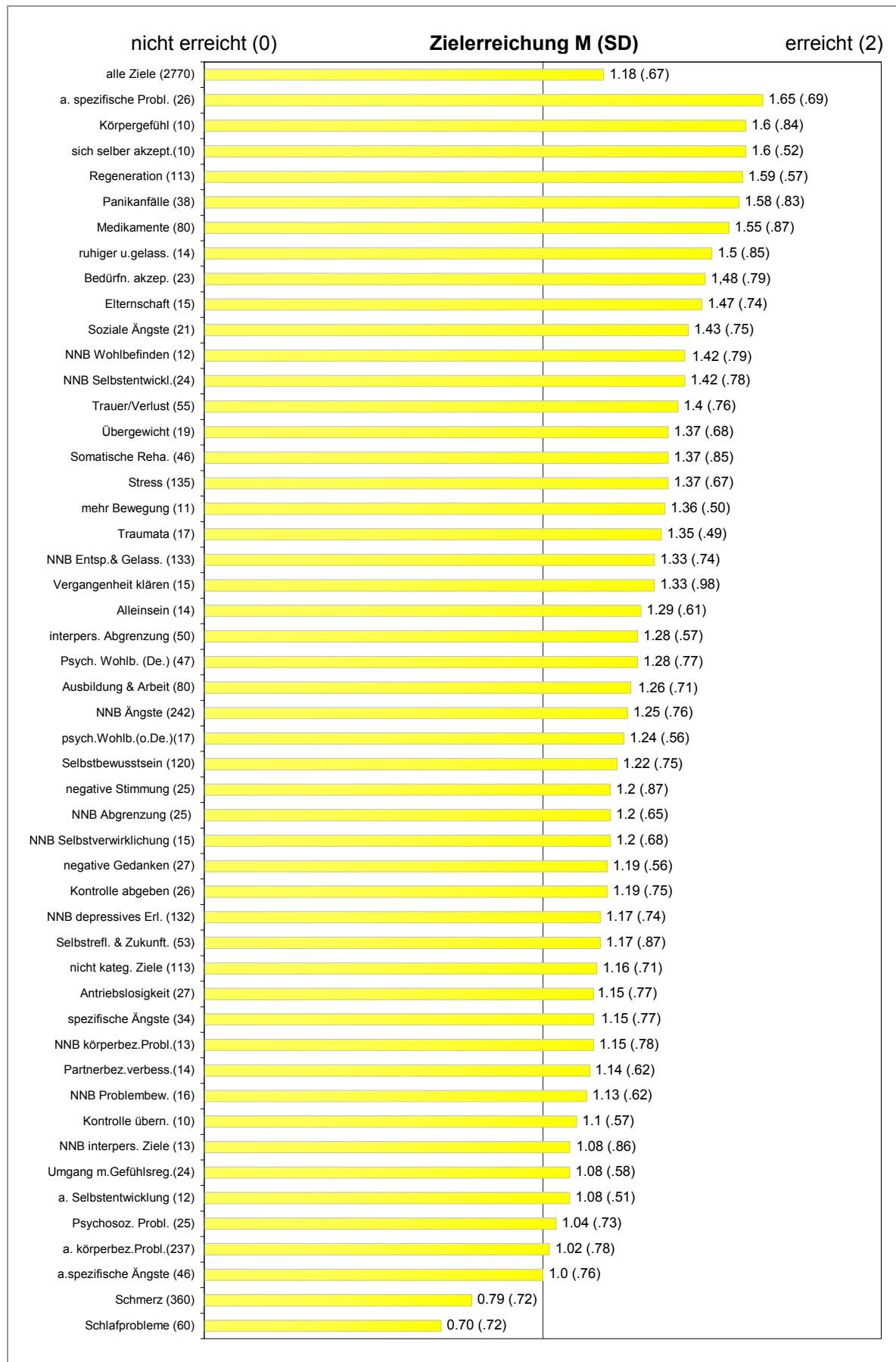


Abbildung 17: Durchschnittliche Zielerreichung (Standardabweichung) für die feine Abstraktionsebene für Kategorien mit mindestens 10 Patienten (N)

Auf diesem Abstraktionsgrad ergibt sich bei der varianzanalytischen Testung auf Unterschiede in der Zielerreichung ein F-Wert von 5.19 (47/2592) mit $p \leq .001$ und $\eta^2 = 0.09$. Damit unterscheiden sich die verschiedenen Zielkategorien auf der für die Testung der PV 6 relevanten konkretesten Auflösungsebene hinsichtlich des Ausmaßes der Zielerreichung (bei einem Gesamteffekt mittlerer Größe). Damit ist die PV 6 eingetroffen. In Zielkategorien aus dem oberen Teil der Abbildung wie: „andere Probleme bewältigen“, „Körpergefühl verbessern“ und „Selbstakzeptanz steigern“ ist die Zielerreichung deutlich besser als bei den Zielen aus dem unteren Teil von Abbildung 17, wie z.B. „Schlafstörungen“, „Bewältigung von körperlichen Schmerzen“ oder „Bewältigung von anderen spezifischen Ängsten“. Für den Unterschied zwischen den Zielkategorien mit der größten bzw. der kleinsten Zielerreichung ergibt sich dabei mit $d = 1.34$ ein großer Effekt.

Um die Frage zu klären, ob der Erfolg bei den einzelnen Therapiezielen von den spezifischen **Eigenschaften des einzelnen Patienten** abhängt, wurde für die schon in den vorherigen Fragestellungen untersuchten Patienteneigenschaften die Interaktion von Patienteneigenschaft und Zielkategorie auf die Zielerreichung varianzanalytisch auf Signifikanz getestet. Die Ergebnisse für die Interaktion sowie für den Haupteffekt „Patienteneigenschaft“ sind in Tabelle 30 wiedergegeben.

Tabelle 30: Haupteffekte von Patienteneigenschaften und Interaktionseffekte zwischen der BIT-T-Feinkategorie und Patienteneigenschaften auf die Zielerreichung

Quelle der Varianz	n	df	F	p	η^2
Alter	2297	1	0,47	.494	0.000
Alter x ZK	2297	26	0,99	.477	0.012
Geschlecht	2012	1	0,03	.494	0.000
Geschlecht x ZK	2012	18	1,32	.162	0.000
Bildung	2219	1	2,92	.087	0.001
Bildung x ZK	2219	23	0,47	.986	0.005
AU-Dauer	2163	1	53,81***	.023	0.023
AU-Dauer x ZK	2133	21	1,24	.204	0.090
BSS	2142	1	10,04**	.000	0.005
BSS x ZK	2142	20	1,94**	.008	0.019
FMP	2178	1	1,06	.303	0.001
FMP x ZK	2094	22	1,77*	.015	0.019
Motivationsrating d. Therapeuten	2248	1	54,94***	.000	0.025
Motivationsrating x ZK	2204	24	1,82**	.009	0.020
Rentenantrag	1843	1	54,87***	.000	0.030
Rentenantrag x ZK	1843	13	1,31	.199	0.009
Diagnose (Angstst. vs. depr. St. vs CS)	684	2	9,28***	.000	0.047
Diagnoses x ZK	388	4	2,33	.055	0.024

Anmerkung: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Signifikante Interaktionseffekte zwischen den unabhängigen Variablen „Zielkategorie“ und „Patienteneigenschaft“ auf die abhängige Variable „Zielerreichung“ ergeben sich nur für die Beeinträchtigungsschwere und die beiden Motivationsmaße. Nur diese drei Eigenschaften moderieren in statistisch signifikantem Ausmaß, wie stark sich die Zielerreichung zwischen den verschiedenen Therapiezielkategorien unterscheidet.

Die folgenden Abbildungen 18 bis 20 geben grob die durchschnittliche Zielerreichung pro Zielkategorie für Patienten mit starker vs. geringerer Beeinträchtigung (BSS) und für Patienten mit hoher vs. niedriger Motivation (FMP bzw. Therapeutenrating) wieder.

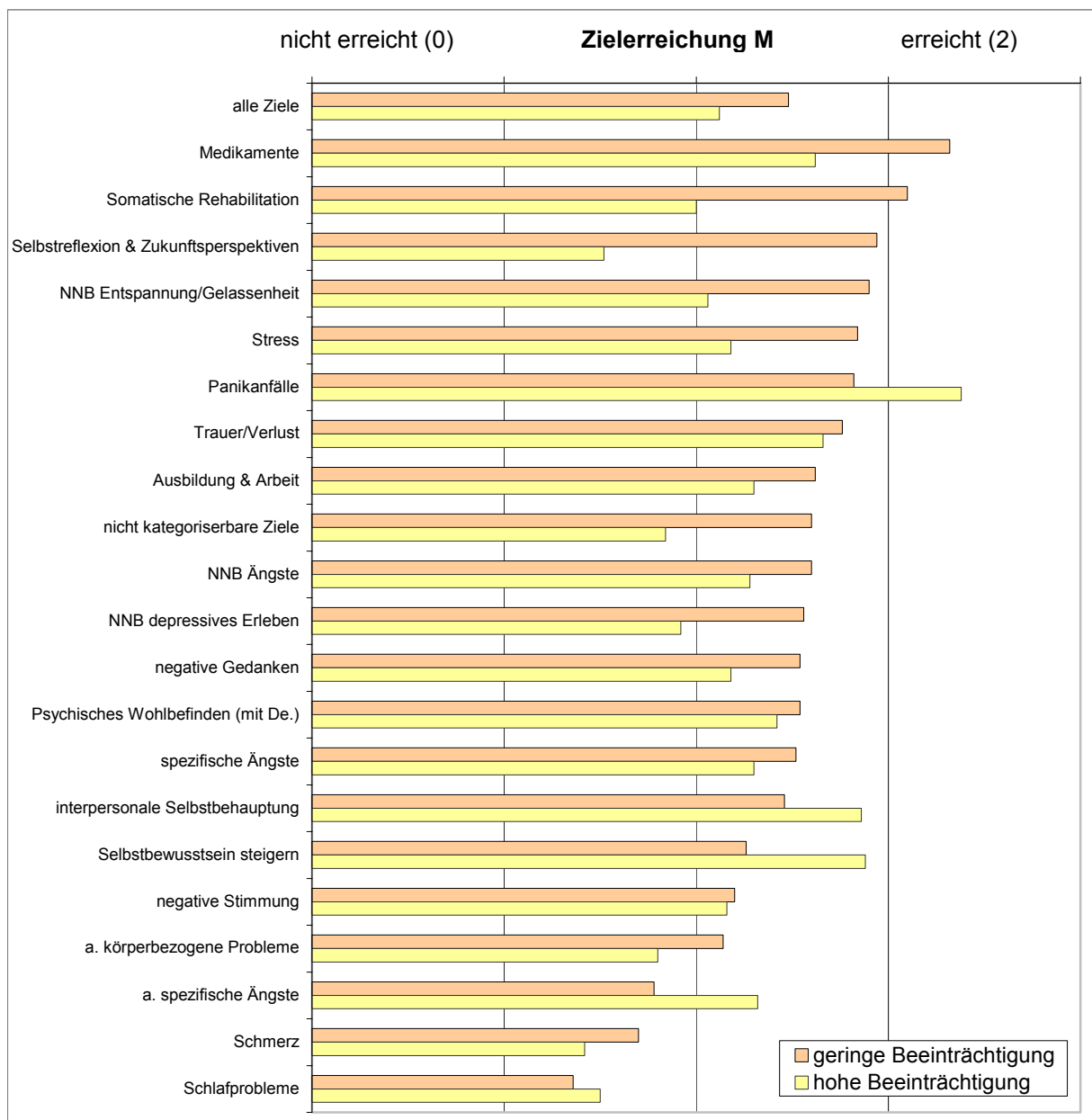


Abbildung 18: Die Zielerreichung in unterschiedlichen Feinkategorien des BIT-T für hoch versus niedrig beeinträchtigte Patienten nach BSS.

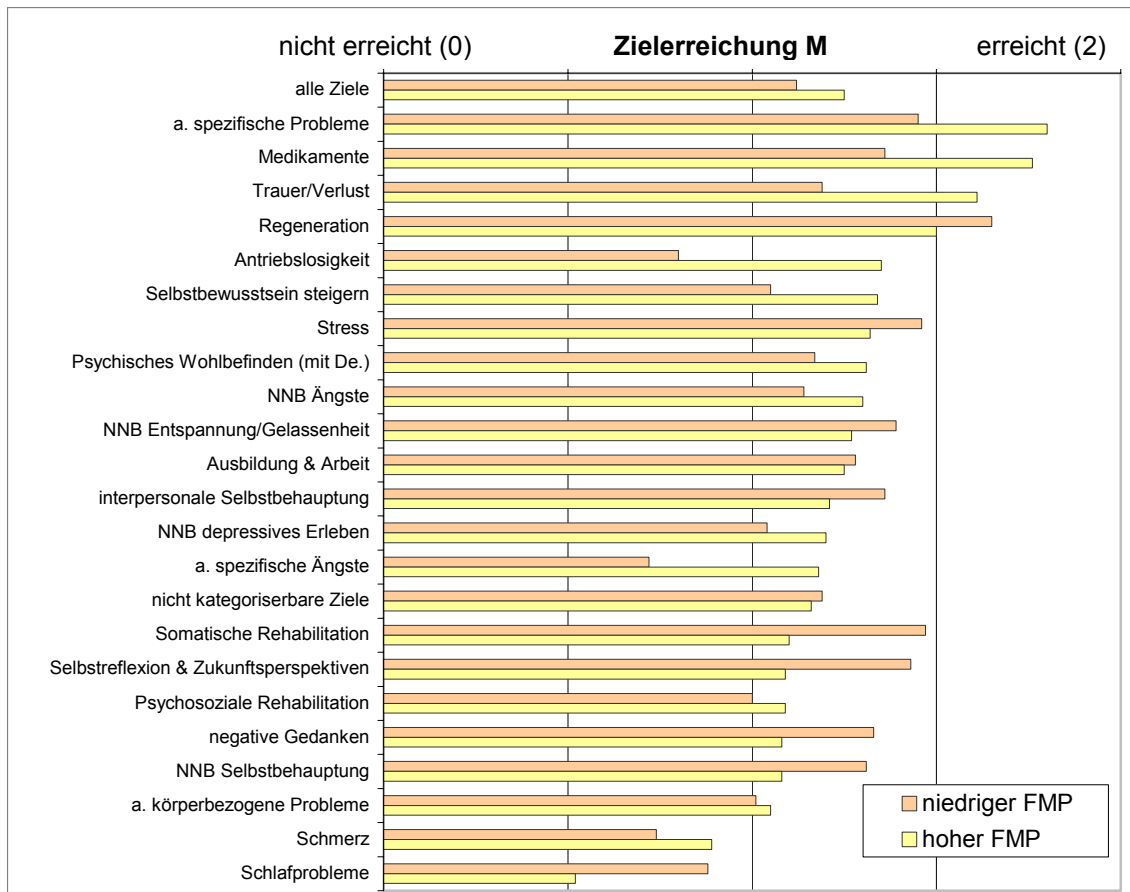


Abbildung 19: Zielerreichung für die Feinkategorien des BIT-T bei hoch und niedrig motivierte Patienten nach FMP.

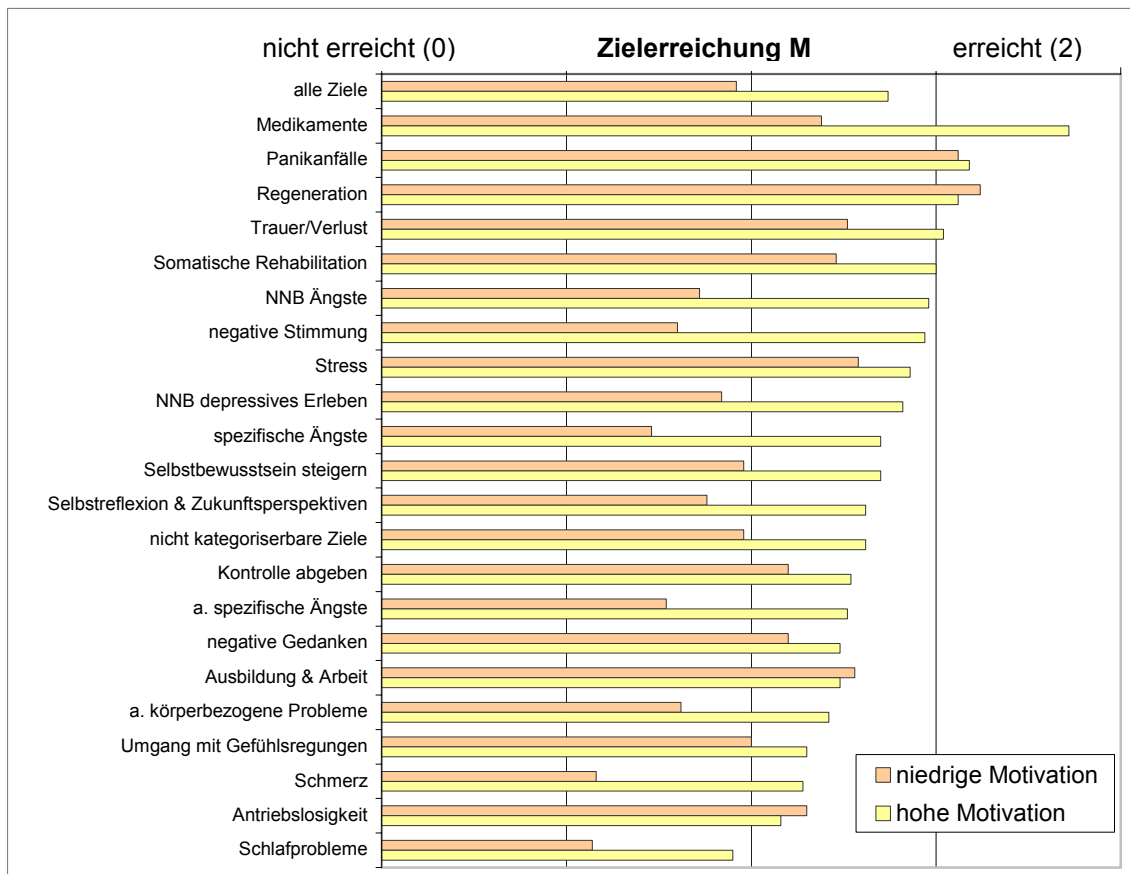


Abbildung 20: Zielerreichung für die Feinkategorien des BIT-T für hoch versus niedrig motivierte Patienten nach Einschätzung des Therapeuten.

Die Abbildungen veranschaulichen, dass sich das Profil der Zielerreichung über die Zielkategorien, je nach Ausmaß an Beeinträchtigung und je nach Ausmaß der Therapiemotivation unterscheidet. So zählen Ziele, die von gering beeinträchtigten Patienten am besten erreicht werden, wie „Medikamentenreduktion“ oder „Selbsterkenntnis“, nicht zu den am besten erreichten Zielen bei stärker beeinträchtigten Patienten. Bei diesen Patienten werden Ziele im Bereich „Bewältigung von Panikattacken“ oder „Aufbau selbstsicheren Verhaltens“ am ehesten erreicht. Bei Patienten mit hohen FMP-Werten ist das Ziel „Trauer/Verlust bewältigen“ das dritterfolgreichste Ziel. Bei Patienten mit niedrigem FMP-Wert steht dieses Ziel dagegen in Bezug auf die durchschnittliche Zielerreichung erst an zwölfter Stelle. In Bezug auf das Motivationsrating des Therapeuten zeigt sich u.a., dass Ziele aus den Bereichen „Medikamentenreduktion“ bei aus Therapeutensicht hochmotivierten Patienten von allen verfolgten Zielkategorien am ehesten erreicht werden. Bei aus Therapeutensicht wenig motivierten Patienten steht dieses Ziel in Bezug auf die Zielerreichung dagegen erst an sechster Stelle.

In Bezug auf die Frage, ob die Unterschiede zwischen den Zielkategorien auf eine **unterschiedliche Schwierigkeit der Therapieziele** zurückgehen, oder darauf, dass bestimmte Therapieziele mit Patienteneigenschaften einhergehen, die mit geringer Zielerreichung assoziiert sind, ermöglichen diese und die Befunde aus Kapitel 4.3 jetzt die Identifikation statistisch zu kontrollierender Patienteneigenschaften. Die Variablen „AU-Dauer“, „Beeinträchtigungsschwere“, „Therapeuteneinschätzung der Motivation für Psychotherapie“ und die „Gratifikationsbegehren“ beeinflussen die Zielerreichung und sind ungleich über die Zielkategorien verteilt (s. Haupteffekte von Tabelle 28 bzw. die p-Werte aus Tabelle 19 aus Kap. 4.3). Wenn der Einfluss dieser Variablen statistisch kontrolliert wird, ergibt die einfaktorielle ANCOVA für die Zielerreichungs-Differenz zwischen den Zielkategorien auf der höchsten Abstraktionsebene: $F(2652/5)=3.92$ mit $p \leq .01$ und $\eta^2=0.007$ für die mittlere Abstraktionsebene: $F(2580/28)=5.72$ mit $p \leq .001$ und $\eta^2=0.06$ und für die feine Abstraktionsebene einen F-Wert von 3.71 (47/2482) mit $p \leq .001$ und $\eta^2=0.07$.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass 1. sich Therapieziele in Bezug auf ihre Zielerreichung unterscheiden, 2. dieser Effekt auch dann bestehen bleibt, wenn der Einfluss potenziell konfundierter Variablen kontrolliert wird und 3. die Frage danach, welche Therapieziele für einen Patienten leicht oder schwer zu erreichen sind, unter Berücksichtigung von Beeinträchtigungsschwere und Therapiemotivation des Patienten beantwortet werden muss.

4.7 Zusammenhang von Häufigkeit, Assoziation von Zielerreichung und Therapieerfolg und der Zielerreichung

Setzt man abschließend Häufigkeit, Stärke des Zusammenhangs von Zielerreichung und Therapieerfolg und die Zielerreichung in Beziehung, so ergeben sich die in Tabelle 31 dargestellten Zusammenhänge.

Tabelle 31: Korrelationen von Häufigkeit, Stärke des Zusammenhangs von Zielerreichung und Therapieerfolg und Zielerreichung

Pearsons' Korrelationen von:	r	p	N
Häufigkeit / Fischer-Z von Zielerreichung u. Therapieerfolg	0.03	0.84	47
Häufigkeit / Zielerreichung	-0.35*	0.02	48
Fischer-Z Zielerreichung u. Therapieerfolg / Therapieerfolg	-0.01	0.95	46

Anmerkung: * $p \leq .05$

Es zeigt sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit einer Zielkategorie und der durchschnittlichen Zielerreichung in dieser Kategorie.

4.8 Überblick über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen

Die folgende Tabelle 32 gibt einen zusammenfassenden Überblick über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen.

Tabelle 32: Entscheidung über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen

Fragestellung	Psychologische Vorhersagen	Eingetroffen?
<p><i>Fragestellung 1:</i> Was wollen Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme erreichen?</p>	<p><i>PV 1:</i> Die relativen Häufigkeiten der Therapiezielkategorien des höchsten Abstraktionsgrades des BIT-T unterscheiden sich untereinander.</p>	
<p><i>Fragestellung 2:</i> Wie hängen die psychischen Störungen von Patienten und deren Therapieziele zusammen?</p>	<p><i>PV 2a:</i> Die drei großen Störungsgruppen: primär depressive Störungen, primär Angststörungen und primär somatoforme Schmerzstörungen unterscheiden sich im Hinblick auf die Verteilung der relativen Häufigkeiten über die Kategorien des größten Abstraktionsgrades des BIT-T.</p> <p><i>PV 2b:</i> Die drei großen Störungsgruppen: primär depressive Störungen, primär Angststörungen und primär somatoforme Schmerzstörungen unterscheiden sich darin, wie steil der Abfall der Häufigkeiten ausgehend von der jeweils am häufigsten besetzten Kategorie auf der feinsten Auflösungsebene des BIT-T ist.</p>	 
<p><i>Fragestellung 3:</i> Welche Patienten verfolgen welche Ziele?</p>	<p><i>PV 3.x:</i> Patienten, deren Erstziele in unterschiedliche Grobkategorien des BIT-T fallen, unterscheiden sich in Alter oder Geschlechterverhältnis oder Bildungsstand oder Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder Beeinträchtigungsschwere (BSS) oder Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (FMP) oder dem Therapeutenrating der Therapiemotivation oder dem Anteil an Patienten mit Gratifikationsbegehren.</p>	
<p><i>Fragestellung 4:</i> Unterscheiden sich die auf die Nachbehandlung bezogenen Zielstellungen von denen für die stationäre Behandlung?</p>	<p><i>PV 4:</i> Die Verteilung der relativen Häufigkeiten der einzelnen Grobkategorien des BIT-T unterscheidet sich zwischen den Therapiezielen, die die Patienten am Ende der stationären psychosomatischen Rehabilitation retrospektiv unter Einbezug evtl. Änderungen für die stationäre Behandlung angeben und den Therapiezielen, die Patienten für eine angestrebte ambulante Nachbehandlung angeben.</p>	
<p><i>Fragestellung 5:</i> Unterscheiden sich Therapieziele darin, inwieweit ihr Erreichtwerden mit dem Therapieerfolg zusammenhängt?</p>	<p><i>PV 5:</i> Die Kategorien der feinsten Auflösungsebene des BIT-T moderieren den Zusammenhang zwischen der Erreichung der Erstziele und dem globalen Erfolgsfaktor (E).</p>	
<p><i>Fragestellung 6:</i> Unterscheiden sich Therapieziele darin, inwieweit sie besonders gut bzw. besonders schlecht erreicht werden?</p>	<p><i>PV 6:</i> Die durchschnittliche Erreichung der Therapieziele unterscheidet sich zwischen den Kategorien der feinsten Auflösungsebene des BIT-T</p>	

5 Diskussion

Auf der Basis des Eintreffens oder Nicht-Eintreffens der statistischen Vorhersagen sowie des Erreichens oder Nicht-Ereichens von z.T. geforderten kritischen Effektstärken wird über Bewährung oder Verwerfung der psychologischen Hypothesen entschieden und unter Berücksichtigung möglicher Störfaktoren versucht, die in Kapitel 2 aufgeworfenen Fragestellungen zu beantworten. Dazu werden zunächst mögliche, hypothesenübergreifende Einschränkungen der internen Validität der Untersuchung sowie die Generalisierbarkeit der Befunde diskutiert und beurteilt. Die Beantwortung der psychologischen Fragestellungen erfolgt dann vor dem Hintergrund der bisherigen Befunde und ggf. unter Bezug auf speziell für diese Fragestellung relevanten Einschränkungen der in- und externen Validität. Anschließend werden die Implikationen für die Versorgungsplanung im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation und die Implikationen für Prozesse der Therapieplanung, die auch über das Setting der stationären psychosomatischen Rehabilitation hinausgehen, herausgearbeitet. Auf der Basis der Ergebnisse dieser Arbeit werden abschließend die Aufgaben für die zukünftige Therapiezielforschung abgeleitet. Auf die Diskussion möglicher Ursachen der Befunde soll in dem Maße verzichtet werden, in dem die Befunde primär zu prädiktiven und nicht zu erklärenden Zwecken genutzt werden sollen.

5.1 Abschätzung der internen Validität der Untersuchung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Therapieziele von Patienten einschließlich ihrer möglichen Determinanten und Konsequenzen zu untersuchen. Der Großteil der Untersuchung stützt sich allerdings auf Ziele, wie sie nach einem Prozess des gemeinsamen Aushandelns von Patient und Therapeut formuliert wurden. Von daher muss geklärt werden, inwieweit in dieser Arbeit wirklich **die Ziele der Patienten** und **nicht die der Behandler** erfasst wurden. Allein dadurch, dass die Ziele so erfasst wurden, wie die Patienten sie einige Wochen nach der gemeinsamen Zielerarbeitung „mit ihren eigenen Worten“ angaben, und nicht wie die Therapeuten sie für die Patienten formulierten, kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Angaben prinzipiell um die Ziele der Patienten handelt (zu möglichen Verfälschungsprozessen im Sinne der sozialen Erwünschtheit etc. s.u.). Es bleibt jedoch zu klären, inwieweit die Patienten dabei von den Behandlern in der Wahl ihrer

Ziele beeinflusst wurden. Um den Einfluss der Behandler auf die Therapiezielwahl der Patienten ansatzweise identifizieren zu können, wurden neben den Therapiezielen - wie sie sich unter Einbezug von ggf. im Therapieverlauf noch vorgenommenen Korrekturen ergaben - auch die Therapieziele, wie sie von den Patienten in den ersten Tage des stationären Aufenthaltes angegeben wurden, auf ihre Inhalte hin untersucht und in Kapitel 4.4 miteinander verglichen.

Wenn der Einfluss der Behandler zu substanziellen Veränderungen der Therapieziele der Patienten führt, dann müssten sich die Ziele, wie sie zu Beginn der Aufenthaltes erhoben wurden, von den am Ende erhobenen Zielen deutlich unterscheiden, da bei den frühzeitig erfassten Therapiezielen die Möglichkeiten der therapeutischen Einflussnahme deutlich geringer ausgeprägt waren, als bei den später erfassten. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass sich lediglich in einem von sechs Zielbereichen signifikante Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ergeben. Diese waren darüber hinaus mit einer Abnahme von ca. 49% auf ca. 41% der Patienten, die interpersonale Ziele verfolgten, vergleichsweise moderat ausgeprägt. Außerdem lassen sich Veränderungen im interpersonalen Bereich auch damit erklären, dass Patienten während der Behandlung von ihrem problematischen interpersonalen Umfeld getrennt sind, so dass interpersonelle Probleme weniger salient sind und von den Patienten leichter aus den Augen verloren werden können (als beispielsweise symptombezogene Zielstellungen). Letztendlich spricht auch das in der Klinik verfolgte Selbstmanagement-Konzept und die damit im Einklang stehenden Beobachtungen während der Datenerhebung dafür, dass die Therapeuten primär an den von den Patienten gewünschten Zielstellungen arbeiten (vgl. Jacobi 2003). Eventuelle Modifikationen beziehen sich i.d.S. nicht so sehr auf die Zielrichtung als vielmehr auf deren Konkretisierung oder auf eine Reduktion des Anspruchsniveaus. Damit lässt sich insgesamt davon ausgehen, dass in dieser Arbeit die Therapieziele der Patienten erfasst wurden, und sich der Einfluss der Behandler auf die Wahl der hier analysierten Therapiezielthemen in Grenzen hält.

Die Auswertung freier Zielformulierungen von Patienten hat neben dem besseren Erfassen der Intentionen des Patienten auch den Vorteil, dass die Antwortmöglichkeiten der Patienten nicht durch eine vorgegebene Item-Auswahl einzuschränken. Ein Nachteil dieses Vorgehens besteht jedoch darin, dass **Schwierigkeiten**, die die Patienten **beim Niederschreiben von Therapiezielen**

haben, stärker zum Tragen kommen als es beim Ankreuzen vorgegebener Items der Fall wäre. Solche Schwierigkeiten können im Wesentlichen in einer mangelnden Beherrschung der deutschen Sprache oder in mangelnden Schreib- oder Formulierungsfertigkeiten gesehen werden. In Anbetracht der zuvor bestehenden Berufstätigkeit und des Berufsprofils der untersuchten Stichprobe (vgl. Kap. 2.4 bzw. 3.4) kann jedoch davon ausgegangen werden, dass solche Schwierigkeiten nicht zu bedeutsamen Verzerrungen der Ergebnisse führen. Allenfalls ist damit zu rechnen, dass Patienten mit Ausdrucksschwierigkeiten ihre Therapieziele weniger konkret beschreiben und dann mit Formulierungen wie: „Ängste bewältigen“ bei den konkreten Kategorisierungsebenen den NNB-Kategorien zugeordnet werden müssen.

Eine übermäßige Vergabe der NNB-Kategorien resultiert auch dann, wenn Patienten zwar sehr differenzierte kognitive Repräsentationen ihrer Ziele im Kopf haben, aber in der Psy-BaDo **nur Stichworte** angeben, die das Ziel repräsentieren sollen. Aufgrund der Beobachtungen während der Datenerfassung kann davon ausgegangen werden, dass dieser Effekt vergleichsweise häufig auftritt, auch wenn es nicht möglich ist, diesen Effekt genau zu quantifizieren.

Eine weiterer wichtiger Störfaktor kann in **vom Patienten absichtlich verfälschten Antworten** gesehen werden. Mit diesen ist v.a. dann zu rechnen, wenn die Patienten durch das wahrheitsgemäße Angeben ihrer Ziele für die stationäre Behandlung mit persönlichen Nachteilen rechnen. Wenn ein Patient beispielsweise entschieden ist, sich für das (vorzeitige) Erlangen einer Erwerbsminderungsrente einzusetzen, kann davon ausgegangen werden, dass er zwar ein Therapieziel angibt, um zu dokumentieren, dass er alles versucht, um an den Ursachen seiner Arbeitsunfähigkeit etwas zu ändern, dass er dieses Ziel aber nicht wirklich verfolgt. Vor allem wird er aber in Bezug auf die Zielerreichung und den VEV versucht sein, Angaben zu machen, die nicht den tatsächlichen Fortschritten entsprechen. Darüber hinaus wird er wahrscheinlich auch sein Gratifikationsbegehren zu verbergen suchen. Da in der untersuchten Stichprobe der Anteil an Patienten mit einem Gratifikationsbegehren bei (mindestens) 17% (vgl. Kap. 3.4) liegt, sind Verfälschungstendenzen dieser Art bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Anhand der Ergebnisse zur Frage nach dem Zusammenhang von Patienteneigenschaften und Therapiezielen (F 3) lassen sich jedoch Zielbereiche identifizieren, in denen absichtliche Falschangaben besonders berücksichtigt werden

müssen. So ist dies z.B. bei Zielen, die sich auf eine psychosoziale Rehabilitation oder körperliche Schmerzen beziehen, verstärkt der Fall, da hier der Anteil an Patienten mit Gratifikationsbegehren mit 42.3% bzw. 31.2% deutlich über dem Durchschnitt liegt. Somit muss v.a. in diesen Bereichen davon ausgegangen werden, dass das Erreichen individueller Therapieziele und der mit den anderen Selbsteinschätzungsmaßen gemessene Therapieerfolg eher unterschätzt wird.

Eine weitere Gefährdung eines validen Antwortverhaltens ergibt sich dann, wenn Patienten im Sinne der **sozialen Erwünschtheit** Ziele angeben, von denen sie glauben, dass sie sie verfolgen sollten, und Zielerreichungen und andere Therapieerfolge übertreiben, um die Behandler nicht zu enttäuschen. Inwieweit ein solcher Effekt vorliegt, ist ebenfalls schwer genauer abzuschätzen, wobei es allerdings auch keinen Grund gibt, anzunehmen, dass er in dieser Untersuchung stärker sein sollte, als in anderen Therapieevaluationsstudien. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass dieser Einfluss v.a. bei Patienten, die Ziele aus dem Bereich der sozialen Unsicherheit, des mangelnden Selbstbewusstseins etc. verfolgen, eine Rolle spielt. Von daher sollte er speziell bei der Interpretation von Ergebnissen, die sich auf diese Ziele beziehen, berücksichtigt werden.

Bei der nachträglichen Kategorisierung frei formulierter Patientenziele hat die Anzahl der Unterkategorien im Gegensatz zur Erfassung über vorgegebene Antwortmöglichkeiten keine Auswirkungen auf die relativen Häufigkeiten der übergeordneten Kategorien. Eine Gefährdung der internen Validität ergibt sich jedoch auch bei freien Formulierungen, **wenn das Kategoriensystem die vorhandenen Ziele nicht erschöpfend klassifizieren kann** und von einer kleinen Menge codierbarer Ziele auf alle Ziele geschlossen wird. Mit 7.4% (bzw. 7.9%) liegt der Anteil an allen Zielen (bzw. an den Erstzielen), die den Restkategorien auf der größten Auflösungsebene des BIT-T zugeordnet wurden, in einem beachtenswerten Bereich. Die Analyse der Restziele auf den konkreteren Abstraktionsebenen ergibt jedoch, dass nur 2.6% (bzw. 4.1%) der Therapieziele (der Erstziele) unkategorisierbar waren und nur 0.1% (bzw. 0.4%) eindeutig in keiner Weise als Psychotherapieziele eingeschätzt wurden. Damit bezieht sich ein großer Teil der Ziele in der Restkategorie auf die Kategorien: „Regeneration“, „psychosoziale Rehabilitation“ und „somatische Rehabilitation“. Da diese bei den Analysen auf den konkreten Kategorisierungsebenen separat erfasst werden, kann der Einfluss dieses Störfaktors auf diesen Ebenen eher als gering eingeschätzt werden. Für die

Analysen auf der groben Ebene muss bei der Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der psychologischen Fragestellungen überprüft werden, welche Konsequenzen sich für die Beantwortung der Fragestellung ergäben, wenn die Regenerationsziele beispielsweise dem Bereich Wohlbefinden und die Rehabilitationsziele dem problem-/symptombezogenen, dem interpersonalen Bereich oder dem Orientierungsbereich zugeordnet würden.

Störeinflüsse, die auf mangelnde **Reliabilität und Validität des BIT-T** zurückgehen, scheinen ebenfalls in ausreichendem Maße kontrolliert zu sein, da mit den befriedigenden bis guten Beurteilerübereinstimmungen deutliche Hinweise auf eine Bestätigung der von den Autoren des BIT-T berichteten guten Reliabilitätsmaße vorliegen. Der gefundene plausible Zusammenhang zwischen den psychischen Störungen (und anderen Patientenmerkmalen) und den Therapiezielen von Patienten kann darüber hinaus als eine weitere Bestätigung der Validität des Instruments angesehen werden.

In Bezug auf die **Reliabilität und Validität der Erfolgsmessung** muss v.a. bei der Messung der Zielerreichung, sowie bei der Messung der Verbesserung der im Vordergrund stehenden Störung, die bislang wenig untersuchte Reliabilität und Validität des entsprechenden Teils der Psy-BaDo und des CGI berücksichtigt werden. Andererseits spricht eine hohe Augenscheinvalidität für die Aussagekraft dieser Instrumente. Zumindest für den CGI ergibt sich ein zusätzlicher Beleg für seine Validität dadurch, dass er zusammen mit VEV und BSS, deren Gütekriterien ausreichend gut belegt sind, mit 0.85 auf einen allgemeinen Erfolgsfaktor lädt. Bezüglich der weiteren Auswertung der Daten stellt sich die Frage, ob man bei der Messung der **Zielerreichung** mit einer Skala, die von „nicht erreicht“ über „teilweise erreicht“ und „erreicht“ zu „mehr als erreicht“ geht, von **intervallskalierten Daten** ausgehen kann. Diese Frage wäre leichter positiv zu beantworten, wenn nur die ersten drei Ausprägungsstufen zur Verfügung ständen. Da die wahren Werte, die dem numerischen Relativ „teilweise erreicht“ zugeordnet werden, prinzipiell zwischen knapp über 0% Zielerreichung bis zu knapp unter 100% Zielerreichung schwanken können, kann man unter Annahme der Normalverteilung davon ausgehen, dass der Mittelwert der wahren Werte bei 50% Zielerreichung liegt. Damit wären die Intervalle der Skala gleich groß, was als das entscheidendes Kriterium für Intervallskalen-Niveau gelten kann (vgl. Bortz et al. 1990 S. 57ff). Im gegebenen Fall wäre weiterhin von einer Intervallskala auszugehen, wenn die Abstufung „mehr als erreicht“ in etwa

einer 150% Zielerreichung entspräche. Dabei ist jedoch unklar, wie die Aussage „Ziel ist mehr als erreicht“ interpretiert werden soll. Geht man davon aus, dass damit ein Überschreiten des ursprünglichen Anspruchsniveaus bzw. das Erreichen weiterer mit dem Ziel assoziierter Ziele gemeint ist, bleibt offen, inwieweit diese wirklich um 50% über das Erreichen des ursprünglichen Ziels hinausgeht. Da der Anteil der Patienten, die diese Kategorie wählen, lediglich bei 4.7% liegt, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass dieses Problem zu keinen gravierenden Verzerrungen der Ergebnisse führt.

Um die Unabhängigkeit der Daten zu gewährleisten, erfolgt die statistische Testung der meisten psychologischen Vorhersagen **ausschließlich** auf der Grundlage der erstgenannten sog. „**Hauptziele**“ der Patienten. Dabei stellt sich die Frage, ob damit valide erfasst wird, was die Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation für sich erreichen wollen. Interpretiert man den ersten Rang in der Reihe der Ziele und die Bezeichnung „Hauptziel“ im Sinne einer besonderen Wichtigkeit dieser Ziele, so beziehen sich die entsprechenden psychologischen Vorhersagen eher darauf, was Patienten „vor allem“ oder „in erste Linie“ in der psychosomatischen Rehabilitation erreichen wollen. Ob diese primären Anliegen eine repräsentative Auswahl aller Ziele darstellen, kann bei der jeweiligen Hypothese durch den Vergleich mit den Verteilungen über alle Ziele eingeschätzt werden. Nur wenn diese die über die Erstziele gewonnenen Befunde bestätigt, dürfen Aussagen ohne die Einschränkung „vor allem“ oder „in erster Linie“ etc. gemacht werden.

Ebenfalls zur Gewährleistung der Unabhängigkeit der Daten erfolgte die statistische Testung des Zusammenhanges von Diagnosen und Therapiezielen nur unter Rückgriff auf die **Erstdiagnose** der Patienten. Aus diesem Grunde müssen sich die Aussagen hier auf die „primären Störungen“ bzw. die „im Vordergrund stehenden Störungen“ beziehen. Alternativ hätten Kombinationen einzelner Diagnosen analysiert werden können, was jedoch zum einen eine sehr große Zahl kombinatorisch möglicher Kategorien bedingt hätte, die jeweils mit deutlich weniger Patienten besetzt gewesen wären. Zum anderen hätten Ergebnisse, die sich auf Diagnose-Cluster beziehen, schwerer in Zusammenhang gebracht werden können mit dem bisherigen Störungswissen, welches sich auf einzelne Diagnosen und - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht auf Diagnosekategorien bezieht (vgl. Jacobi, Hoyer & Wittchen 2002).

Bei der Testung des Zusammenhanges von Patientenmerkmalen und Therapiezielen (PV 3), sowie der Testung der Unterschiede zwischen der stationären Behandlung und der ambulanten Nachbehandlung (PV 4) ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der für die valide Testung der übergeordneten psychologischen Hypothesen eingesetzten **Bonferroni-Korrektur** die Teststärke für die einzelnen statistischen Vorhersagen deutlich reduziert ist. Damit sind die getroffenen Aussagen eher konservative Schätzungen der wahren Verhältnisse.

5.2 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Wie in Kapitel 3.4 gezeigt, unterscheiden sich die untersuchten Patienten mit einem vorliegenden Erstziel nur unwesentlich von allen in der untersuchten Klinik und im selben Zeitraum behandelten Patienten. Daher lässt sich davon ausgehen, dass die untersuchte Stichprobe mit nur geringfügigen Einschränkungen repräsentativ für das Gesamtklientel der Klinik ist. In Bezug auf die Zusammenhänge von Zielerreichung und Patienteneigenschaften (PH 3) fehlten die relevanten Daten lediglich bei maximal 2.6% der Patienten (vgl. *N* für FMP in Tabelle 19), so dass auch hier von wenig bedeutsamen Veränderungen der Stichprobensammensetzung ausgegangen werden kann. Aufgrund der multiplen Erfolgsmessung lag der Anteil der fehlenden Werte bei den Befunden, die sich auf den allgemeinen Erfolgsfaktor E beziehen, bei 14.8%. Damit geht eine stärkere Einschränkung der Generalisierbarkeit der Befunde einher als bei den anderen Maßen. 10.8% der fehlenden Werte gehen dabei allerdings auf fehlende Fremdeinschätzungen durch die Therapeuten zurück, von denen eher angenommen werden kann, dass sie nicht systematisch mit bestimmten Patienteneigenschaften zusammenhängen. Insgesamt kann damit auch in Bezug auf die Ergebnisse zur Frage nach dem Zusammenhang vom Erreichen der individuellen Therapieziele und allgemeinem Therapieerfolg (Fragestellung 5) von einer zumindest ausreichenden Repräsentativität der untersuchten Patienten für das Klientel der Klinik ausgegangen werden.

Um die Befunde und die sich daraus ableitenden Implikationen für die Versorgungsplanung und die Therapieplanung auf das Gesamtklientel der in der stationären psychosomatischen Rehabilitation behandelten Patienten übertragen zu können, muss geprüft werden, inwieweit die untersuchte Stichprobe auch für diese Gesamtpopulation repräsentativ ist. Vergleicht man die hier untersuchte

Hauptstichprobe mit der einer repräsentativen Stichprobe von 4000 BfA-Versicherten, die in 89 psychosomatischen Rehabilitationskliniken behandelt wurden (Harfst et al. 2003), so zeigen sich für die veröffentlichten soziodemographischen Daten und die ebenfalls publizierte Verteilung der Erstdiagnoseverteilung nur geringe Unterschiede zu der hier untersuchten Stichprobe: Das Alter lag dort im Schnitt bei 45.1 Jahren (17-64; $SD=9.4$), 75.7% waren Frauen, 24% hatten Abitur, 39% Realschul- und 33% Hauptschulabschluss. Die häufigsten Diagnosen waren: Depressive Störungen (38.3%), Angststörungen (10.5%), Anpassungsstörungen (19.6%) und Somatisierungsstörungen (10.2%). Kostenträger-übergreifende Analysen wie die von Koch und Potreck-Rose kommen zu vergleichbaren Ergebnissen (1994, S. 198f). Daher erscheint es gerechtfertigt, zumindest die eindeutigen Befunde auf das Gesamtklientel der im Bereich Psychosomatik versorgten Patienten zu übertragen.

Will man die Generalisierungen der Befunde und die Schlussfolgerungen optimieren, so lässt sich für jede Variable, für die sowohl die Verteilung in beiden Stichproben als auch der Zusammenhang zu den Therapiezielen bekannt ist, d.h. für alle in 4.2 und 4.3 dargestellten Patienteneigenschaften, eine um die Unterschiede zwischen den Stichproben korrigierte Prognose der Zielverteilung erstellen. Die Schätzung kann dann weiter präzisiert werden, indem gleichzeitig möglichst viele der unter 4.2 und 4.3 untersuchten Patienteneigenschaften mit in die Schätzung einbezogen werden.

Zur Legitimierung dieser Generalisierung bleibt jedoch noch zu klären, inwieweit die Ergebnisse dadurch beeinflusst wurden, dass ausschließlich Patienten untersucht wurden, die in einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Klinik behandelt wurden. In Bezug auf die Verteilung der relativen Häufigkeiten der Ziele wäre es plausibel anzunehmen, dass Patienten sich mit ihren Zielen auf das therapeutische Angebot der Klinik einstellen und deswegen Schwerpunkte bei problem- und symptombezogenen Zielen setzen, weil die Behandlung von Problemen und psychischen Störungen bzw. Symptomen im Klinikkonzept eine zentrale Rolle spielt. Wenn dies der Fall wäre, so müsste wie erwähnt bei den Ergebnissen, die sich beim Vergleich der (vorläufigen) Therapieziele zu Beginn der stationären Therapie und den letztendlichen (vgl. Kap. 4.4) beziehen, eine deutliche Zunahme von störungsspezifischen Zielen in der Zeit vom Anfang der stationären Therapie bis zu ihrem Ende zu verzeichnen sein. Dass dies kaum der Fall ist, spricht insgesamt gegen die Wichtigkeit dieses Störfaktors. In Bezug auf die für die in den

Fragestellungen 2 und 3 untersuchten Zusammenhänge zwischen Zielen und den untersuchten Patienteneigenschaften erscheint es darüber hinaus nicht wahrscheinlich, dass diese in bedeutsamen Maß von der Art der Behandlung abhängen.

In Bezug auf die Frage danach, welche individuellen Therapieziele für den allgemeinen Therapieerfolg potenziell am förderlichsten sind (PH 5), wäre zu klären, inwieweit das Erreichen bestimmter Therapieziele bei verschiedenen Behandlungsansätzen in unterschiedlichem Ausmaß mit dem Therapieerfolg zusammenhängt. Hier ist es prinzipiell denkbar, dass die Vermittlung eines bestimmten Störungsbildes mitbestimmt, wie viel Wert der Patient dem Erreichen bestimmter Ziele für die Wiederherstellung seiner Gesundheit beimisst, was sich dann wiederum auf die Remoralisierung der Patienten und über diese auf die Remediation und Rehabilitation des Patienten auswirken könnte. Auch wenn dieser Effekt keinen allzu großen Einfluss auf sich deutlich abzeichnende Befunde haben sollte, führt er doch zu einer Einschränkung der Generalisierbarkeit der Befunde zur PH 5 auf nicht verhaltenstherapeutische Behandlungen.

Bei der Frage nach Unterschieden in der Erreichbarkeit verschiedener Therapieziele (PH 6) erscheint es im Sinne der Ausführungen von Kapitel 2.4.2 gerechtfertigt anzunehmen, dass sich therapeutische Verfahren darin unterscheiden, bei welchen Zielstellungen und in Bezug auf welche der drei hier untersuchten Therapieerfolgsdimensionen sie besonders effektiv sind. Aus diesem Grunde können die Ergebnisse dieser Fragestellungen zunächst einmal nur auf verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte übertragen werden. Weitere hypothesenspezifische Hinweise auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse können sich durch den Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Studien ergeben. Soweit solche Studien vorliegen und solche Vergleiche möglich sind, sollen die Implikationen für die Generalisierbarkeit der Befunde bei der anschließenden Beantwortung der psychologischen Fragestellungen thematisiert werden.

5.3 Beantwortung der psychologischen Fragestellungen

5.3.1 Was wollen die Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation erreichen?

Die mit dem Eintreffen der SV 1 nachgewiesenen Ungleichverteilung der relativen Häufigkeiten über die BIT-Kategorien führt zusammen mit dem Vorliegen eines großen Effektes zur Annahme der psychologischen Hypothese 1, dass bestimmte Therapieziele von Patienten häufiger verfolgt werden als andere. Die inhaltliche Betrachtung der Häufigkeitsunterschiede zeigt, dass Patienten im untersuchten Setting v.a. problem- und symptombezogene Therapieziele verfolgen. Der Anteil dieser Ziele lag dabei jeweils um ein mehrfaches über dem der nächsthäufigen Zielkategorie. Diese eindeutige Dominanz problem- und symptombezogener Therapieziele zeigte sich sowohl bei der Betrachtung aller Ziele, als auch bei der Betrachtung der Erstziele, als auch bei der Betrachtung des Anteils an Patienten, die ein bestimmtes Ziel verfolgen. Innerhalb dieser verschiedenen Perspektiven ist sie bei den Erstzielen von Patienten am deutlichsten ausgeprägt. Selbst wenn alle in die Restkategorie fallenden Ziele gleichmäßig über die anderen Zielkategorien oder speziell über die wenig vertretenen Kategorien verteilt würden, wären nach wie vor sowohl beachtliche Unterschiede zwischen den Kategorien als auch die Dominanz problem- und symptombezogener Ziele zu verzeichnen.

Vergleicht man die Befunde mit den Ergebnissen anderer Studien aus anderen Settings, so zeigt sich, dass sich die Dominanz problem- und symptombezogener Ziele auch in der Mehrzahl der in Kap. 2.5.1 ausführlich beschriebenen Studien findet, die nicht das BIT verwenden: Ein vergleichbar hoher Anteil von problem- und symptombezogenen Zielen findet sich bei Ruff und Werner (1987), Schulte-Bahrenberg (1990), Riehl-Emde und Vogler (1990), Heuft und Kollegen (1996), Pöhlmann (1999, 2001) für „Schmerzpatienten“, Sack und Kollegen (1999) und Faller (2000). In den Studien von Finke und Kollegen (1995), von Faller (1998) und von Driessen und Kollegen (2001) ist eine solche Dominanz von problem- und symptombezogenen Zielen jedoch nicht eindeutig erkennbar. Es fällt auf, dass in diesen Studien rational-konstruierte Ziel-Item-Sammlungen verwendet wurden, so dass die durch die theoretischen Vorstellungen der Autoren geprägte Vorauswahl der Items für diesen Effekt verantwortlich sein können. In der Studie von Pöhlmann (1999, 2001) mit psychosomatischen Patienten, in der die Kategorie

„Selbstbezogene Ziele“ häufiger geratet wurde als die Kategorie „Gesundheit“, bleibt unklar, wie diese Kategorie definiert ist, und ob hier nicht viele Ziele kodiert sind, die im BIT-T in die Kategorie problem- und symptombezogene Ziele fallen würden.

Damit stehen die Befunde im Einklang mit denen methodisch adäquater erscheinenden Studien aus anderen Settings, die nicht das BIT-T verwendeten. Auch dies kann als Beleg dafür angesehen werden, dass zumindest die Dominanz von problem- und symptombezogenen Zielen nicht allein auf die Verwendung des BIT-T zurückzuführen ist. Dass sich die oben genannten Studien auch auf andere Therapieformen bezogen, ist weiterer Beleg dafür, dass die Dominanz problem- und symptombezogener Ziele nicht primär auf die kognitiv-verhaltenstherapeutische Ausrichtung der Klinik zurückzuführen ist.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen der bisherigen Studien, die das BIT-T in verschiedenen therapeutischen Settings verwendeten (vgl. Tabelle 9 und Abb. 6), so fällt zunächst einmal auf, dass sich die in der hier untersuchten Stichprobe vorliegende Dominanz problem- oder symptombezogener Ziele auch in den beiden anderen stationären Settings wiederfindet. Im Gegensatz dazu gibt es unter den Patienten der Berner Universitätsambulanz mehr Patienten, die mindestens ein interpersonales Therapieziel haben, als Patienten mit mindestens einem störungs- und problembezogenen Ziel. Dies mag zum einen daran liegen, dass die Behandlung in der Berner Ambulanz auf der Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe (1998) basiert, in der der Aufdeckung und Bearbeitung „interpersonaler Attraktoren“ ein vergleichsweise hoher Stellenwert zugeschrieben wird. Zum anderen erscheint es wahrscheinlich, dass der Störungs- und Beeinträchtigungsgrad in der ambulanten Stichprobe geringer ist als im stationären Setting. Auf der mittleren Auflösungsstufe des BIT-T werden auf die Bewältigung körperlicher Beschwerden gerichtete Ziele von gut zwei Drittel der hier untersuchten Patienten verfolgt, während diese Ziele in den Stichproben von Grosse Holtforth und Grawe (2001), Grosse Holtforth und Grawe (2002) und Grosse Holtforth und Kollegen (in press) nur eine untergeordnete Rolle spielen. Am nächstgrößten ist die Gruppe der Patienten, die angstbezogene Ziele verfolgt, was in etwa im Einklang mit dem Stellenwert dieser Ziele in den anderen Stichproben steht. Die an dritter und vierter Stelle folgende Gruppe der Patienten mit Zielen, die sich auf Entspannung und Erholung sowie auf Stress und spezifische Probleme in bestimmten Lebensbereichen beziehen, kann dagegen in der hier untersuchten Stichprobe wieder als deutlich bedeutsamer als in den

Vergleichsstichproben gesehen werden. Die dann folgenden depressionsbezogenen und die Einstellung zu sich selbst betreffende Ziele sind dann wieder in mit den anderen Stichproben vergleichbarem Ausmaß vertreten. Unter Rückgriff auf die Häufigkeitsverteilungen der Feinkategorien, die zu den für die psychosomatischen Patienten typischen Zielstellungen gehören, lässt sich zum einen sagen, dass diese Patienten in besonderer Weise Ziele verfolgen, die sich auf die Bewältigung, Linderung oder Beseitigung körperlicher Schmerzen beziehen und häufiger als Patienten in anderen Settings in der Behandlung Ruhe und Erholung anstreben sowie stressbezogene Ziele verfolgen. Zum anderen werden zu vergleichbaren Anteilen angst- und depressionsbezogene Ziele sowie Ziele, die sich auf eine hilfreichere Einstellung zu sich selbst beziehen, verfolgt.

Somit lässt sich zusammenfassend feststellen, dass in der hier untersuchten Stichprobe wie auch in den anderen bislang untersuchten stationären Stichproben von den Patienten primär problem- und symptombezogene Ziele verfolgt werden, dass aber spezifisch für die psychosomatische Rehabilitation ein vergleichsweise hoher Anteil an schmerz-, erholungs- und stressbezogenen Zielen zu verzeichnen ist. Diese Besonderheiten der hier untersuchten Stichprobe müssen vor dem Hintergrund eines Zuweisungssystems gesehen werden, bei dem eine psychosomatische Rehabilitation speziell dann beantragt wird, wenn entweder bei bestehenden körperlichen Schmerzen keine somatische Ursache erkannt werden kann, bzw. die somatischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden, oder Patient und beantragender Arzt das Bedürfnis haben, bzw. die Notwendigkeit sehen, den Patienten für eine gewisse Zeit aus den alltäglichen Belastungen herauszunehmen, um sich wieder „zu erholen“ und seinen „Stress abzubauen“ (näheres zu den Zuweisungswegen in der psychosomatischen Rehabilitation s. Barth et al. 1989).

Aus diesen Befunden lässt sich auch schlussfolgern, dass sich verschiedene Settings in Bezug auf die dort verfolgten Ziele unterscheiden, und somit die Befunde aus einem Setting nicht ohne Probleme auf ein anderes übertragen werden können. Speziell die Übertragbarkeit auf ambulante Settings (mit starker Beachtung interpersonaler Problemdeterminanten) scheint wenig gerechtfertigt. Vor dem Hintergrund dieser Abschätzungen der internen und externen Validität lässt sich die Fragestellung 1: „Was wollen Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme erreichen?“ zusammenfassend so beantworten:

Die Patienten wollen in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme primär problem- und symptombezogene Ziele erreichen. Erst in zweiter Linie verfolgen sie Ziele, die sich auf das Wohlbefinden, den interpersonalen Bereich oder auf das persönliche Wachstum beziehen. Ziele, die sich auf eine Orientierung in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft oder eine Sinnfindung beziehen, werden vergleichsweise selten verfolgt. Häufig verfolgen die Patienten mindestens ein Ziel aus dem problem- und symptombezogenen Bereich und zusätzlich mindestens ein Ziel aus zwei anderen Bereichen. Innerhalb der problem- und symptombezogenen Ziele beziehen sich die meisten Anliegen auf körperliche Probleme und hier vorwiegend auf körperliche Schmerzen. Dann folgen Ziele, die sich auf Ängste, auf Stress und auf depressives Erleben beziehen. Weitere wichtige Zielbereiche sind das Erlangen von Entspannung und Gelassenheit, die Verbesserung des eigenen Selbstbewusstseins, Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls und die Verbesserung der Fähigkeit, sich im interpersonalen Kontext zu behaupten und von anderen abzugrenzen.

5.3.2 Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den psychischen Störungen von Patienten und ihren Therapiezielen?

Mit Eintreffen der statistischen Vorhersage SV 2a und dem Vorliegen eines großen Effekts bewährt sich die psychologische Hypothese 2a, dass ein Zusammenhang zwischen den psychischen Störungen von Patienten und den Therapiezielen besteht. Mit dem Eintreffen der SV 2b bewährt sich auch die Hypothese 2b, dass sich psychische Störungen darin unterscheiden, inwieweit ihnen jeweils typische Therapieziele zugeordnet werden können. Die explorativen Analysen weisen weiter darauf hin, dass ein Zusammenhang von Diagnosen und Therapiezielen auch dann zu verzeichnen ist, wenn statt der zusammenfassenden Störungsgruppen die konkreten ICD-10 Kategorien analysiert werden. Letzteres spricht auch dafür, dass die unterschiedliche Heterogenität der Ziele in den drei Störungsgruppen nicht allein dadurch bedingt ist, dass diese jeweils eine unterschiedliche Anzahl von ICD-10 Diagnosen zusammenfassen. Dass sich die Anzahl der Diagnosen in den drei Gruppen nur leicht unterscheidet und Patienten mit der Primärdiagnose einer Angststörung und nicht die primär depressiven Patienten die höchste Komorbiditätsrate aufweisen, spricht dafür, dass die Unterschiede in der Heterogenität der Zielstellungen nicht durch Unterschiede in der Anzahl der Co-

Diagnosen bedingt sind. In dieselbe Richtung deutet der Befund, dass sich auch ausschließlich depressiv-, angst- oder schmerzbeeinträchtigte Patienten in Bezug auf die Heterogenität der Therapieziele deutlich unterscheiden. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Fragestellung 2 wie folgt beantworten:

Die Therapieziele von Patienten sind eng mit den primären psychischen Störungen der Patienten assoziiert, sind aber durch diese nicht vollständig determiniert. Bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen ist das Spektrum der Zielstellungen relativ eng begrenzt und wird eindeutig von schmerzbezogenen Zielen dominiert. Die Zielstellungen von Patienten mit Angststörungen sind dagegen schon deutlich heterogener, auch wenn angstbezogene Ziele noch eindeutig die Verteilung der Häufigkeiten dominieren. Depressive Patienten verfolgen dagegen ein ausgesprochen weites Spektrum an Therapiezielen. Ziele, die sich auf das depressive Erleben beziehen, werden zwar am häufigsten verfolgt, unterscheiden sich in der Häufigkeit aber nur geringfügig von den nächsthäufigen Zielbereichen. Damit lässt sich zumindest in Bezug auf die drei untersuchten Gruppen vom Vorliegen einer „störungsspezifischen Therapiezieltypizität“ sprechen.

5.3.3 Wie hängen weitere sozialmedizinisch relevante Eigenschaften von Patienten mit den Therapiezielen zusammen?

Das Eintreffen von 5 der 8 psychologischen Vorhersagen, die der PV 3 zugeordnet und über ein disjunktes Kriterium verknüpft sind, führt zusammen mit dem Vorliegen kleiner Effekte beim Geschlechterverhältnis und den beiden direkten Motivationsmaßen zur Annahme der PH 3, dass Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Eigenschaften von Patienten, ihrer psychosozialen Beeinträchtigung und ihrer Psychotherapiemotivation einerseits und ihren Therapiezielen andererseits bestehen. Damit lässt sich die psychologische Fragestellung 3, ob sich über die psychischen Störungen hinausgehende sozialmedizinisch relevante Eigenschaften von Patienten identifizieren lassen, die mit den Therapiezielen von Patienten assoziiert sind, wie folgt beantworten:

Das Geschlecht, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, das Vorliegen eines Gratifikationsbegehrens und die Therapiemotivation stehen mit den Hauptzielen der Patienten in einem kleinen statistisch aber bedeutsamen Zusammenhang. Männliches Geschlecht, lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, das Vorliegen eines Gratifikationsbegehrens und eine vergleichsweise gering ausgeprägte Psychotherapiemotivation finden sich dabei v.a. bei Patienten mit problem- und symptombezogenen Zielen. Innerhalb dieser Gruppe finden sich Beeinträchtigungen in der Psychotherapiemotivation v.a. bei Patienten, die Ziele verfolgen, die sich auf Übergewicht, körperliche Schmerzen, andere körperliche Probleme und Schlafstörungen beziehen. Patienten, die Erstziele verfolgen, die sich auf psychosoziale Rehabilitationsprobleme, eine somatische Rehabilitation oder auf reine Erholung beziehen, sowie Ziele, die auch im weitesten Sinne nicht als Therapieziele angesehen werden können, weisen ebenfalls eine deutlich erniedrigte Therapiemotivation auf, ohne dass der Anteil an Gratifikationsbegehren dabei stark vom allgemeinen Mittel abweicht. Bei Patienten mit orientierungsbezogenen Hauptzielen findet sich dagegen eine relativ stark ausgeprägte Therapiemotivation, obwohl hier der Anteil an Gratifikationsbegehren höher liegt als bei Patienten mit problem- und symptombezogenen Zielen.

Die Befunde weisen darauf hin, dass ein Gratifikationsbegehren nicht per se mit einer reduzierten Behandlungsmotivation einhergehen muss. Da bei dem hier untersuchten Klientel davon ausgegangen werden kann, dass sich Ziele der Orientierungskategorie häufig auf eine berufliche Neuorientierung beziehen (vgl. auch Tabelle 23), liegt der Schluss nah, dass Patienten, die ihre berufliche Zukunft noch als klärungsbedürftig und damit offen erleben, und motiviert sind, sich eine neue Perspektive zu erarbeiten, auch trotz eines vorliegenden Gratifikationsbegehrens motiviert an der Behandlung teilnehmen. Dass bei den explorativ analysierten konkreteren Kategorisierungsebenen auch Alter und Beeinträchtigungsschwere mit der Zielkategorie assoziiert sind, weist darauf hin, dass auch diese beiden Variablen mit den Therapiezielen von Patienten zusammenhängen, dieser Zusammenhang bei einer groben Klassifikation der Therapieziele jedoch nicht mehr erkennbar ist.

5.3.4 Unterscheiden sich die Therapieziele für eine potenzielle ambulante Nachbehandlung von denen für die stationäre Behandlung?

Mit dem Eintreffen der PV 4 bewährt sich auch die psychologische Hypothese, dass sich die Therapieziele für die ambulante Nachbehandlung von denen für die vorhergehende stationäre Behandlung unterscheiden. Es muss jedoch bedacht werden, dass es sich hier bei der Stichprobe um eine Auswahl von Patienten handelt, die sich durch vollständige Angaben ihrer Ziele zu allen drei Messzeitpunkten und durch den Wunsch bzw. die Absicht, eine ambulante Nachbehandlung zu absolvieren, auszeichnen. Diese Patienten sind, wie in Kap. 3.4 geschildert, zum einen stärker beeinträchtigt, zum anderen stärker für die Behandlung motiviert. Da auch über die untersuchte Stichprobe hinaus davon ausgegangen werden kann, dass Patienten, die eine ambulante Nachbehandlung anstreben, stärker motiviert und stärker beeinträchtigt sind, lassen sich die Befunde auf diese und damit die eigentliche Zielgruppe generalisieren. Auf Patienten, die eine ambulante Maßnahme nicht freiwillig anstreben, sondern diese als Bedingung für eine vorzeitige Erwerbsminderungsrente zu absolvieren hätten (wie es teilweise als Indikation für die Nachsorge diskutiert wird), erscheint eine direkte Übertragbarkeit der Befunde problematisch. Damit lässt sich die psychologische Fragestellung 4 zumindest wie folgt beantworten:

Die Ziele, die sich Patienten für eine (freiwillige) ambulante Nachbehandlung setzen, unterscheiden sich in bestimmten Bereichen von denen, die sie während der stationären Behandlung verfolgten: Während problem- und symptombezogene, Wohlbefindens- und Orientierungszielen an Bedeutung verlieren, nehmen interpersonale Ziele tendenziell eher zu. Aber auch bei den Zielen für eine ambulante Nachbehandlung dominieren weiterhin problem- und symptombezogene Veränderungswünsche deutlich.

Inwieweit die Veränderungen durch die Fortschritte in der stationären Therapie oder durch den Wechsel auf ein anderes Setting bedingt sind, kann in dieser Untersuchung nicht abschließend geklärt werden. Dass sowohl Wohlbefindensziele, die in der stationären Therapie vergleichsweise gut, als auch problem- und symptombezogene Ziele, die vergleichsweise schlecht erreicht wurden, jeweils für

eine potenzielle ambulante Nachsorge deutlich weniger gewählt werden, deutete darauf hin, dass der Grad der Zielerreichung nicht die zentrale Ursache für die beobachteten Veränderungen ist. Dagegen erscheint es auch in Anbetracht der klinischen Beobachtungen wahrscheinlich, dass Patienten in einer stationären Behandlung v.a. die Gelegenheit sehen, sich abseits von Arbeit und Alltagslasten ihren Problemen, Störungen und Symptomen, ihrem Wohlbefinden und ihrer (beruflichen) Perspektive zu widmen. In einer ambulanten Therapie scheinen sie dagegen verstärkt die Gelegenheit oder Notwendigkeit zu sehen, interpersonale (und auf die eigene Persönlichkeit bezogene) Veränderungswünsche zu bearbeiten.

5.3.5 Unterschieden sich Therapieziele darin, inwieweit ihr Erreichtwerden mit dem Therapieerfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zusammenhängt?

Mit dem Eintreffen der PV 5 bewährt sich auch die psychologische Hypothese PH 5, dass sich Therapieziele in Bezug auf den Zusammenhang zwischen dem Erreichen dieser Ziele und dem Therapieerfolg unterscheiden. Damit stehen die Ergebnisse grundsätzlich mit den Ergebnissen von Greer (1980) aus Kapitel 2.6.2.2.1 im Einklang. Die nicht-signifikanten Korrelationen zwischen den zielspezifischen Fischer-Z-Werten und den Streuungen der Maße für die Zielerreichung und den Therapieerfolg sprechen dafür, dass der Befund nicht auf Unterschiede in diesen Streuungen zurückzuführen ist. In Bezug auf die in dieser Arbeit gewählte Operationalisierung des „allgemeinen Therapieerfolges“ muss bedacht werden, dass interpersonale Veränderungen eine geringere Rolle spielen als ihnen von einigen Therapieschulen zugeschrieben werden (vgl. z.B. Schramm 1996, S. 79ff). Mit Blick auf diese Einschränkung bei der Erfassung des Therapieerfolges und unter Einbezug der explorativen Analysen lässt sich die psychologische Fragestellung 5 wie folgt beantworten:

Therapieziele unterscheiden sich darin, inwieweit das Erreichen des Therapieziels mit dem allgemeinen Therapieerfolg zusammenhängt. So zeigt sich beispielsweise bei Patienten, die traumatabezogene oder bewegungs- und aktivierungsbezogene Ziele verfolgen, ein starker Zusammenhang zwischen dem Erreichen dieser Ziele und dem allgemeinen Therapieerfolg. Bei Patienten, die primär erholungsbezogene Ziele oder auf die aktuelle Familie oder das Alleinsein bezogene Ziele verfolgen, ist dieser Zusammenhang dagegen deutlich geringer, teilweise sogar tendenziell negativ ausgeprägt. Der moderierende Einfluss des Therapieziels auf den Zusammenhang von Zielerreichung und allgemeinem Therapieerfolg zeigt sich dabei als relativ unabhängig von soziodemographischen und störungsbezogenen Eigenschaften von Patienten.

Weitgehend ungeklärt muss in dieser Untersuchung bleiben, inwieweit dieser Zusammenhang auf die Eigenschaften der Therapieziele oder auf die Eigenschaften der Patienten, die diese Ziele verfolgen, zurückgeht. Eine plausible Störhypothese aufzustellen, warum Patienteneigenschaften, die mit bestimmten Zielen assoziiert sind, dafür verantwortlich sein sollten, dass durch das Erreichen eines bestimmten Zieles auch in übergeordneten Therapieerfolgsdimensionen besondere Fortschritte gemacht werden, wohingegen dies bei einem anderen Ziel nicht der Fall ist, erscheint jedoch schwierig. Dagegen ist es in Anbetracht moderner Ätiologie- und Behandlungskonzepte (vgl. z.B. Margraf 2000) plausibel anzunehmen, dass das Erreichen bestimmter Ziele, wie die Aktivierung des Patienten, eher mit dem Therapieerfolg zusammenhängt als beispielsweise das Ziel, sich nur zu erholen, ohne dabei aktive Bewältigungskompetenzen zu erwerben. Ähnlich plausibel erscheint es, dass Ziele, die sich auf das Alleinsein beziehen, wenig mit dem allgemeinen Therapieerfolg assoziiert sind. In einer stationären Rehabilitationsmaßnahme kommt ein Patient, der an diesem Ziel arbeiten möchte, leicht in Kontakt mit anderen Patienten. Schon allein dadurch erreicht der Patient für die Zeit seines Aufenthaltes sein Ziel, nicht mehr allein zu sein. Damit ist aber nicht notwendigerweise auch ein Erwerb von Kompetenzen verbunden, wie der Patient auch in seinem realen Lebensumfeld mit seiner Einsamkeit umgehen oder neue Kontakte knüpfen kann. Der Erwerb solcher Kompetenzen kann durch die stationäre Setting sogar eher behindert werden, da der in der Patientengemeinschaft aufgehobene Patient die Probleme aus seiner realen Lebenssituation aus den Augen

verlieren und, der Therapeut nicht direkt an diesen arbeiten kann. In die letztendliche Abschätzung des Therapieerfolgs geht dann aber der Erwerb dieser Kompetenzen stärker ein als eine situationsbedingte Entlastung. Eine ähnlich ausgeprägte Transferproblematik ergibt sich auch für Probleme, die sich auf Eltern- und Partnerschaft und auf interpersonale Selbstbehauptung und Abgrenzung beziehen, alles Bereiche, die gering mit dem Therapieerfolg assoziiert sind. Diese plausiblen Zusammenhänge sprechen dafür, dass Unterschiede zwischen Therapiezielen in Bezug auf den Zusammenhang von Zielerreichung und Therapieerfolg zumindest zum Teil auf ein den Zielen mehr oder weniger eigenes Potential zur Förderung des Therapieerfolgs zurückzuführen sind.

Dass insgesamt das Erreichen interpersonaler Ziele weniger mit den Erfolgsmaßen assoziiert ist als beispielsweise das Erreichen von problem- und symptombezogenen Zielen, stellt eine Herausforderung für die interpersonalen Therapietheorien dar, die in Veränderungen in interpersonalen Bereichen die zentrale Rolle auch für die Veränderungen im Bereich des Wohlbefindens, der Symptomatik und der psychosozialen Integration sehen.

5.3.6 Welche Therapieziele werden in der stationären psychosomatischen Rehabilitation besonders gut bzw. besonders schlecht erreicht?

Mit dem Eintreffen der PV 6 bewährt sich auch die psychologische Hypothese PH 6, dass sich Therapieziele in Bezug auf das Ausmaß, in dem sie erreicht werden, unterscheiden. Damit stehen die Befunde im Widerspruch zu den Ergebnissen von Greer (1980), der keine Unterschiede in der Zielerreichung von verschiedenen Zielklassen findet. Analog zum vorhergehenden Kapitel 5.3.5 lassen sich diese Unterschiede v.a. durch die kleine Stichprobe und die damit einhergehende grobe Zielkategorisierung und geringe Teststärke erklären.

Das Ergebnis von Heuft und Kollegen (1996), wonach Patienten bei „körperbezogenen Zielen“ die Zielerreichung höher einschätzen als bei „psychoneurotischen“ Zielen, kann hier ebenfalls nicht repliziert werden. Es scheint vielmehr so, dass in der hier untersuchten Stichprobe Ziele, die sich auf körperliche Probleme beziehen, deutlich schlechter erreicht werden als Zielstellungen, die man

unter dem Begriff „psychoneurotisch“ subsumieren könnte. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass die bei der von Heuft und Kollegen untersuchten Stichprobe hinter den „körperliche Zielen“ stehenden körperlichen Probleme weniger stark ausgeprägt und weniger chronifiziert waren als in der hier untersuchten Stichprobe. Für diese Interpretation spricht, dass Heuft und Kollegen als primäre Diagnosen in den verschiedenen Settings: „Neurosen, eher Neurosen, psychosomatische Störungen, Ich-strukturelle Störungen, leichtere Ich-strukturelle Störungen, frühe Ich-strukturelle Störungen, Konfliktpathologie, Beziehungsstörungen, Essstörungen und schwere Persönlichkeitsstörungen“ nennen. Innerhalb dieses Klientels sind angestrebte Veränderungen im körperlichen Bereich wahrscheinlich leichter zu erreichen als bei der hier untersuchten Stichprobe mit dem vergleichsweise hohen Anteil chronischer Schmerzsyndrome, die häufig zusätzlich mit sozialmedizinischen Problemen verknüpft sind.

Der durch die Befunde von Ruff & Werner (1987) nahegelegte Schluss, dass die Patienten mit nicht kategorisierbaren Zielen, die Therapie deswegen eher abbrechen, weil sie ihre Ziele in dem gegebenen Rahmen für nicht erreichbar hielten, kann hier auf den ersten Blick nicht repliziert werden. Nicht klassifizierbare Probleme scheinen vielmehr in Bezug auf die Zielerreichung in etwa im Mittelfeld der betrachteten Kategorien der Grobebene zu liegen. Die Erklärung für diese Differenz dürfte sein, dass in die Restkategorie des BIT-T auch Ziele fallen, die durchaus weiter klassifizierbar sind und zumindest für eine psychosomatische Rehabilitation auch als legitime Ziele angesehen werden können. Betrachtet man die Zielerreichung in dieser Kategorie gezielter, so fällt auf, dass erholungsbezogene Ziele vergleichsweise gut, Ziele, die sich auf psychosoziale Rehabilitationsprobleme oder auf eine somatische Rehabilitation beziehen, dagegen vergleichsweise schlecht erreicht werden. Die auch auf den feineren Ebenen nicht kategorisierbaren Ziele liegen in Bezug auf die Zielerreichung eher im unteren Bereich, womit die Befunde von Ruff und Werner letztlich doch bestätigt wurden.

Vor diesem Hintergrund und unter Einbezug der explorativen Analysen lässt sich die speziell auf Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation bezogene psychologische Fragestellung 6 wie folgt beantworten:

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass verschiedene Therapieziele in einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme in unterschiedlichem Ausmaß erreicht werden. Die Unterschiede zeigen sich dabei umso stärker, je konkreter die Ziele kategorisiert werden. Besonders gut werden Ziele erreicht, die sich auf konkrete und spezifische und damit nicht weiter klassifizierbare Probleme der Patienten, auf eine Verbesserung des Körpergefühls oder auf eine Verbesserung der Selbstakzeptanz beziehen. Besonders schlecht werden dagegen Ziele erreicht, die sich auf Schlafprobleme, körperliche Schmerzen und konkrete, aber nicht kategorisierbare angstbezogene Probleme beziehen (z.B.: „Verstehen wo meine Ängste herkommen“). Bei den schmerzbezogenen Problemen ist jedoch in Anbetracht der hohen Quote von Patienten mit Gratifikationsbegehren zu vermuten, dass das tatsächlich Ausmaß der Zielerreichung eher unterschätzt wird. Die Unterschiede zwischen den Zielen in der Zielerreichung werden dabei von der Beeinträchtigungsschwere und der Therapiemotivation der Patienten moderiert.

Inwieweit die Unterschiede durch die Therapieziele oder durch spezifische Merkmale der Patienten, die diese Therapieziele verfolgen, bedingt ist, kann in dieser Arbeit nicht abschließend beantwortet werden. Dass die Unterschiede in der Zielerreichung zwar kleiner werden, aber doch in einem substantziellen Ausmaß bestehen bleiben, wenn Patienteneigenschaften, die zum einen die Zielerreichung beeinflussen und zum anderen ungleich über die Zielkategorien verteilt sind, statistisch kontrolliert werden, spricht dafür, dass die Unterschiede in der Zielerreichung zumindest zum Teil direkt auf die Therapieziele zurückgeführt werden können.

5.4 Implikationen für die Versorgungsplanung in der psychosomatischen Rehabilitation

Um das **Behandlungsangebot möglichst optimal an den Therapiezielen der Patienten auszurichten**, wäre für die Versorgungsplanung innerhalb der hier untersuchten Klinik zu fordern, dass Behandlungsstruktur und -prozesse primär für eine effektive und effiziente Behandlung von psychischen Störungen, psychopathologischen Symptomen und anderen klinisch relevanten Problemstellungen Sorge tragen. Im Einzelnen erscheinen dabei behandlerische Kompetenzen und indikative Gruppen zur Schmerz-, Angst-, Stress- und

Depressionsbewältigung, sowie zum Training von Selbstsicherheit und interpersonaler Abgrenzung, sowie allgemeiner Problemlösekompetenzen der Patienten von besonderer Relevanz zu sein, wenn man die Patienten beim Erreichen ihrer Therapieziele maximal fördern will. Dass es andererseits zum einen bei den Gesamtzielen 45% und bei den Erstzielen immerhin noch über 30% auf nicht problem- und symptombezogene Therapieziele fallen und zum anderen nur ca. 15% der Patienten ausschließlich Ziele aus diesem Bereich wählen, weist jedoch daraufhin, dass ein exklusiv problem- und symptombezogenes Therapieangebot ebenfalls keine optimale Ziel-Behandlungs-Passung gewährleisten kann. Daher ergibt sich für die Optimierung der Ziel-Behandlungs-Passung auch die Forderung, dass das Behandlungsrepertoire jedes Behandlers auch Strategien für eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, für die Förderung der Selbstentwicklung und für die Bewältigung interpersonaler Probleme beinhalten muss. Im Speziellen ist das Ausmaß des Angebotes einer konkreten zielbezogenen Interventionsmaßnahme jeweils proportional zur in Tabelle 16 wiedergegebenen Häufigkeit der betreffenden Zielstellung zu bemessen. Somit sollten Angebote, die sich auf die Bewältigung körperlicher Schmerzen beziehen, den höchsten Stellenwert erhalten, gefolgt von Angeboten, die sich auf die Bewältigung anderer konkreter körperliche Probleme, auf Entspannung und Gelassenheit, auf Ängste, auf das Selbstbewusstsein, das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl, auf Stress, auf depressives Erleben etc. beziehen. Die mit ca. 4% noch beachtenswerte Prävalenz von nicht kategorisierbaren Zielen bei den Erstzielen auf der groben Auflösungsebene, sowie der hohe Anteil von NNB-Zielen auf der konkretesten Auflösungsebene verweist darüber hinaus darauf, wie wichtig es ist, dass die Behandler im Erarbeiten wohlgestalteter Therapieziele versiert sind und dass den Patienten Hilfestellungen für das Erarbeiten von hilfreichen Therapiezielen bereit gestellt werden müssen.

Aufgrund der Ähnlichkeit der hier untersuchten Stichprobe mit der repräsentativen Stichprobe der BfA-Patienten sind diese Forderungen auch relevant für die Gesamtheit der prognostizierten Zahl von über 56.000 von der BfA pro Jahr zu finanzierenden stationären psychotherapeutischen Behandlungen von „psychischen und Verhaltensstörungen ohne Störungen durch Alkohol oder Medikamente/Drogen“ (Buschmann-Steinhage 2002, zit. nach Gerdes, Follert & Jäckel 2003), sowie aufgrund der vergleichbaren Eckdaten anderer Kostenträger (vgl. Kap. 5.2) auch auf

die Gesamtheit aller in der stationären psychosomatischen Rehabilitation behandelten Patienten. Um die motivationalen Ressourcen von Patienten nutzen zu können, wäre damit auch für das **Gesamt-Behandlungsangebot** in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zu fordern, dass zielspezifische Maßnahmen proportional zur relativen Häufigkeit des jeweiligen Ziels, wie sie Tabelle 16 entnommen werden können, zur Verfügung stehen sollten.

Für die Planung einer **psychosomatischen Nachsorge** wäre zu fordern, dass das Behandlungsangebot sich nicht allein an den Therapiezielen aus der stationären Vorbehandlung orientiert. Da Patienten in einer freiwilligen potenziellen ambulanten Nachbehandlung andere Ziele anstreben als in der vorhergehenden stationären, müssen die Ziele vielmehr zu Beginn der Nachbehandlung neu erarbeitet werden. Insgesamt kann aber davon ausgegangen werden, dass das Behandlungsangebot sich auch hier darauf einstellen muss, dass viele Patienten zu großen Teilen problem- und symptombezogene Ziele, aber auch einzelne Ziele aus den anderen Bereichen anstreben. Im Einzelnen handelt es sich v.a. um Ziele aus dem Bereich Selbstbewusstsein, -vertrauen, -wert, Ängste, depressives Erleben, Stress, Selbstbehauptung und Abgrenzung etc. (vgl. Tabelle 23 und 24). Sollen die Ziele für Patienten prognostiziert werden, die zur Teilnahme an der Nachsorgemaßnahme verpflichtet werden, so lässt sich mit aller Vorsicht in Anbetracht der Ergebnisse aus Kapitel 4.3 davon ausgehen, dass v.a. problem- und symptombezogener Ziele für die ambulante Nachbehandlung eine noch größere Rolle spielen werden.

Zur weiteren zielbezogenen Optimierung muss geklärt werden, inwieweit wichtige charakterisierende **Merkmale des aktuellen Versorgungssystems** in der psychosomatischen Rehabilitation geeignet sind, gerade das Erreichen von häufig verfolgten Zielstellungen zu fördern. Wie in Kapitel 2.4 ausgeführt, gibt es bislang jedoch wenig Forschung dazu, welche spezifischen therapeutischen Maßnahmen sich bei welchen Zielen besonders bewährt haben. Auch in Bezug auf Faktoren, die die Versorgung charakterisieren, wie Setting (stationär vs. ambulant; interdisziplinär vs. monodisziplinär; Gruppen vs. Einzeltherapie;) oder die therapeutische Grundausrichtung sind direkte Untersuchungen der differenziellen zielbezogenen Effizienz und Effektivität nicht vorhanden.

Unter Rekurs auf Plausibilitätsüberlegungen und Evaluationsstudien, die sich auf die Behandlung verschiedener Störungen und Probleme beziehen, lassen sich die

Settingfaktoren der aktuellen Versorgungslage mit Blick auf die Therapieziele der Patienten jedoch mit aller Vorsicht folgendermaßen bewerten: Das stationäre Setting mit der Möglichkeit der interdisziplinären Behandlung ist prinzipiell geeignet, der hohen Variabilität der Ziele Rechnung zu tragen. Die Kombination von psychotherapeutischen und somatisch-medizinischen Maßnahmen entspricht dabei auch dem vergleichsweise hohen Anteil von Zielen, die sich auf körperliche Beschwerden bzw. v.a. auf körperliche Schmerzen beziehen, da gerade hier von multifaktoriell bedingten Störungsbildern auszugehen ist (vgl. auch Kröner-Herwig 1999). Der hohe Anteil an Gruppentherapie scheint einerseits gerechtfertigt dadurch, dass kaum Ziele vertreten sind, bei denen man vom Inhalt her eine Kontraindikation für die Gruppenbehandlung erwarten könnte. Andererseits scheint er mit Blick auf die in der Summe hohe Prävalenz von Zielen, bei denen Gruppentherapie aufgrund der spezifischen therapeutischen (Übungs-) Möglichkeiten besonders erfolgsversprechend ist (v.a. selbstsicherer werden, soziale Ängste abbauen, interpersonale Abgrenzung lernen) als besonders indiziert.

Dass trotz der Anwendung von wissenschaftlich nachgewiesenermaßen effektiven Methoden vollständige Zielerreichungen in keinem Zielbereich zu verzeichnen sind, spricht für den Einfluss von Faktoren, die die Behandlung erschweren. Mit Blick auf die Eigenschaften der untersuchten Stichprobe kann angenommen werden, dass es sich hierbei neben den vergleichsweise häufigen Gratifikationsinteressen um Faktoren wie eine besondere Schwere und Chronizität der Symptomatik, sowie eine ausgeprägte Komorbidität handelt. Das Vorliegen dieser Faktoren spricht im Sinne der Empfehlungen der BAR (2003) für ein stationäres Behandlungssetting. Dass aber auch in diesem die Zielerreichung noch gering ausfällt, spricht für die Notwendigkeit, entweder die Behandlungsdauern zu verlängern bzw. zumindest nicht weiter zu verkürzen und/oder zur vollständigen Zielerreichung verstärkt ambulante Nachbehandlungsmöglichkeiten zu schaffen. Aufgabe der Nachsorge wäre dann die weitere Verfolgung und letztendliche Erreichung der Ziele der stationären Rehabilitation sowie die Stabilisierung der Zielerreichung (vgl. Kobelt, Grosch & Lamprecht 2002, Kobelt in Vorbereitung).

In Bezug auf die **therapeutische Grundorientierung** ist zu konstatieren, dass mit den tiefenpsychologischen Verfahren eine Grundrichtung die Versorgung in der psychosomatischen Rehabilitation dominiert, die den am häufigsten genannten Zielbereich „Probleme und Symptome“ nach wie vor eher selten als explizites

Therapieziel benennt (s. Kap. 2.4) und für die in diesem Bereich auch deutlich weniger Wirksamkeitsbelege vorliegen als für die Verhaltenstherapie als alternatives Verfahren. Experteneinschätzungen und einige empirische Befunde deuten ferner daraufhin, dass die Stärke der tiefenpsychologischen Verfahren nicht in der Reduktion einer psychopathologischen Symptomatik oder in der Verbesserung des Befindens liegt, sondern eher im insgesamt deutlich seltener von den Patienten gewählten Bereich des persönlichen Wachstum (vgl. Goldfried & Castonguay 1993, bzw. Grawe et al. 1994). Aber auch hier entfallen die meisten Ziele auf die Kategorie „Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit und Selbstwert“, von der zu vermuten ist, dass sie häufig vor dem Hintergrund einer klinisch bedeutsamen sozialen Phobie gewählt wird und damit nicht notwendigerweise ein Ziel der persönlichen Entwicklung ohne manifeste klinische Störung ist, wie es in den von Grawe und Kollegen (1994) referierten Studien der Fall ist.

Im Hinblick auf eine zielorientierte Bedarfsplanung wäre deswegen bei Beibehaltung der aktuellen nicht-differenziellen Zuweisungspraktik der Rententräger (vgl. Barghaan et al. 2003) zum einen ein genereller Ausbau verhaltenstherapeutischer Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation zu fordern. Eine weitere Optimierungsmöglichkeit bestünde im Aufbau bzw. Ausbau einer differenziellen Indikation. Die in Kapitel 4.3 identifizierten Eigenschaften von Patienten könnten dabei genutzt werden, um potenzielle Therapieziele der zu versorgenden Patienten abzuleiten. Wenn es sich dabei eher um problem- und symptombezogene Ziele bzw. um Ziele handelt, bei denen verhaltenstherapeutische Verfahren eine stärkere empirische Evidenz zugeschrieben wird, sollten die Patienten auch verhaltenstherapeutischen Einrichtungen zugewiesen werden. Um mittelfristig auch für psychodynamische Kliniken einen Anreiz zu schaffen, zielspezifisch zu arbeiten, müsste darüber hinaus der *Katalog therapeutischer Leistungen* (BfA 2003), der festlegt, welche Leistungen der Kliniken von den Rentenversicherern bezahlt werden, so geändert werden, dass auch für diese Verfahren differenzielle, d.h. störungs- oder besser zielspezifische Vorgehensweisen bezahlt werden.

Bezieht man mit ein, dass sich die Dominanz problem- und symptombezogener Ziele auch zeigte, wenn man Patienten nach den Zielen für eine ambulante Nachbehandlung fragt, so muss für die Versorgung der ca. 38.000 Patienten, denen aus der stationären Rehabilitation heraus eine ambulante Nachbehandlung

empfohlen wird (vgl. Harfst et al. 2002), kritisch gesehen werden, dass auch in der ambulanten Versorgung nach wie vor ein Übergewicht tiefenpsychologischer Angebote zu verzeichnen ist. So stehen laut Gesundheitsbericht des Bundes von diesem Jahr (Harfst et al. 2003) bei den ambulant ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen 9385 tiefenpsychologisch fundiert oder analytisch orientierten Behandlern lediglich 6284 verhaltenstherapeutisch orientierte gegenüber. Und obwohl Verhaltenstherapeuten mehr Patienten behandeln, da hier die Behandlungsdauern deutlich kürzer sind (vgl. Löcherbach, Henrich, Kemmer, Kinstler, Knopp-Vater, Riekmann et al. 1999), ergibt sich insgesamt ein größeres Angebot an tiefenpsychologischen Behandlungen. Schränkt man bei dieser Versorgungslage im Sinne einer zielbezogenen differenziellen Indikation die Empfehlung bei den ca. 50% der Patienten, die ein problem- oder symptombezogenes Erstziel haben, auf eine verhaltenstherapeutische Behandlung ein, so wird sich die bislang übliche Wartezeit von fast fünf Monaten (Zepf, Mengele & Marx 2003) noch deutlich verlängern, was weiteren Chronifizierungsprozessen Vorschub leisten kann.

5.5 Implikationen für die Therapieplanung und die therapeutische Praxis

Aus den Antworten auf die **Fragestellungen 1 und 4** lässt sich für die praktisch arbeitenden Therapeuten in Abhängigkeit von ihrem Tätigkeitsbereich (stationär psychosomatische Rehabilitation vs. ambulante Nachbehandlung) ableiten, mit welchen Veränderungswünschen von Patienten sie rechnen müssen. Je häufiger eine bestimmte Veränderungsabsicht vorkommt desto wichtiger ist es, dass der Therapeut in der Lage ist, Behandlungskonzepte einzusetzen, die sich beim Erreichen dieses Zieles bewährt haben. In diesem Sinne sollten sich zum Beispiel alle in der stationären psychosomatischen Rehabilitation arbeitenden Therapeuten hohe behandlerische Kompetenzen für die Vermittlung eines angemessenen Umgangs mit körperlichen Schmerzen aneignen. Für Therapeuten, die primär in der ambulanten Nachsorge tätig sind, wäre dagegen ein fundiertes theoretisches und praktisches Behandlungswissen für die Stärkung des Selbstwertes, Selbstbewusstseins und/oder Selbstvertrauens von Patienten von größerer Wichtigkeit.

Die Antworten auf **Fragestellung 2** implizieren zum einen, dass bei bestimmten Diagnosen mit bestimmten Therapiezielen zu rechnen ist. Damit können sich Therapeuten mit der Vorinformation über die Diagnose eines Patienten auf die zu erwartenden Therapieziele einstellen. Ferner können störungsbezogene Manuale vom Vorliegen bestimmter Therapieziele ausgehen und Behandlungsstrategien vorschlagen, die sich auf die zu erwartenden Ziele beziehen. Zum anderen zeigt sich aber auch, dass die Therapieziele durch die Diagnose nicht vollständig festgelegt sind. Das bedeutet jedoch, dass die *indicatio symptomatica* immer um eine *indicatio finalis* zumindest ergänzt werden muss. Damit muss sich der einzelne Therapeut immer die Zeit nehmen, die Therapieziele sorgsam mit jedem Patienten neu zu erarbeiten und störungsspezifische Manuale sollten stets Raum lassen für mögliche Zielvariationen.

Dass das Ausmaß der Heterogenität der Therapieziele sich zwischen verschiedenen Störungsgruppen unterscheidet, muss ebenfalls bei der Entwicklung standardisierter Programme und störungsspezifischer Therapiemanuale berücksichtigt werden. So sollten standardisierte Programme zur Therapie von chronischen Schmerzpatienten stark auf das Ziel der Schmerzbewältigung oder Schmerzlinderung fokussieren, bzw. für die Arbeit an einem anderen Ziel Methoden zur Motivierung des Patienten für dieses Ziel zur Verfügung stellen. Bei Angstpatienten sollte dagegen mehr Raum für andere Zielstellungen, die sich z.B. auf interpersonale oder körperbezogene Bereiche richten, zur Verfügung stehen. Im Bereich der depressiven Störungen wiederum muss der nochmals deutlich höheren Varianz der intendierten Veränderungsrichtungen durch explizit zieloffenere Behandlungen Rechnung getragen werden. Dies kann zum einen über die Fokussierung auf inhaltlich individuell auszugestaltende Konzepte wie: „zu lösende Probleme“ (Nezu, Nezu & Perri 1989), „unüberbrückbar erscheinende Ist-Soll-Differenzen“ (Hyland 1987) oder „Reduktion von Inkongruenz“ (Grawe 1998; Grosse Holtforth & Grawe in Druck) geschehen.

Störungsübergreifend ist zu fordern, dass die Programme Angaben darüber machen, ob bei der jeweiligen Störungsgruppe mit dem Vorhandensein typischer Patientenziele zu rechnen ist, um welche es sich dabei handelt, und mit welchen Maßnahmen diese Ziele bei dieser Störungsgruppe am ehesten erreicht werden können. In dem Maße, in dem sich die Zielerreichungsmaßnahmen nicht zwischen verschiedenen Störungsgruppen unterscheiden, kann ein störungsspezifisches

Manual an dieser Stelle auf standardisierte Programme verweisen, die speziell zu dem Zweck geschrieben wurden, ein bestimmtes Therapieziel zu erreichen. Im Gegensatz zu den psychischen Störungen stehen jedoch für eine Reihe von Therapiezielen, die beispielsweise depressive Patienten vergleichsweise häufig verfolgen und die sich zum Beispiel auf das Selbstbewusstsein, Probleme in Arbeit und Ausbildung oder Trauer und Verlust, bislang kaum standardisierte und sorgfältig empirisch evaluierte Manuale zur Verfügung (zur Trauer s. jedoch Znoi in Vorbereitung).

Im Rahmen der Diskussion über individualisierte vs. standardisierte Therapieplanung (vgl. z.B. Casper & Grawe 1996) sind die Ergebnisse darüber hinaus bei der Interpretation von Befunden zu berücksichtigen, denen zu Folge eine standardisiertes therapeutisches Vorgehen einem individualisierten überlegen war. Die diesbezüglichen Studien von Schulte, Künzel, Pepping & Schulte-Bahrenberg (1991,1992) und Emmelkamp, Bouman & Blaauw (1994) untersuchten Patienten mit eng umschriebenen Angst- bzw. Zwangstörungen, ohne nennenswerte Belastungen durch Komorbiditäten, bei denen auch von relativ homogenen Zielstellungen ausgegangen werden kann. Bei solchen Patienten kann ein standardisiertes störungsbezogenes Vorgehen sehr gut mit den Anliegen der Patienten zusammen passen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein stark inhaltlich festgeschriebenes Vorgehen auch bei primär depressiven Patienten effektiver ist als ein individualisiertes Vorgehen, da letzteres eher kompatibel mit der stärkeren Heterogenität der Therapieziele dieser Patienten sein könnte.

Aus der Antwort auf **Fragestellung 3** ergibt sich zum einen die Möglichkeit, aufgrund evtl. vorhandener Vorinformation über Alter, Gratifikationsbegehren, etc. auf das mögliche Therapieziel eines Patienten zu schließen. Weitaus bedeutsamer dürfte für die therapeutische Praxis jedoch die Information sein, dass mit bestimmten Zielen eine deutliche Beeinträchtigung der Motivation des Patienten einhergeht. Dies ist beispielsweise bei Zielen, die sich auf körperliche Beschwerden bzw. auf körperliche Schmerzen beziehen, der Fall. Dies steht mit Befunden im Einklang, denen zu Folge Patienten mit somatoformen Störungen ihre Beschwerden häufig auf somatische Ursachen zurückführen und sich folglich eine Besserung nur von somatischen Behandlungsmaßnahmen versprechen und für psychotherapeutische Maßnahmen wenig motiviert sind (s. z.B. Nübling 1992). Somit sollten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation arbeitende Therapeuten v.a. bei Patienten, die

Ziele verfolgen, die sich auf körperliche oder psychosoziale Probleme beziehen, die Therapiemotivation sorgfältig prüfen und ggf. Maßnahmen ergreifen, um diese zu stärken. Sollte sich eine Stärkung der Motivation als nicht möglich erweisen, so wäre zu prüfen, ob nicht eine vorzeitige Beendigung der Behandlung erwogen werden muss. Wichtige Implikationen für die Praxis hat auch der Befund, dass Patienten mit Orientierungszielen zwar häufig Gratifikationsbegehren verfolgen, aber (trotzdem) hoch behandlungsmotiviert sind. Dies spricht dafür, dass Patienten trotz eines Gratifikationsbegehrens für die Behandlung motiviert werden können, wenn es gelingt, sie die Gestaltung ihrer (beruflichen) Zukunft wieder als eine offene Frage erleben zu lassen, für die auch andere Lösungen in der Therapie erarbeitet werden können als (beispielsweise) das Erlangen einer vorzeitigen Beendigung.

Die Befunde zur **Fragestellung 5** liefern eine empirische Grundlage für eine Prognose der potenziellen Erfolgsförderlichkeit von in Frage kommenden Therapiezielen. Diese kann der Therapeut nutzen, um im Prozess der Zielerarbeitung die Qualität möglicher Therapieziele im Hinblick auf mögliche Fortschritte bei den drei hier untersuchten Erfolgsdimensionen zu bewerten. Schlägt ein Patient beispielsweise das Ziel vor, sich in der Reha-Maßnahme „zu erholen“ in dem Glauben, dass sich seine „Angstsymptomatik schon wieder legen würde“, wenn er sich „nur ausgiebigst erholt“ habe, so könnte der Therapeut den Ergebnissen dieser Studie entnehmen, dass dieses Ziel nicht mit dem aus Remoralisierung, Remediation und Rehabilitation bestehenden Therapieerfolg zusammenhängt. Er müsste dann besonders kritisch prüfen, welche relevanten Veränderungen bei diesem Patienten durch eine ausgiebige Erholung erreicht werden können. Kommt er zu dem Schluss, dass auch im Einzelfall von einer geringen Therapieerfolgsförderlichkeit ausgegangen werden kann, kann er die Befunde dieser Arbeit (vgl. Tabelle 15) auch nutzen, um seine Skepsis diesem Ziel gegenüber transparent zu machen. So könnte er darauf verweisen, dass „es zwar von Fall zu Fall verschieden ist, die Erholung aber insgesamt wenig mit Veränderungen von Optimismus, Symptomatik und Rehabilitation zu tun hat“. So könnte der Patient dann `geleitet entdecken`, dass ein anderes Therapieziel für ihn insgesamt hilfreicher wäre. Wenn der Patient dennoch an Erholung als Ziel festhält, kann der Therapeut thematisieren, was im Umgang mit diesem Ziel zu beachten ist, damit es auch zu grundlegenden Veränderungen z.B. in Bezug auf die Symptomatik kommt, oder er könnte sich auf die Arbeit an diesem Ziel für eine festgelegte Zeitspanne einlassen und vorschlagen empirisch zu prüfen, ob

mit zunehmender Erholung auch eine Veränderung der Symptomatik einhergeht. Er kann im Rahmen der Zielfestlegung dann schon festhalten, dass das Ziel nach einer gewissen Zeit noch einmal neu auf seinen Nutzen hin überprüft wird.

Die Antworten auf **Fragestellung 6** können eine wichtige Hilfestellung beim Erstellen einer validen Prognose für die Zielerreichung eines potenziellen Therapieziels darstellen. Die in Tabelle 17 wiedergegebenen zielspezifischen durchschnittlichen Zielerreichungen über alle Patienten können dabei als erster genereller Referenzpunkt für die auf ein bestimmtes konkretes Ziel bezogene Prognose fungieren. Die Vorhersagekraft der Prognose der Zielerreichung kann für den individuellen Fall dadurch weiter präzisiert werden, dass die Patientengruppe als Referenz herangezogen wird, die ähnliche Grade an Beeinträchtigungsschwere und Therapiemotivation aufweist. Bei einer ungünstigen Prognose für die Zielerreichung stellt sich die Frage, ob es Therapieziele mit besseren Prognosen gibt, für die der Patient ebenfalls motiviert ist. Ist dies nicht der Fall, ist zu prüfen, ob Möglichkeiten vorhanden sind, die Determinanten der Zielerreichung positiv zu beeinflussen, bzw. ob andernfalls die Therapie vorzeitig beendet werden, bzw. gar nicht erst begonnen werden sollte. Finden sich für den Patienten wichtig erscheinende Therapieziele mit einer zumindest ausreichend guten Prognose, so sollte der Therapeut versuchen, den Patienten für eines dieser Ziele zu motivieren. Analog zum Vorgehen bei Zieländerungen, die durch eine mangelnde Erfolgsförderlichkeit indiziert sind, kann der Therapeut auch bei einer zweifelhaften Prognose der Zielerreichung seine Überlegungen transparent machen und dem Patienten die Daten aus Tabelle 17, die Grundlage seiner Skepsis sind, vorlegen. Er kann darauf hinweisen, dass das vorgeschlagene Ziel „im Schnitt über alle Patienten, die hier bislang daran gearbeitet haben, im Vergleich zu allen anderen Zielen relativ schlecht erreicht wurde.“ Der Therapeut könnte dann ggf. dazu motivieren, erst einmal mit einem ebenfalls wichtigen, aber leichter zu erreichenden Ziel anzufangen. Über den damit wahrscheinlicheren Anfangserfolg können Selbsteffizienz des Patienten und dessen Vertrauen in die therapeutische Beziehung gestärkt werden, so dass dann anschließend mit höherer Erfolgswahrscheinlichkeit die schwerer zu erreichenden Ziele bearbeitet werden können. Selbst wenn aus dem kritischen Zieldialog aufgrund unerschütterlicher Präferenzen des Patienten kein Zielwechsel resultiert, so kann dieser Dialog zumindest die Funktion übernehmen, sowohl den Patienten als auch den Therapeuten darauf vorzubereiten, dass es besonders schwierig sein wird,

dieses Ziel zu erreichen. Mit den die Schwierigkeit des Zieles beweisenden Daten in der Hand kann der Therapeut dann zum einen in besonders überzeugender Weise darauf dringen, dass die Ziele in konkrete, gut operationalisierte Teilziele unterteilt und die zielführenden Methoden ganz besonders sorgfältig geplant werden müssen. Zum anderen kann er sich und den Patienten vor frühzeitigen Enttäuschungen und Motivationsproblemen schützen, bzw. leichter mit im Therapieprozess auftauchenden Problemen dieser Art umgehen, wenn vorher explizit gemacht wurde, dass die Arbeit hart und das Vorankommen schwierig sein wird.

5.6 Forschungsausblick

Zukünftige Studien sollten zum einen helfen, die Validität der in dieser Arbeit gewonnenen Antworten auf die eingangs aufgeworfenen Fragestellungen weiter zu erhöhen. Hierzu wäre es zum einen wichtig, die Behandlungsanliegen von Patienten zu erfassen, bevor diese durch den Kontakt mit dem therapeutischen Setting beeinflusst werden können. Zusätzlich sollten die Behandlungsanliegen erfasst werden, nachdem die Patienten über das Behandlungsangebot informiert wurden, ohne dass aber mit dem Behandler in einem Dialog gemeinsame Therapieziele erarbeitet wurden. Letztlich wären die Ziele der Patienten dann zu erheben, wenn sie in der Therapie selbst das konkrete therapeutische Vorgehen erlebt haben und sich damit ein eigenes Bild darüber machen konnten, für welche Ziele das therapeutische Angebot geeignet ist. Diese **wiederholte Erfassung der Therapieziele** sollte dabei **auch in nicht verhaltenstherapeutisch orientierten Kliniken** erfolgen. Auf diesem Weg könnte empirisch abgeschätzt werden, inwieweit die hier erhobenen Therapieziele zum einen durch die von den Patienten subjektiv wahrgenommenen Möglichkeiten und zum anderen durch die ggf. für eine bestimmte therapeutische Orientierung typischen Interventionen der Behandler beeinflusst werden. In Bezug auf die Kategorisierung erscheint der Einsatz einer **Modifikation des BIT-T** hilfreich, welche direkt auf das spezielle Setting einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik ausgerichtet ist. Hierbei wäre zu empfehlen, auf der Ebene der größten Abstraktion eine eigene Kategorie für Rehabilitationsziele im engeren Sinne einzurichten. Dieser wären neben den inhaltlichen Kategorien der Restkategorie des aktuellen BIT-T auch Ziele zuzuordnen, die sich auf Probleme bei der Arbeit, bzw. auch auf eine defizitäre interpersonale Abgrenzung auf der Arbeit beziehen. Mit einer solchen Kategorie

sollten v.a. Prävalenz und Erreichbarkeit von rehabilitationsspezifischen Zielen weiter untersucht und mit anderen Zielkategorien verglichen werden. Bei der weiteren Analyse auf diesem Wege erhobener und kategorisierter Zielvorstellungen sollten zunächst **Erklärungen und Kausalmodelle** für die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie entwickelt werden, auf deren Grundlage dann wiederum **gerichtete Hypothesen formuliert und getestet** werden können. Dieses Vorgehen erscheint v.a. in Bezug auf die Fragestellungen 5 und 6 relevant, wenn valide Aussagen zu einzelnen Zielen gemacht werden sollen, da dort teilweise relativ kleine Gruppen von Patienten mit verschiedenen Zielen untersucht wurden.

In Bezug auf die mittelfristige weitere Forschung im Bereich Therapieziele wäre zum einen die grundsätzliche Frage danach, **was die Behandlungsziele von Patienten und Therapeuten determiniert**, empirisch zu beantworten. Hier sollte v.a. der Zusammenhang von Lebenszielen bzw. motivationalen Schemata (sensu Grawe et al. 1994, S. 749ff) und Therapiezielen untersucht werden, da diese bei den Patienten bestimmen, welche *Tatsachen* (sensu Kanfer et al. 1996) zu belastenden *Problemen* (sensu Kanfer et al. ebd.) werden, die dann wieder Ausgangspunkt für das Erwägen von Veränderungen sind (vgl. Grawe 1998). Darüber hinaus gibt es auch Hinweise darauf, dass die grundlegenden Motive des Therapeuten bestimmen, welche Ziele dieser mit dem Patienten in der Therapie zu erreichen sucht (Meyer 1998). Auf der Basis eines grundsätzlichen Verstehens, wie Therapieziele zustande kommen, können dann Methoden entwickelt werden, die Patienten davor bewahren, unnötig lange Ziele zu verfolgen, die schwer erreicht werden können, bzw. deren Erreichen nicht mit übergeordneten Erfolgsmaßen zusammenhängt. Diese Methoden sollten zu standardisierten Behandlungsmodulen zusammengefasst werden, mit denen man Patienten zu Beginn der Behandlung eine **Hilfestellung beim Erarbeiten möglichst hilfreicher Therapieziele** gibt. Zukünftige Studien müssten dann empirisch klären, ob solche Programme sich positiv auf die Zielauswahl, -formulierung, -verfolgung und -erreichung auswirken.

Ein weiteres wichtiges Gebiet für die zukünftige Forschung im Bereich Therapieziele ist in der Aufgabe zu sehen, für jedes häufiger verfolgte **Therapieziel spezifische standardisierte Behandlungsprogramme** zu entwickeln und auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Solche Programme werden sich zu großen Teilen mit den zur Zeit dominierenden störungsspezifischen Manualen überschneiden, dennoch ließen sich in dieser Studie konkrete Zielstellungen ermitteln, für die - von entsprechenden

Selbsthilfebüchern abgesehen - noch kein ausreichend empirisch evaluiertes Behandlungsmanual vorliegt. In diesem Sinne ließen sich beispielsweise Selbstvertrauens- und Selbstwerttrainings nennen, deren Relevanz auch bei Patienten, bei denen kein vollständiges Depressionsbewältigungs- oder Selbstsicherheitstraining indiziert ist, überprüft werden sollte. Ähnliches gilt für Programme, die Patienten in dem Erarbeiten von Zukunftsperspektiven, der Bewältigung von Problemen auf der Arbeit oder im Verwirklichen eigener Pläne und Wünsche schulen.

Die Evaluation solcher Programm würde auch helfen, die für die zukünftige Therapiezielforschung zentrale Frage zu klären, **mit welchen Maßnahmen welche Therapieziele möglichst gut erreicht werden können**. In diesem Zusammenhang sollten dabei v.a. für die Ziele Interventionsprogramme entwickelt und evaluiert werden, die sich in der vorliegenden Arbeit als besonders häufig und besonders relevant für den Therapieerfolg erwiesen haben, die aber gleichzeitig nur in einem vergleichsweise geringen Ausmaß erreicht wurden. So wäre beispielsweise zu fordern, dass speziell für Ziele, die sich auf körperliche Schmerzen beziehen, untersucht wird, warum diese im Rahmen einer stationären psychosomatischen Rehabilitation relativ schlecht erreicht werden. Auf der Grundlage dieser Analysen müssen dann vorhandene Interventionsmethoden optimiert, durch neue ergänzt bzw. durch neue abgelöst werden etc. Die negative Korrelation von Zielerreichung und Häufigkeit des betreffenden Ziels belegt eindrücklich die Relevanz solcher Bemühungen. Neben den konkreten zielbezogenen Interventionsmaßnahmen sollte dabei aufgrund der Relevanz für die Versorgungsstruktur auch untersucht werden, inwieweit sich verhaltenstherapeutische von tiefenpsychologisch orientierten Behandlungen bzw. unterschiedliche Settings darin unterscheiden, bei welchen Zielen sie die Zielerreichung am stärksten fördern.

Nur mit empirisch belegten Antworten auf diese zentralen Fragen lassen sich die Voraussetzungen schaffen für eine weitere Verbesserung der Validität einer zielbezogenen Indikationsstellung und Behandlung, und damit für einen weiteren Schritt in Richtung einer maximale Nutzung der in den Therapiezielen der Patienten liegenden motivationalen Ressourcen.

6 Literatur

- Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J. & Willutzki, U. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 109-120.
- Ambühl, H. & Strauss, B. (1999). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.
- Anderson, J. R. (1985). *Cognitive Psychology and its applications (2nd ed.)*. New York: Freeman.
- Arendt, B. & Ludwig, G. (1980). Zur Problematik von Therapiezielen. In H. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Vol. 2, 41-54). Tübingen, Köln: DGVT/GwG.
- Arnou, B. & Castonguay, L. (1996). Treatment goals and strategies of cognitive-behavioral and psychodynamic therapists: A naturalistic investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6, 333-347.
- Austin, J. T. & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338-375.
- Balint, M. (1949). Wandlungen der therapeutischen Ziele und Techniken der Psychoanalyse. In M. Balint (Hrsg.), *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett.
- Barbrack, C. R. & Maher, C. A. (1984). Effects of involving conduct problem adolescents in the setting of counseling goals. *Child and Family Behavior Therapy*, 66, 33-43.
- Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2003). *Gesundheitsbericht des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung*. Hamburg: AGPV.
- Barth, M., Koch, U., Hoffmann-Markwald, A., Wittmann, W. W. & Potreck-Rose, F. (1989). *Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten*. DRV, 8-9, 514-530.
- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikation in der zielorientierten Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikationen zur Psychotherapie* (158-168). München: Urban & Schwarzenberg.
- Beneke, M. & Rasmus, W. (1992). "Clinical Global Impression" (EDCEU) - Some critical comments. *Pharmacopsychiatry*, 25, 172-176.
- Bengel, J. & Jäckel, W. H. (2002). Zu Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Belastungen in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 41, 355-356.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (1993). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen - ein lösungsorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Beutler, L. & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- BfA (1991). *Einheitlicher Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung*. Berlin: Dezentat 8012.

- BfA (2003). *Die Rehabilitation* (on-line). Verfügbar unter: <http://www.BfA.de> (20.6.2003).
- Böker, P. & Breuer, F. (1980). Zur Struktur und Variation therapeutischer Zielsetzungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 9, 245-265.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G. A. & Boeneke, R. (1990). *Verteilungsfreie Verfahren in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bradley, J.V. (1984). The complexity of nonrobustness effects. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22, 250-253.
- Bredenkamp, J. (1980). *Theorie und Planung Psychologischer Experimente*. Darmstadt: Steinkopf.
- Brewer, B. W., van Raalte, J. L., Cornelius, A. E., Petipas, A. J., Sklar, J. H., Pohlman, M. H., Krushel, R.J. & Ditmar, T.D. (2000). Psychological factors, rehabilitation adherence and rehabilitation outcome after anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation Literature*, 45, 20-37.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2003a). Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. Eine vergleichende Untersuchung aus der Praxis der niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53, 163-170.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2003b). Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 184-194.
- Broda, M. & Senf, W. (1996). Praktische Hinweise für den psychotherapeutischen Alltag. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. (256-266). Stuttgart: Thieme.
- Brunstein, J. C. (1995). *Motivation nach Misserfolg: Die Bedeutung von Commitment und Motivation*. Göttingen: Hogrefe.
- Brunstein, J. C., & Maier, G. W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 146-160.
- Buddhe, H. G., Hamerle, A. & Keck, M. (1989). Zusammenhänge zwischen Variablen der stationären Phase der kardiologischen Rehabilitation und dem aktiven Nachsorgeverhalten. *Deutsche Rentenversicherung*, 8-9, 568-582.
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R. & Strauss, B. (2004). Small-Group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and Behavior Change* (S. 247-296). New York: Wiley.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2003). *Zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen* (on-line). Verfügbar unter: <http://www.bvvp.de/news03/Konz.z.ambul.Rehabilitation.PDF> (27.9.2003)
- Bundesvereinigung der Krankenkassen (1999). *Frequenzstatistiken zu abgerechneten Leistungen 1999*. Köln: KBV.

- Buschmann-Steinhage, R. (2002, Juni). Evidenz-basierte Rehabilitation als Basis für Planung. Referat bei der 10. Jahrestagung der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (GRVS), Mölln.
- Cady, M. E., Winters, K. C., Jordan, D. E., Solberg, K. B. & Stinchfield, R. D. (1996). Motivation to change as a predictor of treatment outcome for adolescent substance abusers. *Journal of Child and Adolescents Substance Abuse*, 5, 73-91.
- Calsyn, R. J. & Davidson, W. S. (1978). Do we really want a program evaluation strategy based solely on individualized goals? A critique of goal attainment scaling. In T. D. Cook (Ed.), *Evaluation Studies Review Annual* (700-713). Beverly Hills: Sage.
- Caspar, F. (1995). *Plan Analysis. Towards optimizing psychotherapy*. Seattle: Hogrefe.
- Caspar, F. (1999). Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In H. Ambühl & B. Strauss (Hrsg.), *Therapieziele* (55-75). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (in Druck). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeuten-Patienten-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie; Band 2: Verhaltenstherapie (Vertiefungsband)*. München: CIP Medien.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1996). Was spricht für, was gegen eine individuelle Fallkonzeption? In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (65-87). Tübingen: DGVT.
- Caspar, F., Grossmann, C. & Unmüssig, C. (submitted). Complementary Therapeutic Relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- CIPS (Hrsg.). (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie. 4. überarb. u. erw. Aufl.* (147-149). Göttingen: Beltz.
- Cochran, W. (1954). Some Methods for strengthening the common Chi-square-Test. *Biometrics*, 10, 417-451.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd edition)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Dahlke, F., Lohaus, A. & Gutzman, H. (1992). Reliability and clinical concepts underlying global judgments in dementia: Implications for clinical research. *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 425-432.

- Degwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, R. (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. (Deutsche Ausgabe der internat. Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD, 9. Revision Kapitel V). Berlin: Springer.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a measure of primary symptoms. In P. Pichot & R. Oliver-Martin (Eds.), *Psychological measurement in psychopharmacology*. Paris: Karger, 79-110.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Dimsdale, J. E. (1975). Goals of therapy psychiatric units. *Social Psychiatry*, 10, 1-7.
- Dimsdale, J. E., Klerman, G. & Shershow, J. C. (1979). Conflict in treatment goals between patients and staff. *Social Psychiatry*, 14, 1-4.
- Dirmaier, J., Koch, U., Kawski, S. & Schulz, H. (2002). Therapieziele als Qualitätsmanagement-Instrumentarium in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 1, 25-30.
- Dormaar, M., Dukman, C. I. M. & De Vries, M. W. (1989). Consensus in patient-therapist interactions: A measure of the therapeutic relationship related to outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 69-76.
- Dreesen, J. (2003). *Veränderung und Neusetzung von Therapiezielen im Therapieprozess*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Georg-August-Universität, Göttingen.
- Driessen, M., Sommer, B., Röstel, C., Malchow, C. P., Rumpf, H. J. & Adam, B. (2001). Therapieziele in der Psychologischen Medizin - Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51(6), 239-245.
- Dupuy, H. J. (1974, April). Utility of the National Center for Health Statistics General Well-being Schedule. Paper presented at the National Conference on the Evaluation of Drug, Alcohol and Mental Health Programs., Washington, D.C.
- Edwards, D. W. (1974). Davis Outcome Assessment System. Version 2. *Unpublished manuscript; available from Dr. Daniel Edwards, Sacramento Medical Center, 4430 V Street, Sacramento, California 95817*.
- Edwards, D. W., Yarvis, R. M. & Müller, D. P. (1979). Evidence for efficacy of partial hospitalisation: data from two studies. *Hospital and Communitary Psychiatry*, 30, 101-102.
- Eisenthal, S., Koopman, C. & Lazare, A. (1983). Process analysis of two dimensions of the negotiated approach in relation to satisfaction in the initial interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 49-54.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. & Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patientes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 95-100.

- Evans, H. M. (1984). Increasing patient involvement with therapy goals. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 728-733.
- Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut, 43*, 8-17.
- Faller, H. (2000). Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50*, 292-300.
- Faller, H. & Gossler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 48*, 176-186.
- Fielder, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 18*, 7-39.
- Fiedler, P. (1999). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- Finke, J., Teusch, L. & Gastpar, M. (1995). Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik - eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. *Psychiatrische Praxis, 22*(3), 112-116.
- Fischer, W. (1997). *Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Prinzipien und Beispiele*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Fisher, D., Beutler, L. E. & Williams, O. B. (1999). Making assessment relevant to treatment planning: The STS clinician rating form. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 825-842.
- Frettlöh, J. & Kröner-Herwig, B. (1999). Einzel- und Gruppentherapie in der Behandlung von chronischen Schmerzen - Gibt es Effektivitätsunterschiede? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28*, 256-266.
- Freud, S. (1916/17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. & Breuer, J. (1885). *Studien über Hysterie*. Frankfurt: Fischer.
- Froyed, J. & Lambert, M. (1989, Mai). A survey of outcome measures in psychotherapy research. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Reno, NV.
- Garfield, S. E. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Garwick, G. (1974). *An introduction to reliability and the Goal Attainment Scaling Methodology. Program evaluation project report 3*. Minneapolis (Minnesota): National Mental Health.
- Gehrig, L. (1977). Psychologische Aspekte der Psychotherapie. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Zürich.

- Gerdes, N., Follert, P. & Jäckel, W. H. (1993). "Stellschrauben" des Zugangs zur Rehabilitation - Lösungsmöglichkeiten für das prognostizierte Budgetproblem der Rentenversicherung. *DRV-Schriften*, 12, 109-111.
- Gerdes, N., Jäckel, W., Zwingmann, C. & Zwingmann, E. (1997). *Operationalisierung von Therapiezielen für die Überprüfung der Zielerreichung in der Rehabilitation*. Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung.
- Glaser, W. R. (1978). *Varianzanalyse: 95 Tabellen*. Stuttgart: Fischer.
- Glass, G. V. & Hopkins, K. D. (1984). *Statistical methods in education and psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Goldfried, M. R. & Castonguay, L. G. (1993). Behavior Therapy: Redefining strengths and limitations. *Behavior Therapy*, 24, 505-526.
- Goldstein, J. M., Cohen, P., Lewis, S. A. & Struening, E. L. (1988). Community treatment environments. Patient vs. staff evaluations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 227-233.
- Göllner, R. (1975). *Was sagen katamnestiche Studien über die Effektivität stationärer psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus?* Bundestagsdrucksache 7/4201 (Anhang zum "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland"). [zitiert nach Göllner, 1983, S. 94]
- Göllner, R. (1983). Kategorien psychotherapeutischer Zielsetzungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 33, 94-100.
- Grawe, K. (1978). Indikation in der Psychotherapie. In L. Pongratz (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie* (Vol. 8, Klinische Psychologie, 2696-2724). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (Hrsg.). (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (215-244). München: Röttger-Verlag.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999, September). *Wie kann Verhaltenstherapie noch wirksamer werden?* Vortrag auf dem 29. Kongress der European Association of Cognitive Behavioral Therapies (EABCT), Dresden.
- Grawe, K. & Braun, U. (1984). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 130-145.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23(4), 242-267.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 292-376.
- Grawe, K., Donati, R. und Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession*. Berlin: Springer.
- Greer, F. L. (1980). Content of treatment goals and outcome of brief therapy. *Psychological Reports*, 47, 580-582.

- Greve, W. (1993). Ziele therapeutischer Intervention: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12, 347-373.
- Grosse Holtforth, M. (1999). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). Konstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung eines Instrumentes zur Erfassung Motivationaler Ziele in Forschung und Praxis*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- 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*, 33, 241-258.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals (BIT), Part 1: Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes (BIT-T). *Psychotherapy Research*, 12, 79-99.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (in Druck). Der Inkongruenzfragebogen (INK) - Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.
- Grosse Holtforth, M., Reubi, I., Ruckstuhl, L., Berking, M. & Grawe, K. (in press). The value of treatment goals in the outcome evaluation of psychiatric inpatients. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Michalak, J., Kosfelder, J., Schulte, D. & Grawe, K. (submitted). Are treatment goals more than reformulated diagnoses? – An empirical analysis of treatment goal themes in CBT.
- Grygelko, M., Garwick, G. & Lampman, S. (1976). Findings of Content Analysis. Patterns of Use and Reliability. In J. Brintnall & G. Garwick (Eds.), *Applications of GAS* (83-86). Minneapolis: PERC.
- Hager, W. (1987). Grundlagen einer Versuchsplanung zur Prüfung empirischer Hypothesen in der Psychologie. In G. Lüer (Hrsg.), *Allgemeine Experimentelle Psychologie* (43-253). Stuttgart: UTB.
- Harfst, T. (2003). Persönliche Kommunikation.
- Harfst, T., Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2003). Nachsorgeempfehlungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *VDR-Schriften*, 12, 464-466.
- Hart, R. R. (1978). Therapeutic effectiveness of setting and monitoring goals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1242-1245.
- Heuft, G. (1998). Psy-Ba-Do. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 48-52.
- Heuft, G. (2003). Persönliche Kommunikation.
- Heuft, G. & Senf, W. (1997). *Therapieziele - Ergebnisdokumentation psychotherapeutischer Behandlung: Kategoriensystem KITZ, Version 6/1997*. Essen: Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Essen.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: das Manual zur Psy-Ba-Do*. Stuttgart: Thieme.

- Heuft, G., Senf, W., Wagener, R., Pintelon, C. & Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 44, 196-199.
- Heuft, G., Stricker, S., Langkafel, M., Schneider, G. & Senf, W. (1998). Qualitätssicherung in der Fachpsychotherapie - empirische Befunde und ihre Relevanz. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7, 128-135.
- Hoglund, P. (1996). Motivation for brief psychodynamic therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 209-215.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Howard, K. I., Moras, L., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Hoyt, M., Xenakis, S., Marmar, C. & Horowitz, M. J. (1983). Therapists' actions that influence their perceptions of "good" psychotherapy sessions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 400-404.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. & Klug, G. (2003). Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. *Psychotherapeut*, 47, 16-23.
- Hyland, M. E. (1987). Control theory interpretation of psychological mechanisms of depression: Comparison and integration of several theories. *Psychological Bulletin*, 102, 109-121.
- Jacobi, C. (2003). Klinikprofil & Therapiekonzept der Paracelsus Roswitha Klinik Bad Gandersheim (on-line). Verfügbar unter: <http://www.paracelsus-kliniken.de/roswitha-klinik/> (15.11.2001).
- Jacobi, F., Hoyer, J. & Wittchen, H.-U. (2002, September). *Comorbidity as a challenge for treatment guidelines*. Vortrag auf dem Kongress der European Association of Cognitive Behavioral Therapies (EABCT), Maastricht, Niederlande.
- Janssen, P.L., Franz, M., Heuft, G., Herzog, T., Paar, G. & Schneider W. (1999). *Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin*. Stuttgart: G. Fischer, 1999.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie* (2., überarbeitete Auflage ed.). Berlin: Springer.
- Kazdin, A. E. (1980). Behavior Therapy: Evolution and Expansion. In S. E. Thoresen (Ed.), *The behavior therapist* (pp. 71-78). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kinne, S., Patrick, D. & Maher, E. J. (1999). Correlations of exercise maintenance among people with mobility impairments. *Disability and Rehabilitation*, 21, 15-21.

- 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, 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo, J. E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kleiber, D. (1980). Das Problem der Zielfestlegung in der Psychotherapie. In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Kongressbericht DGVT Tübingen, 1980, Klinische Psychologie und Psychotherapie* (345-351). Tübingen: DGVT.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.
- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 2, 225-241.
- Kobelt, A. (in Vorbereitung). Die Psychosomatische Nachsorge. In G. Paar, F. Lamprecht, R. Meermann, S. Wiegand-Grefe, G. Schmid-Ott & C. Jacobi (Hrsg.), *Leitlinien der psychosomatischen Rehabilitation-Quelltext*. Stuttgart: Schattauer.
- Kobelt, A., Grosch, E. V. & Lamprecht, F. (2002). *Ambulante Psychosomatische Nachsorge*. Stuttgart: Schattauer.
- Koch, U. & Barth, M. (1990). Kritische Übersicht über das System der medizinischen Rehabilitation. *Psychomed - Zeitschrift für Psychologie und Medizin.*, 2, 217-221.
- Koch, U. & Potreck-Rose, F. (1994). Stationäre psychosomatische Rehabilitation. In B. Strauß & A. E. Meyer (Hrsg.), *Psychoanalytische Psychosomatik* (193-215). Stuttgart: Schattauer.
- Koch, U. & Schulz, H. (1997). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. In S. Ahrens (Hrsg.), *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin* (14-25). Stuttgart: Schattauer.
- Kordy, H. & Hannover, W. (1999). Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Therapieziele. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (75-90). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kordy, H. & Scheibler, D. (1984). Individuumsorientierte Erfolgswissenschaft: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Behandlungsziele. Teil 1: Gibt es in der Erfolgswissenschaft eine "Lücke" für individuumsorientierte Verfahren? *Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 32, 218-233.
- Krähling, S. (2003). *Erfolg von und mit Therapiezielen in der stationären Verhaltenstherapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Georg-August-Universität, Göttingen.
- Kröner-Herwig, B. (1999). Chronischer Schmerz - Eine Gegenstandsbestimmung. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. D. Rehfish & H. Seeman (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (1-16). Berlin: Springer.
- Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley (72-114). New York: Wiley.

- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior change. 5th Edition.* (139-193). New York: Wiley.
- Lange, C. & Heuft, G. (2002). Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 256-269.
- Lewis, A. B., Spencer, J. H., Haas, G. L. & DiVittis, A. (1987). Goal Attainment Scaling. Relevance and Replicability in Follow-up of Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 408-418.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H. J., Knopp Vater, M., Rieckmann, N., et al. (1999). Entwicklung von Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie Ergebnisse einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31(4), 615-643.
- Lohmann, J. (1980). Ziele und Strategien psychotherapeutischer Verfahren. In W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie. Bd. 2* (15-46). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Lotz, W., Rappat, S., Busche, W., Schulz, H. & Koch, U. (1996). Differentielle Indikation zur verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Psychotherapie in der stationären Psychosomatik. Ergebnisse eines Symposiums. Hamburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Eppendorf.
- Lovinger, R. J. (1992). Theoretical Affiliations in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 586-590.
- Ludwig, G. (1982). Technologische und ethische Implikationen von Therapiezielen. In M. Zielke (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (12-41). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 267-278.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused Psychotherapy Research and Individual Treatment Progress as Scientific Groundwork for an Empirically Based Clinical Practice. *Psychotherapy Research*, 12, 251-272.
- Lutz, W. (2003a). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapie.* Tübingen: DGVT.
- Lutz, W. (2003b). Efficacy, Effectiveness, and Expected Treatment Progress in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1-6.
- Lutz, W., Grawe, K. & Tholen, S. (2003). Prognose individueller Behandlungsverläufe für unterschiedliche klinisch-therapeutische Behandlungsmodalitäten in der Verhaltenstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 51-70.

- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K. I. (2001). Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 67, 104-113.
- LVA (2003). *Die gesetzliche Rente* (on-line). Verfügbar unter: <http://www.lva-hannover.de/internet/lva-hannover/infopool.nsf/HTML/Index1024> (20.6.2003)
- MacKay, C., Cox, T., Burrows, G. & Lazzerini, T. (1978). An inventory for the measurement of self-reported stress and arousal. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 283-284.
- Mahns, E. J. (1994). Die Mitwirkung des Patienten als Problem in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 33, 221-227.
- Malan, D.H. (1972). *Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung*. Hamburg: Rowohlt.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS - Diagnostisches Kurzinterview bei psychiatrischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (Ed.). (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. & Brengelmann, J. C. (Hrsg.). (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger.
- Masuhr, O. (2001). *Therapieziele von Depressiven in der psychosomatischen Rehabilitation*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Georg-August-Universität, Göttingen.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse* (4. erweiterte Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McClelland, D. C. (1985). How motives, skills and values determine what people do. *American Psychologist*, 40, 812-823.
- McGlashan, T. & Miller, G.H.(1982). The goals of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 377-388.
- McNair, D. M. & Lorr, M. (1964). Three kinds of psychotherapy goals. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 390-393.
- Mertens, W. (1990). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, F. (1998). *Persönliche Ziele von Psychotherapeuten: Determinanten von Therapieprozess und Therapieerfolg*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Michalak, J. & Vielhaber, N. (1996). Ansatzpunkte und Strategien zur Förderung von Veränderungsmotivation. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Eds.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement* (145-164). Göttingen: Hogrefe.
- Michaux, W. W. & Lorr, M. (1961). Psychotherapists treatment goals. *Journal of Counseling Psychology*, 8, 250-254.
- Miller, A. & Thompson, A. (1973). Factor structure of a goal checklist for clients. *Psychological Reports*, 32, 497-498.

- Mintz, J. & Kiesler, D. J. (1986). Individualized measures of psychotherapy outcome. In P. E. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley.
- Morscher, E. (1974). Das Sein-Sollen Problem logisch betrachtet. Eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Diskussion. *Conceptus*, 8, 5-29.
- Mussell, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Fulkerson, J. E., Hoberman, H. M. & Romano, J. L. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 432-437.
- Neun, H. (Hrsg.). (1994). *Psychosomatische Einrichtungen. Was sie anders machen und wie man sie finden kann*. 3. neu bearb. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Neun, H. (1996). Rehabilitation bei psychosomatischen Erkrankungen. In H. Delbrück & E. Haupt (Eds.), *Rehabilitationsmedizin* (507-547). Göttingen: Urban & Schwarzenberg.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving Therapy for Depression: Theory, Research, and Clinical Guidelines*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Nosper, M. (2001). Comparison of patient characteristics and treatment outcomes in individual versus group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 153-167.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt: VAS.
- Oberdalloff, H. E. (1987). Psychosomatische Rehabilitation im Rentenverfahren. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37, 53-57.
- Oberdalloff, H. E. (1988). Behandlung und/oder Beurteilung - Das Dilemma bei Rentenpatienten in der psychosomatischen Rehabilitation. In M. Zielke, J. Sturm & N. Mark (Hrsg.), *Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit. Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit und deren Bedeutung für die klinische Praxis* (369-374). Dortmund: Modernes Lernen.
- Olbrecht, D., Kostka, E. F. & Schneider, E. (1995). Welche Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation sind psychotherapeutisch erreichbar? *Rehabilitation*, 34, 16-22.
- Paar, G., Lamprecht, F., Meermann, R., Wiegand-Grefe, S., Schmid-Ott, G. & Jacobi, C. (Eds.). (in Vorbereitung). *Leitlinien der psychosomatischen Rehabilitation-Quelltext*. Stuttgart: Schattauer.
- Parloff, M. B. (1967). Goals in psychotherapy: Mediating and ultimate. In A. Mahler (Ed.), *The goals of psychotherapy* (5-19). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Perrez, M. (1982). Ziele der Psychotherapie. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Eds.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (459-463). Weinheim: Edition Psychologie.
- Pervin, L. A. (1983). The stasis and flow of behavior: Toward a theory of goals. In M. Page (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (1-53). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Pervin, L. A. (1991). Self-regulation and the problem of volition. In M. L. Maehr & P. R. Pintrich (Eds.), *Advances in motivation and achievement* (Vol. 7, 1-20). Greenwich: CT: JAI Press.
- Plassmann, R. & Färber, K. (1995). Rentenentwicklung bei psychosomatisch Kranken. *Die Rehabilitation, 34*, 23-27.
- Pöhlmann, K. (1999). *Die Entwicklung von Zielsystemen*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Friedrich-Alexander Universität, Erlangen-Nürnberg.
- Pöhlmann, K., Joraschky, P., Arnold, B. & Rausch, T. (2001). Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapiepatienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 34*(2), 205-224.
- pubmed.com. (2003). Verfügbar über: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed> (27.9.2003).
- Rad, M. v., Senf, W. & Bräutigam, W. (1998). Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projektes. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 48*, 88-100.
- Reddin Long, J. (2001). Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy, 38*, 219-232.
- Reinecker, H. (1991). Verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen. In M. Perez & U. Baumann (Eds.), *Klinische Psychologie. Band 2: Intervention* (129-143). Bern: Hans Huber.
- Reinecker, R. & Wipplinger, H. (1996). *Zur Normenproblematik in der Verhaltenstherapie*. Bergheim: Mackinger.
- Reiter, L. (1976). Systematische Überlegungen zum Zielbegriff in der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie, 21*, 205-218.
- Richter, R. (1991). Psychoanalytisch orientierte Interventionen. In M. Perez & U. Baumann (Eds.), *Klinische Psychologie. Band 2: Intervention* (117-127). Bern: Hans Huber.
- Riedel, P. (1990). Therapiemotivation und Therapieerfolg im stationären Heilverfahren. Ergebnisse einer katamnestic Untersuchung. In A. Hellwig & M. Schoof (Eds.), *Psychotherapie und Rehabilitation* (163-176). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Riehl-Emde, A. & Vogler, S. (1990). Therapieziele aus Sicht von Patienten: Welche Rolle spielt die Partnerschaft? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 40*, 248-254.
- Roecken, S. (1984). *Goal Attainment Scaling. Eine Methode zur Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen* (Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg).
- Rosen, A. & Proctor, E. (1981). Distinctions between treatment outcomes and their implications for treatment evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 418-425.

- Rosenberg, S., Nelson, C. & Vivekananthan, P. S. (1968). A multidimensional approach to the structure of personality impressions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 283-294.
- Ruff, W. & Werner, H. (1987). Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 33, 238-251.
- Sack, M., Schmid-Ott, G., Lempa, W. & Lamprecht, F. (1999). Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele - Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2, 113-127.
- Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3, 188-195.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)*. Weinheim: Beltz.
- Schillinger, H. & Egner, U. (2002). Die Rehabilitationsleistungen der BfA im Jahr 2001. *DAnVers*, 5/6, 1-9.
- Schmitz-Bühl, M., Kriebel, R. & Paar, G. H. (1999). Zusammenhänge zwischen Therapiedauer, Therapiemotivation, Beschwerdestärke und Behandlungserfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 45, 21-27.
- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)*. Weinheim: Beltz.
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L. & Metzlaß, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Der Nervenarzt*, 70, 240-249.
- Schramm, E. (1996). *Interpersonale Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schröder, K. (2003). *Transferförderung im Rahmen einer stationären psychosomatischen Rehabilitation*. Dissertation. Technische Universität Braunschweig.
- Schulte, D. (1974). Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (158-168). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1986). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In DGVT (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Theorien und Methoden* (16-40). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.

- Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Therapiemotivation in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In B. Rockstroh, T. Elbert & H. Watzl (Hrsg.), *Impulse für die Klinische Psychologie* (129-141). Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The Dual Model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie bei der Behandlung von Phobikern. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (15-42). Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Schulte-Bahrenberg, T. (1990). *Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Schulte-Bahrenberg, T. & Schulte, D. (1990). Change of psychotherapy goals as a process of resignation. *Psychotherapy Research*, 3, 153-165.
- Schulz, Lang, Koch, Klosterhuis & Sommerhammer (in Vorbereitung). Zum Anteil psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeter Psychotherapien in der psychosomatischen Rehabilitation.
- Schulz, H., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Bürger, W. & Koch, U. (1999). Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 49, 326-336.
- Senf, W. & Broda, M. (1996). Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (1-5). Stuttgart: Thieme.
- SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung mit Nebenbestimmungen. Textausgabe des Verlages C.H. Beck (1992), München: dtv.
- SGB VI - Gesetzliche Krankenversicherung mit Nebenbestimmungen. Textausgabe des Verlages C.H. Beck (1992), München: dtv.
- Sokolowski, K. (1993). *Emotion und Volition. Eine motivationspsychologische Standortbestimmung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sorenson, R. L., Gorsuch, R. L., & Mintz, J. (1989). Moving targets: Patients' changing complaints during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 53(1), 49-54.
- SPSS (2002). *SPSS for Windows. Release 11.5.1*. Chicago: SPSS Inc.
- Staats, H., Biskup, J. & Leichsenring, F. (1999). Changing problems, changing aims: The development of change in psychoanalytic psychotherapy evaluated by PATH a tool for studying longterm treatments. In H. Kächele, E. Mergenthaler & R. Krause (Eds.), *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Ulm: Ulmer Textbook.

- Staedke, D., Hillert, A. & Cuntz, U. (2001). Hochgradig mit ihrer Arbeitssituation unzufriedene Patienten in stationär psychotherapeutischer Behandlung - Erfassung, Implikationen, therapeutische Perspektiven, Extremgruppen im Vergleich. *VDR-Schriften*, 10, 402-404.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (Vol. 4). New Jersey: Erlbaum.
- Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1995). Merkmale der "Passung" zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppentherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 41, 127-140.
- Strotzka, H. (1978). Was ist Psychotherapie. In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (3-6). München: Urban & Schwarzenberg.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Thompson, A. & Zimmerman, R. (1969). Goals of counseling: Whose? When? *Journal of Counseling Psychology*, 16, 121-125.
- Truant, G. S. & Lohrenz, J. G. (1993). Basic principles of psychotherapy. Introduction, basic goals, and the therapeutic relationship. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 8-18.
- Tryon, G. S. (1985). The engagement quotient: One index of a basic counseling task. *Journal of College Student Personnel*, 26, 351-354.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 38, 385-389.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen TherapievARIABLE*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Verbund der Rentenversicherer (VDR). (2003). *Statistikbände* (on-line). Verfügbar unter: www.vdr.de (25.9.2003).
- Vernooij, M. A. & Adenacker, E. (1995). Zur Begrenztheit psychotherapeutischer Interventionsziele. *Report Psychologie*, 20, 29-35.
- Walter, J. L. & Peller, J. E. (1994). *Lösungsorientierte Kurzzeittherapie*. Dortmund: Verlag Neues Lernen.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate - Models, Methods and Findings*. London: Erlbaum.
- Welk, H.-J. & Koch, U. (1998). *Effekte stationärer onkologischer Rehabilitation*. Arbeitsbericht des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie.
- Wendisch, M. (1999). Therapieziele - Unterschiede im stationären und ambulanten Setting. In H. Ambühl & B. Strauss (Hrsg.), *Therapieziele* (293-319). Göttingen: Hogrefe.

- WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)*. Eschborn: Govi Verlag.
- WHO (2003) International Classification of Functioning, Disability and Health: Revision, Content and Use. *Rehabilitation*, 25, 11-12.
- Willer, B. & Miller, G. (1976). Client involvement in goal setting and its relationship to therapeutic outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 687-690.
- Willutzki, U. (1999). Menschenbild und Therapieziele in der kognitiven Verhaltenstherapie. In H. J. Ambühl & B. Strauss (Eds.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. & Koban, C. (1996). *Manual zur Elaboration wohlgestalteter Ziele in der Therapie (EWOZ)*. Bericht aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie No. 88, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Willutzki, U. & Koban, C. (in press). Enhancing motivation for psychotherapy: The elaboration of positive perspectives (EPOS) to develop patients' goal structure. In M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Perspectives on motivation*. New York: Wiley.
- Winell, M. (1987). Personal goals: The key to self-direction in adulthood. In M. E. Ford & D. H. Ford (Eds.), *Humans as self-constructing living systems: Putting the framework to work* (261-287). Hillsdale, J.N.: Erlbaum.
- Wipplinger, R. & Reinecker, H. (1994). *Zur Normenproblematik in der Verhaltenstherapie*. Bergheim: Mackinger.
- Wittmann, W. W. (1981). Zur Zielbestimmung bei therapeutischen Maßnahmen. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikationen zur Psychotherapie* (169-181). München: Urban & Schwarzenberg.
- Wolpe, J. (1986). Individualization. The categorial imperative of behavioral therapy. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 145-153.
- Yalom, I. (1974). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland The state of outpatient psychotherapeutic care in Germany. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 152-162.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (2001). 22 Jahre wissenschaftliche und klinische Erfahrungen mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 14, 3-6.
- Znoi, H. J. (in Vorbereitung). *Pathologische Trauer*. Göttingen: Hogrefe.

7. Anhang

Anhang A

Material:

- A1 „Anamnesebogen 2“
- A2 BIT-C
- A3 Psy-BaDo (Teil: Ziele und Zielerreichung)
- A4 Arbeitsbogen zu Zielen für die ambulante Nachbehandlung
- A5 BIT-T (einschließlich Kodierungsregeln)

Anhang B

Stichprobe

- B1 Vollständige Verteilung der ICD-10-Diagnosen in der 2805er Stichprobe

Anhang C

Ergebnisse

- C1 Vollständige Verteilung aller Ziele und der Erstziele auf der mittleren Abstraktionsebene
- C2 Vollständige Verteilung aller Ziele und der Erstziele auf der feinen Abstraktionsebene
- C3 Häufigkeiten aller Kategorien der mittleren Auflösungsebene zu den drei Messzeitpunkten der PV 4 über alle Ziele
- C4 Häufigkeiten aller Kategorien der feinen Auflösungsebene zu den drei Messzeitpunkten der PV 4 über alle Ziele

PARACELSUS  ROSWITHA KLINIK 2 BAD GANDERSHEIM
Fachklinik für Psychosomatische Rehabilitation und Verhaltensmedizin
Anamnesefragebogen 2

Ihre Therapieziele für diese stationäre Behandlung

Ihr Name:

Zimmer-Nr.:

Datum:

Liebe „Aktientin“, lieber „Aktient“,
die Beantwortung der folgenden Fragen ist für eine gründliche Behandlung Ihrer Probleme und Beschwerden
notwendig. Bitte antworten Sie möglichst ausführlich.

Wir bitten Sie, nach Möglichkeit bis zu **5 Ihnen wichtige Ziele** für Ihre Behandlung zu benennen.

Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein und voraussichtlich auch für Sie in der vor Ihnen liegenden
stationären Psychotherapie erreichbar sein. Die Therapieziele können alle Problembereiche/Symptome und
Beziehungsschwierigkeiten umfassen.

Zum Ende der stationären Behandlung werden wir Ihnen Ihre Therapieziele noch einmal vorlegen mit der Frage,
in welchem Ausmaß sie tatsächlich erreicht werden konnten.

Damit Sie sich jederzeit daran erinnern können, erhalten Sie hiermit ein zusätzliches Blatt, auf das Sie Ihre
Therapieziele bitte übertragen.

Diesen Bogen geben Sie bitte bei der nächsten Sitzung bei Ihrer/m Bezugstherapeutin/en ab.

1. Therapieziel (Hauptziel):

2. Therapieziel:

3. Therapieziel:

4. Therapieziel:

5. Therapieziel:

Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Verhaltensmedizin

Anamnesefragebogen 2

Ihre Therapieziele für diese stationäre Behandlung

Ihr Name:

Zimmer-Nr.:

Datum:

Liebe „Aktientin“, lieber „Aktient“,

Das Setzen von Zielen ist eine wichtige Voraussetzung für eine wirkungsvolle Behandlung.

- Wir bitten Sie deshalb, hier Ihre **bis zu 5 persönlichen Ziele** für Ihre Behandlung zu benennen.
- 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 diese Fragen durch und kreuzen **alle** Ziele an, die Sie mit Hilfe der kommenden Therapie erreichen wollen. Wenn Sie ein persönliches Ziel nicht finden, ergänzen Sie die zutreffende leere Zeile.
- Am Ende des Fragebogens ordnen Sie Ihre so gefundenen Ziele bitte der Wichtigkeit nach.
- Damit Sie sich jederzeit daran erinnern können, erhalten Sie hiermit ein zusätzliches Blatt, auf das Sie Ihre Therapieziele bitte übertragen.
- Diesen Bogen geben Sie bitte bei der Zweitsicht (2. Woche) an Ihre/n Bezugstherapeutin/en.

Zum Ende der stationären Behandlung werden wir Ihnen Ihre Therapieziele noch einmal vorlegen mit der Frage, in welchem Ausmaß sie tatsächlich erreicht werden konnten.

I. Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Depression	<input type="checkbox"/> negative, kreisende Gedanken oder Schuldgefühle überwinden <input type="checkbox"/> aus meiner gedrückten Stimmung, Traurigkeit oder inneren Leere herauskommen <input type="checkbox"/> mit Stimmungsschwankungen besser umgehen lernen <input type="checkbox"/> wieder mehr Antrieb und Energie bekommen <input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/> eine konkrete Angst bewältigen oder besser mit ihr umgehen lernen <input type="checkbox"/> lernen, Angst- und Panikanfälle in den Griff zu bekommen <input type="checkbox"/> Angst und Unsicherheit in Gegenwart anderer Menschen überwinden <input type="checkbox"/> lernen, wieder Dinge zu tun, die ich jetzt aus Angst vermeide <input type="checkbox"/>
Zwanghafte Gedanken und Handlungen	<input type="checkbox"/> wiederkehrende, quälende Gedanken und Impulse besser kontrollieren lernen <input type="checkbox"/> wiederholte, sinnlose und zeitraubende Handlungen (übertriebenes Händewaschen, Ordnen, Prüfen, Zählen etc.) einschränken lernen <input type="checkbox"/>
Außergewöhnlich belastende Lebensereignisse	<input type="checkbox"/> ein außergewöhnlich stark belastendes Ereignis (oder mehrere) in meinem Leben verarbeiten.
Schwierigkeiten in bestimmten Lebensbereichen	<input type="checkbox"/> meine Wohnsituation klären (ein Problem bewältigen oder ein Ziel anstreben) <input type="checkbox"/> konkrete Probleme im Zusammenhang mit meiner Arbeit oder meiner Ausbildung bewältigen <input type="checkbox"/> meinen Alltag besser organisieren lernen <input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/> meine Schlafprobleme (Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen, frühes Erwachen etc.) bewältigen
Körperliche Schmerzen und Krankheiten	<input type="checkbox"/> mit körperlichen Schmerzen umgehen lernen oder diese nach Möglichkeit verringern <input type="checkbox"/> mit meiner körperlichen Erkrankung umgehen lernen <input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/> besser mit Stresssituationen umgehen lernen
Essverhalten	<input type="checkbox"/> meine Essprobleme (Magersucht, Ess-Brechsucht, Esssucht etc.) bewältigen <input type="checkbox"/> mit meinem Gewicht umgehen lernen (es reduzieren oder so akzeptieren) <input type="checkbox"/>

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Suchtverhalten	<input type="checkbox"/> ohne Suchtmittel leben lernen <input type="checkbox"/> meinen Suchtmittelkonsum kontrollieren lernen <input type="checkbox"/> mit schwierigen Situationen ohne Griff zum Suchtmittel umgehen lernen <input type="checkbox"/>
Selbstverletzung	<input type="checkbox"/> lernen, mir keine körperlichen Verletzungen mehr zuzufügen <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken überwinden und wieder Lebenswillen finden <input type="checkbox"/>
Sexualität	<input type="checkbox"/> sexuelle Probleme bewältigen

II. Ziele im zwischenmenschlichen Bereich**Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...**

Bestehende Partnerschaft	<input type="checkbox"/> die Beziehung mit meinem Partner/meiner Partnerin verbessern <input type="checkbox"/> das Sexualleben mit meinem Partner/meiner Partnerin verbessern <input type="checkbox"/> meine Erwartungen und Gefühle gegenüber dem Partner/der Partnerin klären <input type="checkbox"/>
Elternschaft	<input type="checkbox"/> mir die Aufgabe als Mutter/als Vater besser zutrauen lernen <input type="checkbox"/> mein Verhalten gegenüber meinem Kind/meinen Kindern ändern <input type="checkbox"/> die aktuelle Familiensituation verändern <input type="checkbox"/> mit einer Trennung innerhalb der Familie besser umgehen lernen <input type="checkbox"/>
Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/> die Beziehung zu meinen Eltern verändern (mich ablösen, Schuldgefühle oder Abhängigkeit überwinden etc.)
Andere Beziehungen	<input type="checkbox"/> die Beziehung zu bestimmten Personen aus dem privaten oder beruflichen Umfeld klären oder verbessern <input type="checkbox"/> die Trennung von meinem Ex-Partner/meiner Ex-Partnerin verarbeiten <input type="checkbox"/>
Alleinsein und Trauer	<input type="checkbox"/> mit dem Alleinsein besser umgehen lernen <input type="checkbox"/> den Verlust einer geliebten Person verarbeiten <input type="checkbox"/>
Selbstbehauptung und Abgrenzung	<input type="checkbox"/> mich anderen gegenüber besser durchsetzen und abgrenzen lernen <input type="checkbox"/> mit den Reaktionen anderer (Kritik, Ablehnung, Lob etc.) besser umgehen lernen <input type="checkbox"/>
Kontakt und Nähe	<input type="checkbox"/> lernen, besser mit Menschen in Kontakte zu treten und Kontakte zu pflegen <input type="checkbox"/> mehr Nähe zulassen und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen lernen <input type="checkbox"/> mich auf eine neue Partnerschaft vorbereiten oder einstellen <input type="checkbox"/>

III. Verbesserung des Wohlbefindens**Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...**

Aktivität	<input type="checkbox"/> mehr Sport und andere körperliche Aktivitäten betreiben <input type="checkbox"/> meine Freizeit aktiver gestalten (Hobbies, kulturelle Aktivitäten etc.) <input type="checkbox"/>
Entspannung und Gelassenheit	<input type="checkbox"/> lernen, mich zu entspannen und abzuschalten <input type="checkbox"/> ruhiger werden und die Dinge gelassener angehen <input type="checkbox"/>
Wohlbefinden	<input type="checkbox"/> wieder mehr Lebensfreude entwickeln <input type="checkbox"/> lernen, mich in meinem Körper wohler zu fühlen <input type="checkbox"/>

IV. Orientierung im Leben**Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...**

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	<input type="checkbox"/> meine Teile meiner Vergangenheit besser zurecht kommen lernen <input type="checkbox"/> mir klarer werden, wer ich bin, was ich kann und was ich will <input type="checkbox"/> neue Zukunftsperspektiven (private, berufliche) erarbeiten <input type="checkbox"/>
Sinnfindung	<input type="checkbox"/> Sinnfragen in meinem Leben klären

V. Selbstbezogene Ziele

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Einstellung zu mir selbst	<input type="checkbox"/> mehr Selbstvertrauen und Selbstsicherheit entwickeln <input type="checkbox"/> mich akzeptieren lernen, so wie ich bin <input type="checkbox"/>
Bedürfnisse und Wünsche	<input type="checkbox"/> meine Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken lernen <input type="checkbox"/> meine Grenzen besser erkennen und danach handeln lernen <input type="checkbox"/> eigene Wünsche und Pläne besser verwirklichen lernen <input type="checkbox"/>
Leistung, Kontrolle und Verantwortung	<input type="checkbox"/> lernen, Entscheidungen selbständiger zu treffen <input type="checkbox"/> lernen, Angefangenes zu Ende zu führen <input type="checkbox"/> meine hohen Ansprüche an mich oder an andere herabsetzen lernen <input type="checkbox"/> Kontrolle und Verantwortung abgeben lernen <input type="checkbox"/>
Umgang mit Gefühlen	<input type="checkbox"/> Gefühle zulassen und äußern lernen <input type="checkbox"/> mit starken negativen Gefühlen (z.B. Ärger, Wutausbrüche) umgehen lernen

➤ Nachdem Sie Ihre persönlichen Therapieziele angekreuzt haben, ordnen Sie diese bitte der Wichtigkeit nach. Falls Sie mehr angekreuzt haben, beschränken Sie sich auf **Ihre fünf wichtigsten Ziele**. Die Ziele sollen *möglichst konkret* und am besten *mit Ihren eigenen Worten beschrieben* und voraussichtlich auch in der vor Ihnen liegenden Behandlungszeit bei uns für Sie *erreichbar* sein. Zuletzt: Wie wichtig ist jedes Ziel für Sie?

MEINE PERSÖNLICHEN THERAPIEZIELE

1. Therapieziel (Hauptziel):

.....

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
--	---	---	---------------------------------------	---

2. Therapieziel:

.....

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
--	---	---	---------------------------------------	---

3. Therapieziel:

.....

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
--	---	---	---------------------------------------	---

4. Therapieziel:

.....

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
--	---	---	---------------------------------------	---

5. Therapieziel:

.....

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
--	---	---	---------------------------------------	---

Therapiebeurteilungsbogen

Sehr geehrte(r) Frau _____, Herr _____, Zi.Nr. _____
 wir bitten Sie, die folgenden Fragen so offen und gründlich wie möglich zu beantworten. Bitte tragen Sie Ihre für die jetzige Behandlung vereinbarten Therapieziele noch einmal ein und kreuzen das jeweils Zutreffende an. Die Auswertung des Bogens erfolgt streng vertraulich, er verbleibt bei uns im Haus. Wir möchten damit unser Therapieangebot bewerten und entsprechend im Sinne einer Qualitätssicherung weiterentwickeln. Deshalb ist uns Ihre Ansicht dazu sehr wichtig.
 Später möchten wir auch gerne wissen, wie sich Ihr Gesundheitszustand in den nächsten Monaten und Jahren entwickelt. Deshalb werden wir Ihnen in ca. 12 - 24 Monaten einen ähnlichen kurzen Fragebogen zuschicken, für dessen Beantwortung und Rücksendung wir Ihnen schon jetzt herzlich danken.

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zur **ärztlichen Abschlußuntersuchung**

bei am umUhr mit.

1. Wie hat sich **Ihr Gesamtbefinden** während des Aufenthaltes geändert?

sehr gebessert gebessert unverändert verschlechtert sehr verschlechtert

2. In welchem Ausmaß haben Sie Ihre anfangs genannten *5 Therapieziele* tatsächlich erreicht?

1. Therapieziel (Hauptziel) (bitte eintragen):

mehr erreicht erreicht teilweise erreicht nicht erreicht Therapieziel entfallen

2. Therapieziel (bitte eintragen):

mehr erreicht erreicht teilweise erreicht nicht erreicht Therapieziel entfallen

3. Therapieziel (bitte eintragen):

mehr erreicht erreicht teilweise erreicht nicht erreicht Therapieziel entfallen

4. Therapieziel (bitte eintragen):

mehr erreicht erreicht teilweise erreicht nicht erreicht Therapieziel entfallen

5. Therapieziel (bitte eintragen):

mehr erreicht erreicht teilweise erreicht nicht erreicht Therapieziel entfallen



PARACELSUS ROSWITHA KLINIK
BAD GANDERSHEIM (7/00)

Name: _____ Anreisedatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Da wir auch an der weiteren Verbesserung Ihres Wohlbefindens interessiert sind und auch von den Kostenträgern gehalten sind, Vorschläge für die weitere Behandlung zu machen, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns mitteilen würden, welche PSYCHOTHERAPIEZIELE / ZIELE IM BEREICH DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT Sie sich für die Zeit nach der stationären Reha setzen.

Haben Sie vor, im Anschluss / in Zukunft eine weitere ambulante Psychotherapie oder ambulante psychosomatische Nachsorge zu machen?

Bitte ankreuzen:

- ja, eine ambulante Psychotherapie
- ja, eine ambulante psychosomatische Nachsorge
- nein, keines von beiden

Für den Fall, dass Sie eine ambulante Psychotherapie oder psychosomatische Nachsorge machen, tragen Sie bitte auf der rechten Seite Ihre **persönlichen zukünftigen Psychotherapieziele** ein, soweit Sie sie jetzt schon benennen können.

Für den Fall, dass Sie **KEINE** ambulante Psychotherapie oder psychosomatische Nachsorge planen, tragen Sie bitte auf der rechten Seite Ihre **persönlichen zukünftigen Ziele im Bereich der psychischen Gesundheit** ein.



MEINE PERSÖNLICHEN THERAPIEZIELE / ZIELE IM BEREICH DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

1. Therapieziel (Hauptziel):

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> außerordentlich wichtig
--	--	---	---------------------------------------	--

2. Therapieziel:

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> außerordentlich wichtig
--	--	---	---------------------------------------	--

3. Therapieziel:

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> außerordentlich wichtig
--	--	---	---------------------------------------	--

4. Therapieziel:

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> außerordentlich wichtig
--	--	---	---------------------------------------	--

5. Therapieziel:

<input type="checkbox"/> eher nicht so wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> außerordentlich wichtig
--	--	---	---------------------------------------	--

BIT-T Version 4.0

© Psychotherapeutische Praxisstelle
Institut für Psychologie
Universität Bern

Hauptkategorien: (5/6 inklusive der Restkategorie)

Kategorien (31/43)	Unterkategorien (50/109)	Prototypische Beispiele
<p>p Problem- & Symptombewältigung (Kategorien: 12/14; <i>Unterkategorien: 18/44</i>)</p>		
<p>p1 Depressives Erleben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiv formulierte Ziele mit depressivem Kontext werden bei w3.2 kategorisiert. 	<p>p1.1 <i>Negative Gedanken und Gedanken-abläufe</i></p>	⇒ Gedanken zu bedrückenden Themen kontrolliert beginnen und beenden können.
	<p>p1.2 <i>Negative Stimmung</i></p>	⇒ Lernen, besser mit meinen Stimmungsschwankungen umzugehen.
	<p>p1.3 <i>Antriebs- & Energielosigkeit</i></p>	⇒ Wieder zu Kraft und Energie kommen.
	<p>p1.0 <i>NNB</i></p>	⇒ Meine Depression bewältigen.
	<p>p1.99 <i>Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	⇒ Alarmsignale meiner Depression erkennen.
<p>p2 Suizidalität & Selbstdestruktives Verhalten</p>	<p>p2.1 <i>Selbstdestruktives Verhalten</i></p>	⇒ In belastenden Situationen Alternativen zur Selbstverletzung finden.
	<p>p2.2 <i>Suizidalität</i></p>	⇒ Keine suizidalen Gedanken mehr haben.
	<p>p2.0 <i>NNB</i></p>	⇒
	<p>p2.99 <i>Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	⇒ Gründe meines Suizidversuchs erörtern.
<p>p3 Ängste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ängste in interpersonalen Situationen → p3.3 • Angst vor Ablehnung etc. → i6.2 	<p>p3.1 <i>Ängste bezüglich spezifischen Situationen/Orte/Tätigkeiten</i></p>	⇒ Wieder alleine mit dem Auto fahren können.
	<p>p3.2 <i>Panikanfälle (Angstanfälle, -attacken)</i></p>	⇒ Bei einsetzender Angstattacke aus dem Mechanismus aussteigen können.
	<p>p3.3 <i>Soziale Ängste</i></p>	⇒ Wieder alleine ohne Angst unter die Leute gehen können.
	<p>p3.0 <i>NNB</i></p>	⇒
	<p>p3.99 <i>Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	⇒ Die Ursachen meiner Phobie herausfinden.
<p>p4 Zwänge</p>	<p>p4.0 <i>Zwangssymptome</i></p>	⇒ Normal 1-2 mal pro Tag duschen können.
	<p>p4.99 <i>Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	⇒ Wissen, wie es zu den Zwangsritualen gekommen ist.


<p>p5 Traumata</p>	<p><i>p5.0 Traumata</i></p> <p><i>p5.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Keine Alpträume mehr über meine Vergewaltigungen haben.</p> <p>⇒ Keine unkontrollierbaren Erinnerungen haben.</p> <p>⇒</p>
<p>p6 Suchtverhalten (stoffgebunden)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Unsicherheit, ob nur Entzug oder nur Entwöhnung gemeint ist → p6.0 	<p><i>p6.1 Körperlicher Entzug</i></p> <p><i>p6.2 Entwöhnung</i></p> <p><i>p6.0 NNB</i></p> <p><i>p6.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Heroin-Entzug durchführen.</p> <p>⇒ Nach Auseinandersetzung mit meiner Frau Alternativen zum Trinken finden.</p> <p>⇒ Umgang mit der Sucht.</p> <p>⇒ Antworten auf die Frage finden: "Was hat zu den Alkoholproblemen geführt?"</p>
<p>p7 Essverhalten</p>	<p><i>p7.1 Bewältigen von Essstörungen im engeren Sinne</i></p> <p><i>p7.2 Übergewicht</i></p> <p><i>p7.0 NNB</i></p> <p><i>p7.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Meine Essattacken besser kontrollieren.</p> <p>⇒ Abnehmen.</p> <p>⇒ Mein Essen zeitlich und mengenmässig richtig instellen.</p> <p>⇒ Gründe meiner Magersucht analysieren.</p>
<p>p8 Schlaf</p>	<p><i>p8.0 Schlafprobleme</i></p> <p><i>p8.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Wieder normal durchschlafen können.</p> <p>⇒ Den Ursachen meines Früherwachens auf den Grund gehen.</p>
<p>p9 Sexualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexualität in Partnerschaft → i1.2 • Sex ausserhalb der Beziehung leben → i7.3 • Homosexualität akzeptieren → s2.1 	<p><i>p9.0 Sexuelle Probleme</i></p> <p><i>p9.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Schamgefühle beim Onanieren abbauen.</p> <p>⇒</p>
<p>p10 Umgang mit körperbezogenen Problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ändern des körperbezogenen Problems → r3 • Sofern kein psychischer Aspekt erschliessbar ist → r3 	<p><i>p 10.1 Schmerz (psychischer Aspekt)</i></p> <p><i>p10.2 Chronische Krankheiten (psychischer Aspekt)</i></p> <p><i>p10.0 NNB</i></p> <p><i>p10.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Mit meinen Rückenschmerzen umgehen lernen.</p> <p>⇒ Akzeptieren HIV – infiziert zu sein.</p> <p>⇒ Achtung: Chemotherapie durchführen → r3</p> <p>⇒ Altersbeschwerden annehmen lernen.</p> <p>⇒ Behinderung akzeptieren.</p> <p>⇒ Mit Tinnitus umgehen können.</p> <p>⇒ Achtung: Körperliche Rehabilitation → r3</p>

p11 Probleme in umschriebenen Lebensbereichen & Stress allgemein	<i>p11.1 Stress</i>	⇒ Lernen, mit Stress umzugehen.
	<i>p11.2 Wohnsituation</i>	⇒ Verantwortungsbereiche in unserer WG besprechen.
	<i>p11.3 Ausbildung & Arbeit</i>	⇒ Probleme auf der Arbeit angehen und versuchen zu lösen.
	<i>p11.4 Organisation des Alltages; Tagesstruktur; Zeitplanung</i>	⇒ Stärkung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung; ⇒ Bessere Tagesstruktur; mit Zeit umgehen.
	<i>p11.0 NNB</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Prüfungsängste → p3.1 • Berufliche Neuorientierung → o1.2 • Arbeits- und Stellensuche → r2 • Probleme mit bestimmten Vorgesetzten → i4.1 • Innere Unruhe; Nervosität → w2.0 	<i>p11.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Lernen, mit Leistungssituationen besser umzugehen.
p 12 Medikamente	<i>p12.0 Medikamente</i>	⇒ Meine Medikamente absetzen.
<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit → p6 	<i>p12.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒
p0 NNB	<i>p0.0 NNB</i>	⇒ Lernen, mit der Krankheit zu leben. ⇒ Mit meinem Risikoverhalten umgehen lernen.
p99 Andere spezifische Probleme	<i>p99.0 Andere spezifische Probleme</i>	⇒ Manie; psychotische Probleme; Kleptomanie; Delinquenz; Glücksspiel, etc.

i Interpersonale Ziele (Kategorien: 7/9; Unterkategorien:12/24)		
i1 Bestehende Partnerschaft	<i>i1.1 Partnerbeziehung verbessern (interpersonal)</i>	⇒ Unsere Probleme in der Ehe bewältigen lernen. ⇒ Konflikte zwischen uns austragen lernen.
<ul style="list-style-type: none"> Sexualität ausserhalb bestehenden Beziehungen → i7.1 	<i>i1.2 Sexualität in der Partnerschaft verbessern</i>	⇒ Erfülltes Sexualleben mit meinem Mann haben.
	<i>i1.3 Individuelles Ziel/Problem in Partnerschaft bewältigen</i>	⇒ Angst vor Partnerverlust bewältigen. ⇒ Für und Wider eine Trennung abwägen.
	<i>i1.0 NNB</i>	⇒ Interesse aneinander steigern.
	<i>i1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Ehegespräch anstreben, um über den Missbrauch sprechen zu können.
i2 Aktuelle Familie	<i>i2.1 Ziele im Zusammenhang mit Elternschaft (intra & inter)</i>	⇒ Kinderlosigkeit akzeptieren. ⇒ Dem Sohn mehr Verantwortung übergeben.
<ul style="list-style-type: none"> Ziele/Probleme bezüglich der Eltern/Vorfahren → i3.0 	<i>i2.2 Ziele bezüglich der Familie als ganzer</i>	⇒ Familiäre Situation verbessern. ⇒ Mit Mann und Kindern über die Situation reden.
i3 Herkunftsfamilie	<i>i3.0 Ziele / Probleme im Zusammenhang mit Herkunftsfamilie (intra & inter)</i>	⇒ Mich endlich von meinem Vater ablösen. ⇒ Die Beziehung mit meinen Eltern bereinigen.
i4 Andere konkrete Beziehungen	<i>i4.0 Ziele / Probleme in anderen konkreten Beziehungen (intra & inter)</i>	⇒ Wieder mit meiner Nachbarin sprechen können. ⇒ Beziehung mit meinem Ex-Partner bereinigen.
i5 Alleinsein & Trauer	<i>i5.1 Umgang mit dem Alleinsein</i>	⇒ Wissen, wie ich die Zeit während der Abwesenheit meiner Partnerin überbrücke.
	<i>i5.2 Trauer und Verarbeiten von Verlust</i>	⇒ Den Tod meines Mannes verarbeiten.
	<i>i5.0 NNB</i>	⇒
	<i>i5.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒
i6 Selbstbehauptung & Abgrenzung	<i>i6.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten(interpersonal)</i>	⇒ Sich durchsetzen, wehren und abgrenzen können, auch gegen Widerstand. ⇒ Nein-Sagen können; kritisieren können. ⇒ Konfliktfähiger werden.
<ul style="list-style-type: none"> Bei Unsicherheit ob i6.1 oder i6.2 → i6.0 Bei Grenztims: i6 vor i7 codieren. Sich abgrenzen von Problemen → s2.1 Seine Sachen unabhängig von der Meinung anderer machen → s2.2 	<i>i6.2 Selbstbehauptung und Abgrenzung innerlich, in der Einstellung (intrapsychisch)</i>	⇒ Mit Kränkung, Kritik umgehen können. ⇒ Mir erlauben, Nein zu sagen und keine Schuldgefühle dabei haben.
	<i>i6.0 NNB</i>	⇒ Sich von anderen abgrenzen können. ⇒ Neg. Gefühle ohne Angst vor Ablehnung ausdrücken.
	<i>i6.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ In Konflikten den Standpunkt anderer gelten lassen.

i7 Kontakt, Nähe, Austausch	<i>i7.1 (Mehr) Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (interpersonal)</i>	⇒ Unter die Leute gehen; zuhören lernen. ⇒ Lernen, Bedürfnisse anderer besser wahrzunehmen.
• Items wie „sozialer Rückzug“ → i7.0	<i>i7.2 Nähe zulassen; für Beziehungen öffnen (intrapsychisch)</i>	⇒ Die Angst vor Bindung abbauen. ⇒ Vertrauen zu anderen Person(en) aufbauen.
	<i>i7.3 Neue Partnerschaft; Intimität</i>	⇒ Eine Beziehung eingehen, eine intime Beziehungen aufbauen. ⇒ Eine Partnerin finden. ⇒
	<i>i7.0 NNB</i>	
	<i>i7.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Lernen, eigenes Befinden nur in passenden Situationen mitzuteilen. ⇒ sich Hilfe holen können.
i0 NNB	<i>i0.0 NNB</i>	⇒ Die Beziehung klären. ⇒ Allgemeine Beziehungsfähigkeit.
i99 Andere interpersonale Ziele/Probleme	<i>i99.0 Andere interpersonale Ziele/Probleme</i>	⇒ Lernen zu vergeben.

W Wohlsein / better functioning (Kategorien: 3/5; Unterkategorien: 7/15)		
w1 Bewegung & Aktivität	<i>w1.1 Mehr Bewegung</i>	⇒ Wieder regelmässig wandern gehen.
	<i>w1.2 Mehr Aktivitäten (ausser Bewegung)</i>	⇒ Mindestens einmal pro Woche abends ausgehen.
	<i>w1.0 NNB</i>	⇒ Aktiver werden. ⇒ Hobbies wieder vermehrt ausüben.
	<i>w1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒
w2 Entspannung & Gelassenheit	<i>w2.1 Lernen, sich zu entspannen und erholen (Entspannungstechniken)</i>	⇒ Möglichkeiten zur Entspannung finden.
	<i>w2.2 Ruhiger und gelassener werden; sich gelassener verhalten</i>	⇒ Lernen, Probleme gelassener zu nehmen.
	<i>w2.0 NNB</i>	⇒ Gelassener sein.
	<i>w2.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒
w3 Wohlbefinden	<i>w3.1 Psychisches Wohlbefinden ohne erkennbaren depressiven Kontext</i>	⇒ Lebensenergie,-geister steigern. ⇒ Voller Optimismus sein.
	<i>w3.2 Psychisches Wohlbefinden mit depressivem Kontext</i>	⇒ Wieder Freude am Leben haben können.
	<i>w3.3 Körpergefühl</i>	⇒ Den Körper besser wahrnehmen. ⇒ Meinen Körper akzeptieren lernen, gut finden.
	<i>w3.0 NNB</i>	⇒ Mich wohl fühlen (körperlich & psychisch).
	<i>w3.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒
w0 NNB	<i>w0.0 NNB</i>	⇒ Förderung des Gesundheitsverhaltens. ⇒ Zu sich selber lieb sein.
w99 Andere Ziele/ Probleme des Wohlseins	<i>w99.0 Andere Ziele/Probleme des Wohlseins</i>	⇒

 Orientierung (Kategorien: 2/4; Unterkategorien: 3/6)		
o1 Selbstreflexion & Zukunft	<i>o1.1 Vergangenheit klären und verarbeiten</i>	⇒ Mit meiner Vergangenheit leben lernen, sie akzeptieren. ⇒ Klarheit und Ordnung in meine Kindheitsgeschichte bringen.
<ul style="list-style-type: none"> • Erklärung und Gründe für die eigen Erkrankung → p99 • Verarbeiten von Traumata → p5.1 • Arbeit finden → r2 • Situation am Arbeitsplatz klären → p11.3 	o1.2 Selbstreflexion & Zukunftsperspektiven	⇒ Klarheit bezüglich meinen Fähigkeiten gewinnen. ⇒ Entdecken eigener Interessen. ⇒ Wissen, wie es mit mir weitergeht. ⇒ Berufliche Perspektiven abklären.
	<i>o1.0 NNB</i>	⇒
o2 Sinnfindung	<i>o2.0 Spirituelle-, religiöse- und Sinnfragen; Lebenssinn.</i>	⇒ Meinem Leben einen neuen Sinn geben.
o0 NNB	<i>o0.0 NNB</i>	⇒
o99 Andere Ziele/ Probleme der Orientierung	<i>o99.0 Andere Ziele der Orientierung</i>	⇒

S Selbstentwicklung (Kategorien: 4/6; Unterkategorien: 6/15)		
s1 Selbstbewusstsein, Selbstwert & eigene Schwächen	s1.1 Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl steigern <i>(intrapsychisch)</i>	⇒ Meine Selbstzweifel überwinden. ⇒ Wieder mehr Selbstvertrauen haben.
	s1.2 Sich selber akzeptieren lernen (sowohl Stärken wie Schwächen)	⇒ Mich akzeptieren, so wie ich bin. ⇒ Sich loben für die eigene Leistung.
	• Meine schwachen Seiten erkennen → o1.2 s1.0 NNB	⇒ Minderwertigkeitsgefühle.
	s1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme	
s2 Selbstverwirklichung	s2.1 Respektieren eigener Bedürfnisse, Wünsche & Grenzen	⇒ Sich nicht zuviel zumuten. ⇒ Lernen, die Grenzen selber zu setzen. ⇒ Sinnvolle Prioritäten setzen (Arbeit, Therapie, Familie, Freizeit).
	s2.2 Verwirklichen eigener Pläne & Wünsche	⇒ Lernen zu tun, was ich will. ⇒ Einfach Dinge tun, zu denen ich Lust habe.
	s2.0 NNB	⇒ Selbständig werden.
	s2.99 Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒
s3 Selbstkontrolle	s3.1 Verantwortung u. Kontrolle übernehmen; Entscheidungen treffen	⇒ Entscheidungen besser treffen lernen.
	s3.2 Kontrolle & Verantwortung abgeben lernen; Leistungsanspruch und Perfektionismus mässigen	⇒ Weniger hohe Ansprüche an sich haben. ⇒ Lernen, Aufgaben zu delegieren.
	s3.0 NNB	⇒
	s3.99 Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒
s4 Gefühlsregulation	s4.0 Umgang mit Gefühlsregungen	⇒ Gefühle zulassen dürfen. ⇒ Mit Ärger umgehen lernen.
	• Lernen, anderen Gefühle mitzuteilen → i6.1 • Schuldgefühle abbauen → p1.0	
s0 NNB	s0.0 NNB	⇒ Aus Ich-Zentriertheit herausfinden. ⇒ Sich selbst entwickeln.
s99 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung	s99.0 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung	⇒ Selbständigkeit: Ohne die Hilfe der Eltern zurecht kommen.

r Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme; keine Therapieziele (Kategorien: 3/5; Unterkategorien: 5)			
r1	Regeneration (insb. stationär)	<i>r1.0</i> <i>Regeneration</i>	⇒ Krisenüberbrückung ⇒ Abstand gewinnen.
r2	Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme	<i>r2.0</i> <i>Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme</i>	⇒ 2-3 Tageskliniken ansehen; ⇒ Überschuldung; ⇒ Nachbetreuung nach stat. Behandlung. ⇒ finanzielle Situation klären
r3	Somatische (Rehabilitations-) Ziele/Probleme	<i>r3.0</i> <i>Somatische (Rehabilitations-) Ziele/Probleme</i>	⇒ Lungenentzündung ⇒ Körperliche Probleme ⇒ Körperhygiene, Inkontinenz
r0	Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme	<i>r0.0</i> <i>Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme</i>	⇒ Psychisch gesund werden. ⇒ Probleme bewältigen. ⇒ Abgrenzungsschwierigkeiten ⇒ Stabiler werden
r99	Keine Therapieziele	<i>r99.0</i> <i>Keine Therapieziele</i>	⇒ Von anderen akzeptiert werden. ⇒ 6er im Lotto. ⇒ Freund soll clean werden.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Auch Ziele/Probleme, die vom Klienten/von der Klientin nicht beeinflussbar sind.</i> 			

Richtlinien zum BIT-T Version 4.0

• Zum BIT-T

- Der BIT-T ist ein empirisch hergeleitetes Taxonomiesystem, für eine inhaltliche Kategorisierung von Psychotherapiezielen. Der BIT-T ist im Wesentlichen phänomenologisch und nicht theoriegeleitet.
- Der BIT-T ist hierarchisch in drei Ebenen aufgeteilt:
 - Oberkategorien (5 / respektive 6 mit der Restkategorie)
 - Kategorien (31 / 43)
 - Unterkategorien (50 / 109)
- Innerhalb der Ebenen ist der BIT-T inhaltlich logisch aufgeteilt.

• Allgemeine Codierungsrichtlinien

- Der **Inhalt** der zu codierenden Ziele soll geratet werden. Möglichst keine Interpretationen und Abstraktionen auf höherliegende Metaebenen.
- Jedes Ziel soll zuerst einer der 5/6 Hauptkategorien zugeordnet werden. Erst dann wird die Kategorie und – sofern möglich – die Unterkategorie zugeteilt.
- Jedes Ziel muss mindestens auf Ober- und Kategorienebene codiert werden.
- Bei **Unsicherheit** gelten folgende Leitfragen:

Quantität: Welche Kategorie bildet die Information des Items möglichst umfassend ab?

Spezifität: Welche Kategorie ist für die Information des Items die spezifischere?

→ Restkategorien:

- **O** wird codiert, wenn das Item auf der nächstunteren Ebene nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Mit 0 codierte Z/P auf Kategorien- oder Oberkategorieebene sind entweder **vage, diffus formuliert** (z.B. „*Krankheit bewältigen*“; p0); oder können **mangels zusätzlicher Information** nicht weiter zugeordnet werden (z.B. „*fehlende Strategie bei Rückfallgefahr*“; p0).

Die **gleiche Regelung** gilt auf der **Unterkategorie** (z.B. „*Alkoholproblem*“; p6.0 da *Entzug* und/oder *Entwöhnung*).

- **99** wird codiert, sofern für ein **spezifisches, konkret umschriebenes Z/P** keine entsprechende Kategorie, respektive keine entsprechende Unterkategorie, existiert (z.B. „*Manie*“; p99). 99 wird bei p auch für alle Items codiert, wo es um das **Verstehen der Ursachen, Zusammenhänge** einer Störung geht.

• Spezialfälle

→ Probleme anstelle von Zielen:

Das BIT-T ist primär eine Kategorisierung für Patientenziele. Sofern **Probleme, Symptome** beschrieben werden, ist ihre Lösung oder Linderung (**umformulieren in Probleminderungsziel**) zu codieren. Dafür ist v.a. die erste Hauptkategorie gedacht.

Wird bezüglich einer Störung sowohl das Ziel, wie auch das Problem beschrieben: **Zuerst das Ziel codieren, erst an zweiter Stelle das Problem.**

(Beispiel: „*Depression; mehr Lebensfreude haben*“ → w3.1 und p1.0)

In Einzelfällen kann es vorkommen, dass für ein **Problem keine p-Kategorie** vorhanden ist, wohl aber für dessen Minderung (Probleminderungsziele). **In diesem Fall wird die**

entsprechende Zielkategorie geratet. Items dieser Art erhalten den zusätzlichen Code „i“ für „Interpretation“.

(Beispiele: „sozialer Rückzug“ → i 7.0;i / „Nervosität“ → w2.0; i).

- **Verstehen der Ursachen und Zusammenhänge einer Störung (HK p) 99** wird auf Unterkategorienebene bei den p-Items codiert, wenn das Verstehen, die Ursachen und Zusammenhänge (kognitiver Aspekt) einer Störung im Vordergrund stehen (z.B. „Ursachen meiner Depression herausfinden“; p1.99).
- **Mehrere Ziele/Probleme werden genannt:**
 - a) **Bei Z/P, die zwei verschiedene Aspekte / Facetten aufweisen, also gleichzeitig die Kriterien für zwei verschiedene Kategorien erfüllen:**
Hier gilt: Ziel vor Problem; Konkretes vor Diffusem; bei Gleichgewicht die Reihenfolge. Suizid hat immer Vorrang.
(Beispiel: „Umgang mit Konflikten: Weder in sich hineinfressen, noch explodieren.“ → i6.0; s4.1 allenfalls als zweite Codierung)
 - b) **Bei mehreren Z/P wird das relevanteste ausgewählt.** Bei der Auswahl / Reduktion gilt:
 - **bei gleich konkret, gleichwertigen Z/P:** Das Ziel vor dem Problem; Konkretes vor Diffusem; die Reihenfolge (allenfalls das zweiplatzierte Item als zweite Codierung).
 - **bei nicht gleichwertigen Z/P:** Das relevanteste Ziel / Problem; Konkretes vor Diffusem; Suizid hat immer Vorrang (allenfalls das zweiplatzierte Item als zweite Codierung).
 - c) Sofern bei einem Z/P innerhalb des Raterteams (auch mit Supervision) **kein Konsens** gefunden werden kann, ist eine doppelte Codierung zu geben.

Doppelcodierungen werden nur auf Hauptkategorieebene und Kategorienebene vorgenommen, nicht aber auch Unterkategorienebene.

ICD-10 Codierung	Häufigkeit	Prozent		ICD-10 Codierung	Häufigkeit	Prozent
F111	1	0.04		F43	123	4.38
F200	2	0.07		F430	1	0.04
F2004	1	0.04		F431	39	1.39
F204	2	0.07		F432	198	7.06
F205	2	0.07		F4320	41	1.46
F2325	38	1.35		F4321	292	10.41
F251	1	0.04		F4322	12	0.43
F3	115	4.10		F4323	5	0.18
F31	10	0.36		F4324	1	0.04
F313	1	0.04		F438	16	0.57
F3130	1	0.04		F44	2	0.07
F317	1	0.04		F447	1	0.04
F319	1	0.04		F45	15	0.53
F320	11	0.39		F450	4	0.14
F3200	1	0.04		F451	7	0.25
F3201	2	0.07		F452	5	0.18
F321	61	2.17		F453	7	0.25
F3211	3	0.11		F454	225	8.02
F322	33	1.18		F459	1	0.04
F323	1	0.04		F50	2	0.07
F3230	1	0.04		F502	1	0.04
F330	8	0.29		F509	5	0.18
F331	41	1.46		F51	7	0.25
F3310	2	0.07		F510	3	0.11
F3311	3	0.11		F52	2	0.07
F332	10	0.36		F54	154	5.49
F333	1	0.04		F540	2	0.07
F334	1	0.04		F543	4	0.14
F340	1	0.04		F5454	1	0.04
F341	368	13.12		F60	2	0.07
F342	1	0.04		F601	2	0.07
F348	1	0.04		F603	4	0.14
F40	176	6.27		F604	2	0.07
F400	42	1.50		F605	1	0.04
F4000	2	0.07		F606	3	0.11
F4001	12	0.43		F607	4	0.14
F401	33	1.18		F608	8	0.29
F402	4	0.14		F609	1	0.04
F41	159	5.67		F611	1	0.04
F410	33	1.18		F920	1	0.04
F4100	1	0.04		Gesamt	2589	92.30
F411	37	1.32		Diagnose fehlt	216	7.70
F412	21	0.75		Somatische Erstdiagnosen nach ICD 9	31	2,53
F413	1	0.04		Gesamt	2805	100.0
F414	1	0.04				
F42	5	0.18				
F420	1	0.04				
F422	1	0.04				

Anhang C1: Vollständige Verteilung aller Ziele und der Erstziele (mittlere Abstraktionsebene)

BIT-T Code mittel	Alle Ziele		Erstziele	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
NNB Problem- und Symptombewältigung	86	0.8	18	0.6
Depressives Erleben	672	6.3	222	7.9
Suizidalität	7	0.1	1	0.0
Ängste	964	9.0	387	13.8
Zwänge	29	0.3	8	0.3
Traumata	43	0.4	17	0.6
Suchtverhalten	73	0.7	9	0.3
Essverhalten	274	2.6	32	1.1
Schlaf	304	2.8	60	2.1
Sexualität	15	0.1	2	0.1
Körperbezogene Probleme	1593	14.9	624	22.2
Probleme in umschr. Lebensbereichen / Stress	741	6.9	231	8.2
Medikamente	204	1.9	81	2.9
Andere spez. Probleme	79	0.7	26	0.9
NNB Interpersonale Ziele	72	0.7	13	0.5
Partnerschaft	145	1.4	27	1.0
Aktuelle Familie	85	0.8	17	0.6
Herkunftsfamilie	45	0.4	6	0.2
Andere konkr. Beziehungen	10	0.1	3	0.1
Alleinsein / Trauer	201	1.9	71	2.5
Selbstbehauptung	551	5.1	84	3.0
Kontakt / Nähe	224	2.1	13	0.5
Andere interpers. Ziele	8	0.1	2	0.1
NNB Wohlsein	23	0.2	4	0.1
Bewegung / Aktivität	333	3.1	21	0.7
Entspannung / Gelassenheit	863	8.1	159	5.7
Wohlbefinden	480	4.5	87	3.1
Andere Wohlbefindensziele	2	0.0	0	0.0
NNB Orientierungsziele	8	0.1	3	0.1
Selbstreflexion / Zukunft	335	3.1	72	2.6
Sinnfindung	35	0.3	5	0.2
Andere Orientierungsziele	1	0.0	0	0.0
NNB Selbstentwicklung	110	1.0	25	0.9
Selbstbewusstsein	599	5.6	136	4.8
Selbstverwirklichung	296	2.8	43	1.5
Selbstkontrolle	225	2.1	38	1.4
Gefühlsregulation	127	1.2	24	0.9
NNB Selbstentwicklung	47	0.4	12	0.4
Nicht kategorisierbare Ziele	369	3.4	116	4.1
Regeneration	84	0.8	29	1.0
Psychosoziale Rehabilitation	86	0.8	26	0.9
Somatische Rehabilitation	247	2.3	47	1.7
Keine Therapieziele	14	0.1	4	0.1
Gesamt	10710	100.0	2805	100.0

Anhang C2: Vollständige Verteilung aller Ziele und der Erstziele (feine Abstraktionsebene)

BIT-T Code Fein	Alle Ziele		Erstziele	
	Häufigkeit	Prozente	Häufigkeit	Prozente
NNB Problem- und Symptombewältigung	73	0.7	17	0.6
NNB Depressives Erleben	340	3.2	135	4.8
Negative Gedanken	119	1.1	27	1.0
Negative Stimmung	93	0.9	25	0.9
Antriebslosigkeit	103	1.0	27	1.0
Andere depressive Probleme	20	0.2	8	0.3
Suizidalität	2	0.0	1	0.0
NNB Ängste	551	5.1	245	8.7
Spezifische Ängste	101	0.9	35	1.2
Panikanfälle	63	0.6	38	1.4
Soziale Ängste	96	0.9	22	0.8
Andere spez. Ängste	155	1.4	47	1.7
Zwangssymptome	29	0.3	8	0.3
Traumata	26	0.3	17	0.3
Andere spez. Probleme bei Traumata	17	0.2	8	0.3
NNB Suchtverhalten	12	0.1	5	0.2
Körperlicher Entzug	2	0.0	1	0.0
Entwöhnung	59	0.6	3	0.1
NNB Essverhalten	57	0.5	6	0.2
Essstörungen	14	0.1	4	0.1
Übergewicht	183	1.7	19	0.7
Andere spez. Probleme bei Essverhalten	20	0.2	3	0.1
Schlafprobleme	302	2.8	60	2.1
Andere spez. Probleme bei Schlafproblemen	2	0.0	0	0.0
Sexuelle Probleme	12	0.1	2	0.1
NNB körperbezogene Probleme	65	0.6	13	0.5
Schmerz	831	7.8	362	12.9
Chronische Krankheiten	16	0.1	6	0.2
Andere spez. körperbez. Probleme	693	6.5	244	8.7
NNB Probleme in umschr. Lebensbereichen / Stress	4	0.0	0	0.0
Stress	438	4.1	138	4.9
Wohnsituation	12	0.1	2	0.1
Ausbildung / Arbeit	237	2.2	83	3.0
Organisation des Alltags	46	0.4	6	0.2
Andere spez. Probleme bei umschr. Lebensbereich / Stress	6	0.1	2	0.1
Medikamente	207	1.9	81	2.9
Andere spez. Probleme bei Medikamenten	1	0.0	0	0.0
Andere spezifische Probleme	82	0.8	26	0.9

Anhang C2: Vollständige Verteilung aller Ziele und der Erstziele (feine Abstraktionsebene)

Fortsetzung 1 BIT-T Code Fein	Alle Ziele		Erstziele	
	Häufigkeit	Prozente	Häufigkeit	Prozente
NNB Interpersonale Ziele	72	0.7	13	0.5
NNB Partnerschaft	8	0.1	4	0.1
Partnerschaft verbessern	88	0.8	14	0.5
Sexualität in der Partnerschaft	3	0.0	0	0.0
Individuelles Problem in der Partnerschaft	44	0.4	9	0.3
Elternschaft	54	0.5	15	0.5
Ganze Familie	30	0.3	2	0.1
Herkunftsfamilie	43	0.4	6	0.2
Andere konkr. Beziehungen	10	0.1	3	0.1
NNB Alleinsein / Trauer	2	0.0	2	0.1
Umgang mit Alleinsein	50	0.5	14	0.5
Trauer / Verlust	150	1.4	55	2.0
NNB Selbstbehauptung	128	1.2	26	0.9
Selbstbehauptung interpersonal	332	3.1	51	1.8
Selbstbehauptung intrapsych.	73	0.7	7	0.2
Andere spez. Ziele bei Selbstbehauptung	18	0.2	0	0.0
NNB Kontakt / Nähe	22	0.2	2	0.1
Mehr Kontakt interpersonal	123	1.1	9	0.3
Nähe zulassen	55	0.5	2	0.1
Neue Partnerschaft / Intimität	11	0.1	0	0.0
Andere spez. Ziele bei Kontakt / Nähe	14	0.1	0	0.0
Andere interpersonale Ziele	8	0.1	2	0.1
NNB Wohlbefinden	24	0.2	3	0.1
NNB Bewegung / Aktivität	83	0.8	9	0.3
Mehr Bewegung	233	2.2	11	0.4
Mehr Aktivität	16	0.1	1	0.0
NNB Entspannung / Gelassenheit	659	6.2	135	4.8
Entspannung lernen	89	0.8	8	0.3
Ruhiger / gelassener werden	88	0.8	15	0.5
NNB spez. Ziele bei Entspannung / Gelassenheit	24	0.2	1	0.0
NNB Wohlbefinden	61	0.6	12	0.4
Psych. Wohlbefinden	97	0.9	17	0.6
Psych. Wohlbefinden bei depressivem Kontext	241	2.3	47	1.7
Körpergefühl	69	0.6	10	0.4
Andere spez. Ziele bei Wohlbefinden	14	0.1	2	0.1
Andere Ziele des Wohlseins	2	0.0	0	0.0
NNB Orientierungsziele	8	0.1	3	0.1
NNB Selbstreflexion / Zukunft	10	0.1	2	0.1
Vergangenheit klären	77	0.7	15	0.5
Selbstreflexion / Zukunftsperspektiven	248	2.3	55	2.0
Sinnfragen	35	0.4	5	0.2
Andere Ziele der Orientierung	1	0.0	0	0.0

Anhang C2: Vollständige Verteilung aller Ziele und der Erstziele (feine Abstraktionsebene)

Fortsetzung 2 BIT-T Code Fein	Alle Ziele		Erstziele	
	Häufigkeit	Prozente	Häufigkeit	Prozente
NNB Selbstentwicklung	110	1.0	24	0.9
NNB Selbstbewusstsein	14	0.1	5	0.2
Selbstbewusstsein	513	4.8	121	4.3
Selbstakzeptanz	70	0.7	10	0.4
Andere spez. Ziele bei Selbstbewusstsein	2	0.0	0	0.0
NNB Selbstverwirklichung	110	1.0	15	0.5
Respektieren eigener Wünsche	127	1.2	23	0.8
Verwirklichen eigener Pläne	35	0.3	4	0.1
Andere spez. Ziele bei Selbstverwirklichung	21	0.2	1	0.0
NNB Selbstkontrolle	10	0.1	2	0.1
Kontrolle übernehmen	44	0.4	10	0.4
Perfektionismus mäßigen	162	1.5	26	0.9
Andere spez. Ziele bei Selbstkontrolle	11	0.1	0	0.0
Gefühlsregulation	128	1.2	24	0.9
Andere spez. Ziele bei Selbstentwicklung	47	0.4	12	0.4
Nicht kategorisierbare Ziele	369	3.4	117	4.2
Regeneration	84	0.8	29	1.0
Psychosoziale Rehabilitation	86	0.8	26	0.9
Somatische Rehabilitation	246	2.3	47	1.7
Keine Therapieziele	14	0.1	4	0.1
Gesamt	10710	100.0	2805	100.0

Anhang C3: Häufigkeiten aller Kategorien der Zielverteilungen bei der PV 4 (alle Ziele; mittl. Ebene)

Für die stationäre Therapie						Für die ambulante Nachsorge		
Zielkategorie T1 mittel	N	%	Zielkategorie T2 mittel	N	%	Zielkategorie T3 mittel	N	%
depressives Erleben	97	9.93	depressives Erleben	110	11.78	Selbstbewusstsein/ Selbstwert	86	10.23
Stress / umschriebene Lebensbereiche	79	8.09	Ängste	81	8.67	Ängste	84	9.99
Entspannung und Gelassenheit	73	7.47	Selbstbewusstsein/ Selbstwert	80	8.57	depressives Erleben	80	9.51
Ängste	72	7.37	Entspannung und Gelassenheit	66	7.07	Stress / umschriebene Lebensbereiche	62	7.37
Selbstbewusstsein/ Selbstwert	67	6.86	Stress / umschriebene Lebensbereiche	66	7.07	Selbstbehauptung/ Abgrenzung	44	5.23
Selbstbehauptung/ Abgrenzung	55	5.63	Selbstreflexion & Zukunft	58	6.21	Entspannung und Gelassenheit	44	5.23
Selbstreflexion & Zukunft	52	5.32	körperbezogene Probleme	55	5.89	körperbezogene Probleme	43	5.11
Wohlbefinden	49	5.02	Wohlbefinden	52	5.57	Selbstreflexion & Zukunft	39	4.64
körperbezogene Probleme	47	4.81	Selbstbehauptung/ Abgrenzung	45	4.82	Wohlbefinden	34	4.04
Bewegung & Aktivität	40	4.09	Bewegung & Aktivität	42	4.50	Bewegung & Aktivität	30	3.57
Schlaf	36	3.68	Schlaf	39	4.18	nicht kategorisierbar	29	3.45
Selbstkontrolle	33	3.38	Selbstkontrolle	29	3.10	Schlaf	27	3.21
Gefühlsregulation	28	2.87	Alleinsein & Trauer	22	2.36	bestehende Partnerschaft	27	3.21
Selbstverwirklichung	26	2.66	Gefühlsregulation	20	2.14	Kontakt/Nähe/ Austausch	24	2.85
Essverhalten	24	2.46	Essverhalten	19	2.03	Selbstverwirklichung	19	2.26
bestehende Partnerschaft	22	2.25	Somatische Rehabilitation	19	2.03	Selbstkontrolle	19	2.26
Kontakt/Nähe/ Austausch	22	2.25	Kontakt/Nähe/ Austausch	18	1.93	Essverhalten	17	2.02
Alleinsein & Trauer	21	2.15	Bestehende Partnerschaft	14	1.50	Somatische Rehabilitation	17	2.02
Aktuelle Familie	14	1.43	nicht kategorisierbar	13	1.39	Gefühlsregulation	15	1.78
Somatische Rehabilitation	14	1.43	Selbstverwirklichung	12	1.28	Alleinsein & Trauer	13	1.55
a. konkrete Beziehungen	13	1.33	Sinnfindung	9	0.96	Aktuelle Familie	12	1.43
Herkunftsfamilie	12	1.23	Suchtverhalten	8	0.86	Traumata	10	1.19
nicht kategorisierbar	12	1.23	Aktuelle Familie	8	0.86	a. konkrete Beziehungen	9	1.07
Traumata	9	0.92	a. Problembewältigung	8	0.86	Suchtverhalten	7	0.83
Regeneration	9	0.92	Medikamente	7	0.75	Regeneration	7	0.83
NNB Problembewältigung	8	0.82	a. konkrete Beziehungen	6	0.64	Herkunftsfamilie	6	0.71
Suchtverhalten	8	0.82	Traumata	5	0.54	NNB Problembewältigung	5	0.59
Sinnfindung	7	0.72	Zwänge	4	0.43	Medikamente	5	0.59
Zwänge	6	0.61	keine Therapieziele	4	0.43	a. Problembewältigung	5	0.59
a. Problembewältigung	5	0.51	Sexualität	3	0.32	a. Interpersonale Ziele	4	0.48

Anhang C3: Häufigkeiten aller Kategorien der Zielverteilungen bei der PV 4 (alle Ziele; mittl. Ebene)

Fortsetzung 1			Für die stationäre Therapie			Für die ambulante Nachsorge		
Zielkategorie T1 mittel	N	%	Zielkategorie T2 mittel	N	%	Zielkategorie T3 mittel	N	%
NNB Wohlbefinden	3	0.31	Herkunftsfamilie	2	0.21	Sinnfindung	3	0.36
Medikamente	3	0.31	NNB Selbstentwicklung	2	0.21	NNB Selbstentwicklung	3	0.36
Sexualität	2	0.20	Regeneration	2	0.21	Psychosoziale Rehabilitation	3	0.36
NNB Interpersonale Ziele	2	0.20	Suizidalität / selbstdestruktives Verhalten	1	0.11	Zwänge	2	0.24
NNB Selbstentwicklung	2	0.20	NNB Interpersonale Ziele	1	0.11	Sexualität	2	0.24
Suizidalität / selbstdestruktives Verhalten	1	0.10	Psychosoziale Rehabilitation	1	0.11	NNB Wohlbefinden	2	0.24
NNB Orientierung	1	0.10	a. Interpersonale Ziele	1	0.11	NNB Interpersonale Ziele	1	0.12
Psychosoziale Rehabilitation	1	0.10				a. Selbstentwicklung	1	0.12
a. Interpersonale Ziele	1	0.10				keine Therapieziele	1	0.12
a. Selbstentwicklung	1	0.10						

Anhang C4:Häufigkeiten aller Kategorien der Zielverteilungen bei der PV 4 (alle Ziele; feine Ebene)

Für die stationäre Therapie						Für die ambulante Nachsorge		
Zielkategorie T1 fein	N	%	Zielkategorie T2 fein	N	%	Zielkategorie T3 fein	N	%
Selbstbewusstsein steigern	57	5.83	Selbstbewusstsein steigern	68	7.27	Selbstbewusstsein steigern	68	8.09
Stress allgemein	48	4.91	NNB Ängste	58	6.20	NNB depressives Erleben	43	5.11
entspannen lernen	40	4.09	Stress allgemein	49	5.24	NNB Ängste	42	4.99
Selbstreflexion & Zukunft	39	3.99	NNB depressives Erleben	47	5.03	Stress allgemein	42	4.99
Schlafprobleme	36	3.68	Schlafprobleme	39	4.17	nicht kategorisierbar	29	3.45
Schmerz	33	3.38	Selbstreflexion & Zukunft	35	3.74	Schlafprobleme	27	3.21
ruhiger/ gelassener werden	31	3.17	Schmerz	35	3.74	ruhiger/ gelassener werden	26	3.09
negative Gedanken	28	2.87	entspannen lernen	34	3.64	Selbstreflexion & Zukunft	26	3.09
mehr Bewegung	28	2.87	mehr Bewegung	31	3.32	Schmerz	23	2.73
Gefühlsregulation	28	2.87	Psych. Wohlbefinden (De.)	29	3.10	mehr Bewegung	19	2.26
NNB Ängste	27	2.76	Negative Gedanken	25	2.67	Psych. Wohlbefinden (De.)	18	2.14
interpersonale Abgrenzung	27	2.76	Antriebslosigkeit	23	2.46	Interpersonale Abgrenzung	17	2.02
NNB depressives Erleben	26	2.66	Vergangenheit klären	22	2.35	entspannen lernen	17	2.02
negative Stimmung	25	2.56	Kontrolle abgeben	22	2.35	Somatische Rehabilitation	17	2.02
Kontrolle abgeben	25	2.56	Gefühlsregulation	20	2.14	Arbeit & Ausbildung	17	2.02
Arbeit & Ausbildung	25	2.56	Somatische Rehabilitation	19	2.03	negative Stimmung	16	1.90
Psych. Wohlbefinden (De.)	24	2.46	a. körperbezogene Probleme	19	2.03	a. körperbezogene Probleme	16	1.90
eigene Wünsche respektieren	19	1.94	Trauer & Verlust	17	1.82	Sich akzeptieren	15	1.78
Antriebslosigkeit	17	1.74	ruhiger/ gelassener werden	17	1.82	Kontrolle abgeben	15	1.78
intrapsychische Abgrenzung	16	1.64	negative Stimmung	16	1.71	Gefühlsregulation	15	1.78
Übergewicht	14	1.43	NNB Abgrenzung	16	1.71	a. Ängste	15	1.78
Somatische Rehabilitation	14	1.43	intrapsychische Abgrenzung	15	1.60	NNB Abgrenzung	14	1.66
spezifische Ängste	13	1.33	Psych. Wohlbefinden	15	1.60	Partnerbeziehung verbessern	13	1.55
a. konkrete Beziehungen	13	1.33	interpersonale Abgrenzung	14	1.50	Vergangenheit klären	13	1.55
Psych. Wohlbefinden	13	1.33	NNB Entspannung/ Gelassenheit	14	1.50	intrapsychische Abgrenzung	12	1.43
Vergangenheit klären	13	1.33	nicht kategorisierbar	13	1.39	eigene Wünsche respektieren	11	1.31
Panikanfälle	12	1.23	Arbeit & Ausbildung	12	1.28	negative Gedanken	10	1.19
Herkunftsfamilie	12	1.23	sich akzeptieren	11	1.18	spezifische Ängste	10	1.19
nicht kategorisierbar	12	1.23	spezifische Ängste	10	1.07	Psych. Wohlbefinden	10	1.19
a. körperbezogene Probleme	12	1.23	Übergewicht	10	1.07	Panikanfälle	9	1.07
Individuelles Ziel in der Partnerschaft	11	1.13	NNB bestehende Partnerschaft	10	1.07	Traumata	9	1.07

Anhang C4:Häufigkeiten aller Kategorien der Zielverteilungen bei der PV 4 (alle Ziele; feine Ebene)

Fortsetzung 1			Für die stationäre Therapie			Für die ambulante Nachsorge		
Zielkategorie T1 fein	N	%	Zielkategorie T2 fein	N	%	Zielkategorie T3 fein	N	%
Trauer & Verlust	11	1.13	NNB Aktivität/ Bewegung	10	1.07	Individuelles Ziel in der Partnerschaft	9	1.07
NNB Abgrenzung	11	1.13	Sinnfragen	9	0.96	a. konkrete Beziehungen	9	1.07
mehr Aktivitäten	11	1.13	eigene Wünsche respektieren	8	0.86	Kontakt aufnehmen/ verbessern	9	1.07
Körpergefühl	11	1.13	a. Problembewältigung	8	0.86	mehr Aktivitäten	9	1.07
a. Ängste	11	1.13	Nähe zulassen	7	0.75	Antriebslosigkeit	8	0.95
Alleinsein	10	1.02	Medikamente	7	0.75	Soziale Ängste	8	0.95
sich akzeptieren	10	1.02	a. konkrete Beziehungen	6	0.64	Entwöhnung	7	0.83
Soziale Ängste	9	0.92	Kontakt aufnehmen / verbessern	6	0.64	Essstörungen i.e.S.	7	0.83
Regeneration	9	0.92	Körpergefühl	6	0.64	aktuelle Familie als Ganzes	7	0.83
Traumata	8	0.82	Kontrolle übernehmen	6	0.64	Trauer & Verlust	7	0.83
Entwöhnung	8	0.82	Traumata	5	0.53	Regeneration	7	0.83
Essstörungen i.e.S.	8	0.82	Alleinsein	5	0.53	Herkunftsfamilie	6	0.71
aktuelle Familie als Ganzes	8	0.82	Alltag / Tagesstruktur	5	0.53	Alleinsein	6	0.71
Kontakt aufnehmen / verbessern	8	0.82	a. Ängste	5	0.53	Nähe zulassen	6	0.71
Nähe zulassen	8	0.82	keine Therapieziele	5	0.53	eigene Wünsche verwirklichen	6	0.71
NNB Problembewältigung	7	0.72	Panikanfälle	4	0.43	NNB Problembewältigung	5	0.59
Sinnfragen	7	0.72	Soziale Ängste	4	0.43	Übergewicht	5	0.59
Kontrolle übernehmen	7	0.72	Zwangssymptome	4	0.43	Elternschaft	5	0.59
Zwangssymptome	6	0.61	NNB Suchtverhalten	4	0.43	Medikamente	5	0.59
Partnerbeziehung verbessern	6	0.61	Entwöhnung	4	0.43	a. Problembewältigung	5	0.59
Elternschaft	6	0.61	Essstörungen i.e.S.	4	0.43	a. Kontakt / Nähe	5	0.59
a. Problembewältigung	5	0.51	Elternschaft	4	0.43	Körpergefühl	4	0.48
neue Partnerschaft	4	0.41	aktuelle Familie als Ganzes	4	0.43	Kontrolle übernehmen	4	0.48
eigene Wünsche verwirklichen	4	0.41	Sexuelle Probleme	3	0.32	a. Essverhalten	4	0.48
Alltag / Tagesstruktur	4	0.41	neue Partnerschaft	3	0.32	a. Interpersonales Ziel	4	0.48
Sexualität in der Partnerschaft	3	0.31	a. Essverhalten	3	0.32	neue Partnerschaft	3	0.36
NNB Wohlbefinden	3	0.31	NNB Essverhalten	2	0.21	Sinnfragen	3	0.36
Chronische Krankheit	3	0.31	Partnerbeziehung verbessern	2	0.21	NNB Selbstentwicklung	3	0.36
Medikamente	3	0.31	Herkunftsfamilie	2	0.21	Psychosoziale Rehabilitation	3	0.36
Sexuelle Probleme	2	0.20	NNB Kontakt / Nähe	2	0.21	a. depressives Erleben	3	0.36
NNB Interpersonales Ziel	2	0.20	NNB Wohlbefinden	2	0.21	Zwangssymptome	2	0.24
NNB Entspannung / Gelassenheit	2	0.20	NNB Selbstentwicklung	2	0.21	Sexuelle Probleme	2	0.24
NNB Selbstentwicklung	2	0.20	NNB Selbstverwirklichung	2	0.21	NNB bestehende Partnerschaft	2	0.24

Anhang C4:Häufigkeiten aller Kategorien der Zielverteilungen bei der PV 4 (alle Ziele; feine Ebene)

Fortsetzung 2			Für die stationäre Therapie			Für die ambulante Nachsorge		
Zielkategorie T1 fein	N	%	Zielkategorie T2 fein	N	%	Zielkategorie T3 fein	N	%
a. bestehende Partnerschaft	2	0.20	eigene Wünsche verwirklichen	2	0.21	Sexualität in der Partnerschaft	2	0.24
a. Kontakt/Nähe	2	0.20	Regeneration	2	0.21	NNB Wohlsein	2	0.24
a. Selbstverwirklichung	2	0.20	Suizidalität	1	0.11	NNB Aktivität/Bewegung	2	0.24
Suizidalität	1	0.10	NNB Interpersonales Ziel	1	0.11	NNB körperbezogene Probleme	2	0.24
Verarbeiten von Traumata	1	0.10	Sexualität in der Partnerschaft	1	0.11	Chronische Krankheit	2	0.24
NNB Essverhalten	1	0.10	Individuelles Ziel in der Partnerschaft	1	0.11	NNB Stress	2	0.24
NNB Aktivität / Bewegung	1	0.10	mehr Aktivitäten	1	0.11	a. Selbstbewusstsein	2	0.24
NNB Wohlbefinden	1	0.10	NNB Selbstreflexion	1	0.11	a. Selbstverwirklichung	2	0.24
NNB Orientierung	1	0.10	NNB Selbstbewusstsein	1	0.11	Verarbeiten von Traumata	1	0.12
NNB Selbstverwirklichung	1	0.10	Psychosoziale Rehabilitation	1	0.11	NNB Interpersonales Ziel	1	0.12
Psychosoziale Rehabilitation	1	0.10	NNB körperbezogene Probleme	1	0.11	NNB Kontakt/Nähe	1	0.12
NNB Stress	1	0.10	a. Interpersonales Ziel	1	0.11	NNB Entspannung / Gelassenheit	1	0.12
a. depressives Erleben	1	0.10	a. Selbstkontrolle	1	0.11	NNB Wohlbefinden	1	0.12
a. Essverhalten	1	0.10				NNB Selbstbewusstsein	1	0.12
a. Abgrenzung	1	0.10				Alltag / Tagesstruktur	1	0.12
a. Interpersonales Ziel	1	0.10				a. bestehende Partnerschaft	1	0.12
a. Selbstkontrolle	1	0.10				a. Abgrenzung	1	0.12
a. Selbstentwicklung	1	0.10				a. Wohlbefinden	1	0.12
a. Stress	1	0.10				a. Selbstentwicklung	1	0.12
						keine Therapieziele	1	0.12

Matthias Berking
Diplom Psychologe

Sertürnerstr. 10
37085 Göttingen
Tel. 0551-7702504

Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum 30.04.1971
Geburtsort Pittsburgh/USA
Familienstand verheiratet, zwei Kinder
Staatsangehörigkeit deutsch

Schulbildung

1977-1981 Grundschule in Schladen/Harz und Eschershausen
1981-1983 Orientierungsstufe Schladen/Harz,
1983-1990 Gymnasium Wolfenbüttel
1990 Abitur

Hochschulausbildung

Oktober 1990 Aufnahme des Studiums der Psychologie an der Georg-August-Universität Göttingen
Oktober 1991 Aufnahme des Studiums der Philosophie und der Sportwissenschaften an der Georg-August-Universität Göttingen
April 1998 Abschluss des Psychologiestudiums mit Diplom

Berufstätigkeit

April 1998-Oktober 2001 Als Diplompsychologe und Bezugstherapeut in der Paracelsus Roswitha Klinik Bad Gandersheim
Seit April 2001 Leitung der ambulanten psychosomatischen Nachsorge im Raum Göttingen/ Südniedersachsen
Seit Oktober 2001 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen

Berufliche Weiterbildungen

1994-1996 Ausbildung in Gesprächsführung bei der Telefonseelsorge Göttingen
1996-2001 Verhaltenstherapeutische Ausbildung bei der DGVT
1997-1998 Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie beim DIREKT-Institut in Würzburg
1998-2003 Ausbildung in Klinischer Verhaltenstherapie bei der AWKV in Kassel
August 2003 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut

Göttingen den 5.12.2003