Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Kächele

# EVALUATION DER TEILSTATIONÄREN BEHANDLUNG AN DER PSYCHOSOMATISCHEN TAGESKLINIK ULM

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Axel Schöps
Göppingen
2007

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim
2. Berichterstatter: PD Dr. Ute Ziegenhain
Tag der Promotion: 25. Januar 2008

Abkürzungsverzeichnis ..... 5
1. Einleitung ..... 7
1.1. Qualitätsmanagement ..... 7
1.1.1. Qualitätsmanagement im Gesundheitsbereich ..... 9
1.1.2. Qualitätsmanagement in der Psychotherapie ..... 12
1.2. Teilstationäre Psychotherapie ..... 24
1.2.1. Indikatoren für eine teilstationäre Behandlung ..... 26
1.2.2. Empirische Befunde zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung ..... 28
1.3. Die Psychosomatische Tagesklinik der Universität Ulm ..... 30
1.3.1. Aufnahmeprozedere und Indikation ..... 30
1.3.2. Das Behandlungskonzept ..... 32
2. Fragestellung und Hypothesen ..... 37
2.1. Allgemeine Messstrategie ..... 37
2.1.1. Fragestellung ..... 37
2.1.2. Hypothesen ..... 37
2.2. Individuelle Messstrategie ..... 38
2.2.1. Fragestellung ..... 38
2.2.2. Hypothesen ..... 38
3. Material und Methodik ..... 39
3.1. Stichprobe ..... 39
3.2. Instrumente der Datenerhebung der allgemeinen Messstrategie ..... 39
3.2.1. Demographische Angaben ..... 40
3.2.2. Fragen zum momentanen Wohlbefinden ..... 40
3.2.3. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit ..... 40
3.2.4. Gießener Beschwerdebogen (GBB) ..... 40
3.2.5. Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ..... 41
3.2.6. Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) ..... 41
3.2.7. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF 8) ..... 42
3.3. Datenauswertung der allgemeinen Messstrategie ..... 43
3.4. Veränderungsbewertung des Qualitätsmanagement-Programms AKQUASI ..... 45

3.5. Instrumente der Datenerhebung der individuellen Messstrategie ..... 47
3.6. Datenauswertung der individuellen Messstrategie ..... 47
4. Ergebnisse ..... 50
4.1. Beschreibung der Stichprobe ..... 50
4.1.1. Soziodemographische Merkmale ..... 50
4.1.2. Krankheitsbezogene Merkmale ..... 52
4.1.3. Diagnosen ..... 53
4.2. Ergebnisse der allgemeinen Messstrategie: Die psychometrischen Skalen ..... 55
4.2.1. Fragen zum momentanen Wohlbefinden ..... 56
4.2.2. Fragen zur Lebenszufriedenheit/Lebensqualität ..... 58
4.2.3. Gießener Beschwerdebogen GBB ..... 59
4.2.4. Symptomcheckliste (SCL-90-R) ..... 60
4.2.5. Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) ..... 63
4.2.6. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF8) ..... 64
4.2.7. Erfolgsbewertung nach dem QM-System AKQUASI ..... 65
4.3. Ergebnisse der idiographischen Messstrategie: Individuelle Therapiezielformulierung ..... 66
4.3.1. Therapiezielformulierung ..... 66
4.3.2. Einschätzung der Therapiezielerreichung ..... 72
5. Diskussion ..... 78
5.1. Allgemeine Messstrategie ..... 79
5.2. Individuelle Messstrategie ..... 82
6. Zusammenfassung ..... 87
7. Literaturverzeichnis ..... 89
8. Anhang ..... 96
9. Danksagung ..... 125

## *Abkürzungen*

| | |
|---|---|
| A | Messung am Anfang der teilstationären Behandlung (in der ersten Behandlungswoche) |
| AKQUASI | AKtive Interne QUAlitätsSIcherung |
| BSS | Beeinträchtigungs-Schwere-Score |
| d | Effektstärken |
| DIN | Deutsches Institut für Normung |
| E | Messung am Ende der teilstationären Behandlung |
| EDI | Eating Disorder Inventory |
| EN | Europäisches Komitee für Normung |
| ES | Effektstärken |
| F | F-Wert |
| FLZ | Fragebogen zur Lebenszufriedenheit |
| GBB | Gießener Beschwerdebogen |
| HAQ | Helping-Alliance Questionnaire |
| I | Messung zum Erstinterview in der psychotherapeutischen Ambulanz |
| ISO | International Organisation for Standardization |
| ITZ | Individuelle Therapieziele |
| K | Messung zum Katamnesezeitpunkt |
| M | Mittelwert |
| $m_a$, $m_b$ | Mittelwert der Prä- und Postgruppe |
| $n_a$, $n_b$ | Stichprobenumfang der Prä- und Postgruppe |
| NE | Anzahl der Patienten zur Entlassung |
| Nges | Anzahl aller Patienten |
| NI | Anzahl der Patienten zum Erstinterviewzeitpunkt |
| NK | Anzahl der Patienten zur Katamnese |
| P | Signifikanzniveau |
| $P_e$ | relativer Anteil der Übereinstimmungen bei zufälligem Rateverhalten. |
| PMR | progressive Muskelrelaxation nach Jacobssen |

| | |
|---|---|
| $P_o$ | relativer Anteil der Fälle, in denen die Rater identische Urteile abgegeben haben |
| QM | Qualitätsmanagement |
| r | Korrelationskoeffizient |
| RCI | Reliable Change Index |
| $s_a$, $s_b$ | Standardabweichung der Prä- und Postgruppe |
| SCL-90-R | Symptom-Checkliste |
| SD | Standardabweichung |
| SD | Standardabweichung |
| TQM | Total Quality Management |
| ZUF-8 | Fragebogen zur Patientenzufriedenheit |
| Κ | Übereinstimmungskoeffizient Kappa |

## *Hinweis zu männlich und weiblichen Wortformen:*

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

# 1. Einleitung

## *1.1. Qualitätsmanagement*

In den 50er Jahren regten zunächst der militärische Bereich, sowie die hohen Anforderungen an das sichere Betreiben von Atomkraftwerken die Entwicklung von Regelwerken zur Qualitätssicherung an. Auch waren Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung Konzepte, die in der Industrie entwickelt wurden, nicht zuletzt durch die Etablierung eines institutionalisierten Verbraucherschutzes, zunächst eng am Erzeugnis orientiert. In den 80er und 90er Jahren änderten sich die Konzepte zum Qualitätsmanagement grundlegend. Die Qualität der sonstigen Leistungen des Unternehmens wie Service, Kundendienst oder Darreichungsform rückten mehr in den Vordergrund. Aus dieser Perspektive entwickelte sich eine Qualitätsphilosophie, die alle Bereiche und alle Mitarbeiter eines Unternehmens in die Qualitätsarbeit mit einbezieht. Dieses Qualitätsmanagement wurde unter dem Begriff des „Total Quality Management“ (TQM) bekannt und steht für die Idee, dass Qualitätskontrolle nicht darauf beschränkt sein sollte, ans Ende der Produktionskette einen „Qualitätskontrolleur“ zu stellen, der das Endresultat prüft. Vielmehr sollte sie die ganze Organisation durchdringen – vom Augenblick der Anlieferung der Rohmaterialien bis zu dem Moment, an dem das Endprodukt das Werk verlässt.

Total Quality Management ist ein prozessorientiertes System, das auf der Überzeugung gründet, dass Qualität eine Frage der Ausrichtung an den Erfordernissen der Kunden sei. Diese Erfordernisse lassen sich messen, so dass Abweichungen von einem gewissen Standard mittels Prozessverbesserung oder -umgestaltung vermieden werden können.

TQM ist die „…Führungsmethode einer Organisation, bei der Qualität in den Mittelpunkt gestellt wird, die auf der Mitwirkung aller Mitglieder beruht und auf langfristige Erfolge durch Zufriedenstellung der Kunden und durch Nutzen für die

Mitglieder der Organisation sowie der Gesellschaft zielt…“ (Göpfert-Divivier et al., 1999, S. 25).

Ursprünglich wurde das Total Quality Management in japanischen Firmen umgesetzt, die sich dadurch einen großen Vorsprung vor der ausländischen Konkurrenz sicherten, dann von amerikanischen Unternehmen übernommen und schließlich in den späten 80er Jahren auch in Europa verwendet.

Bis zu diesem Zeitpunkt gab es viele nationale und viele branchenspezifische Regelwerke. Die zunehmende Globalisierung des Handels machte jedoch eine Vereinheitlichung der Regelwerke notwendig, so dass die internationale Organisation für Normung (International Organisation for Standardization, ISO) mit der Ausarbeitung eines weltweit einheitlichen, branchenübergreifenden QM-Regelwerkes beauftragt wurde. Dieses Regelwerk wurde 1987 verabschiedet und seitdem in über 80 Staaten übernommen. Es soll regelmäßig den neuen Anforderungen und Einschätzungen angepasst werden.

In Deutschland ist die daraus entstandene „DIN ISO 9000“-Familie eine Reihe von Regelwerken, die allgemeingültige Leitlinien und Empfehlungen zu Qualitätsmanagementsystemen (QMS) gibt. Dabei werden alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements umfasst, die im Rahmen des QMS die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen, sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung verwirklichen. Die Übernahme dieser ISO-Normen in den Staaten der im Europäischen Komitee für Normung zusammengeschlossenen Normungsinstitute wird durch die Abkürzung EN signalisiert. Die Verbindlichkeit dieser Normen in Deutschland wiederum ergibt sich aus der Kennzeichnung DIN (Deutsches Institut für Normung e. V.). Dementsprechend sind in Deutschland die Normen mit DIN EN ISO gekennzeichnet.

Nach der DIN ISO 9000 wird Qualität als die „Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“ definiert. Anschaulicher gesagt ist Qualität das Verhältnis zwischen IST (realisierter Beschaffenheit) und SOLL (geforderter Beschaffenheit) eines Produktes oder

einer Dienstleistung. Im Allgemeinen lassen sich die Anliegen der Serie DIN ISO 9000 folgendermaßen zusammenfassen:

- Schaffung einer Aufbau- und Ablauforganisation.
- Qualifikation von Mitarbeitern und Mitteln.
- Regelung von Zuständigkeiten, Verantwortung und Befugnissen.
- Dokumentationspflicht für Regelungen und Ergebnisse.
- Berichtspflicht bis zur höchsten Leitungsebene.
- Beherrschung von Risiken und Wirtschaftlichkeit
- Vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von Qualitätsproblemen.

### *1.1.1. Qualitätsmanagement im Gesundheitsbereich*

Seit 1988 verlangt das deutsche Gesundheitsreformgesetz nun auch von allen Anbietern medizinischer Leistungen die Einrichtung von qualitätssichernden Maßnahmen. Dort heißt es:

„Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ (5. Sozialgesetzbuch, § 135f)

Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser, sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind so, nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Sie sind verantwortlich sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität, letztendlich also den krankheitsbedingten Zustand des Patienten zu verbessern.

Die technische Sprache dieser Normen machte eine Übertragung in den sozialen oder medizinischen Bereich jedoch schwierig, so dass die DIN ISO 9000-Familie im Jahre 2000 vollständig überarbeitet wurde. Mit diesem einheitlichen Regelwerk wurde es nun möglich, auch in nicht-technischen oder nicht-wirtschaftlichen Bereichen ein Qualitätsmanagement aufzubauen. Qualität wird in diesem Bereich

daher auch definiert als, „den unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom jeweiligen medizinischen Versorgungssystem erreichten Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden“ (Definition nach der US-amerikanischen Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations).
In Deutschland wurden bereits mit Stand Juni 1998 37 Akut-, Fach- und Reha-Kliniken nach DIN EN ISO 9000 zertifiziert. Hinzu kommen zahlreiche Pflegeeinrichtungen, Altersheime, Sozialdienste, Arztpraxen und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens. Mit Zunahme der Zahl der zertifizierten Krankenhäuser beginnt dieses Zertifikationsverfahren, trotz alternativ überlegten Verfahren der Krankenversicherungen und der Krankenhausträger, Standard zu werden. Inzwischen stößt diese Methode auf eine breite Akzeptanz in Form der Qualitätsdokumentation.
Ein Kritikpunkt an die DIN EN ISO 9000 ist sicherlich, dass die Forderungen der Darstellungselemente sich mehr auf organisatorische und betriebswirtschaftliche Belange stützen, und es letztlich dem Krankenhaus nach den eigenen Vorgaben und Zielsetzungen überlassen bleibt, welchen Organisationsgrad es erreichen will. Standards, ärztliche/pflegerische Belange oder Anforderungen an eine patientengerechte Versorgung sind zur Zeit noch nicht Bestandteil dieser Zertifizierung. Auch existiert kein einheitliches System, da das Bundesministerium für Gesundheit es den Beteiligten im Gesundheitswesen selbst übertragen hat, eigene Qualitätssicherungssysteme zu entwickeln. Somit verbleiben den einzelnen Einrichtungen weite Spielräume in der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems.

Ebenso gestaltet sich die Konkretisierung bzw. Operationalisierung dabei als ein schwieriger Prozess. Hierzu bieten sich die verschiedenen Qualitätsdimensionen nach Donabedian und Arbor (1982) an (Abbildung 1). Sie dienen als Orientierungsgrundlage in komplexen Zusammenhängen und haben sich als eine Art begriffliches Raster in Qualitätsmanagementsystemen auch im psychosozialen Bereich durchgesetzt. Donabedian unterscheidet dabei drei Qualitätsdimensionen:

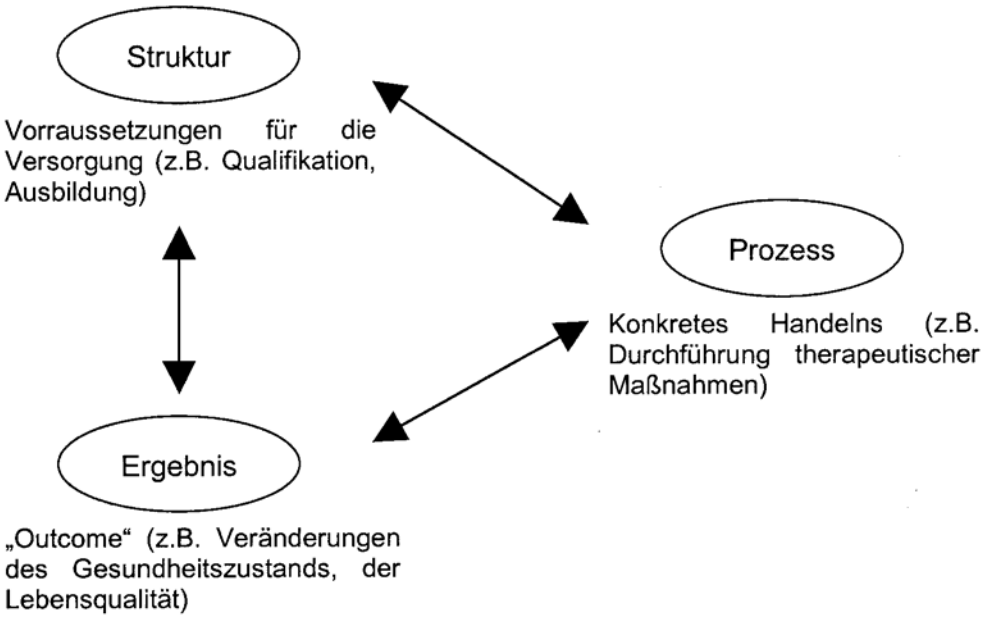



Abbildung 1. Dimensionen der Qualtität (nach Donabedian und Arbor, 1982).

1.) Die Strukturqualität (Appraisal of structure) entspricht die im Zeitverlauf relativ konstanten Charakteristika des Leistungserbringers selbst, der ihm zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen und der physischen und organisatorischen Arbeitsumgebung. Als Beispiele der eingesetzten Mittel seien genannt: Personal, medizinische Einrichtung, technische Ausstattung, Medikamente, medizinischer Sachbedarf und Arbeitsablauforganisation. Die zugrundeliegende Arbeitshypothese besagt, dass eine positive Korrelation zwischen Qualität der eingesetzten Mittel einerseits und Qualität der medizinischen Versorgung andererseits anzunehmen ist. Anders ausgedrückt: Qualifiziertes Personal, hochwertige technische Ausstattung und gute Organisation bewirken gute medizinische Ergebnisse.

2.) Die Prozessqualität (Assessment of process) ist gegeben durch die Qualität des Behandlungsprozesses. Sie umfasst alle Maßnahmen, die im Laufe einer Behandlung ergriffen oder nicht ergriffen worden sind. Sie setzt dabei voraus, dass Umfang und Ablauf der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der ärztlichen Berufspraxis entsprechen. Die Arbeitshypothese lautet: Ein qualitativ hochwertiger Behandlungsprozess bewirkt ein gutes Behandlungsergebnis.

3.) Die Ergebnisqualität (Assessment of outcomes) bezieht sich auf die Qualität der Zielerreichung, in diesem Falle auf das Behandlungsergebnis. Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses erfolgt im Hinblick auf Gesundheits- und Zufriedenheitszustand des Patienten. Die Ergebnisqualität ist der primäre Beurteilungsmaßstab für eine medizinische Leistung.

In der Praxis lassen sich die Qualitätsdimensionen nicht immer trennscharf aufteilen. Dies liegt wie so oft an der Unmöglichkeit, die komplexe Wirklichkeit detailgenau abzubilden. So kommt es auch bei Donabedians Qualitätsdimensionen oft zu Überschneidungen und Zuordnungsschwierigkeiten. Des weiteren bedingen sich die einzelnen Dimensionen so stark, dass man sie nicht für sich betrachten kann, sondern als Komplex wahrnehmen muss.

### *1.1.2. Qualitätsmanagement in der Psychotherapie*

Verständlicherweise ist für manche Psychotherapeuten der Umgang mit dem Begriff des Qualitätsmanagements problematisch. Zumal die Herkunft des Qualitätsmanagements aus dem auf Gewinnmaximierung orientierten privatwirtschaftlichen Bereich stammt, die Qualitätsmathematik im Zusammenhang mit Versuchen der Kostensenkung im Gesundheitswesen aufkam, und oft unter dem Gesichtspunkt der externen Kontrolle diskutiert und erfahren wird.

Ebenso gab es kaum eine konkrete Vorstellung darüber, was unter QM vor allem in der Psychotherapie oder Psychiatrie zu verstehen sei. Nübling & Schmidt (1998, S. 51) definiert dies als „die optimale Versorgung psychisch kranker Menschen nach dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele, sowie behandlungsbezogenen Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit“. Herzog und Stein (2000, S. 1) formulieren ganz pragmatisch: „Leiden soll gemindert, womöglich behoben werden, aufgehobene oder beeinträchtigte Funktionen sollen wiederhergestellt werden, Leben soll wieder umfassend lebbar werden.“ Jeder Therapeut fragt sich im Einzelfall danach, was das Problem seines Patienten ist und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt, wie diese organisiert werden können, welcher zeitliche und geistige Aufwand damit verbunden ist, und ob er selber oder ein

anderer über die erforderlichen Kompetenzen und Kapazitäten verfügt. Letztendlich lautet eine zentrale Frage zur Qualität klinischer Praxis: In welchem rationalen Verhältnis stehen klinische Abläufe und Prozeduren zu ihren intendierten Ergebnissen und wie können diese Strukturen, Prozesse und Ergebnisse am besten ermittelt werden. Dabei scheint es offensichtlich, dass die Behandlungsergebnisse zunächst am einfachsten zu ermitteln sind.
Nach Kordy und Scheibler (1984) kann Ergebnisevaluation durch die Vorgänge Messen (Datensammlung) und Bewerten (Beurteilung der Daten anhand vorher festgelegter Kriterien) beschrieben werden. Für beide Schritte ist ein allgemeines, ein gruppenspezifisches oder auch ein individuelles Vorgehen denkbar.

Bei der *allgemeinen Messstrategie* durchlaufen alle Patienten einer Einrichtung das gleiche Assessment. Eine allgemeine Bewertungsstrategie formuliert für sämtliche Patienten die gleichen Erfolgskriterien: In der Regel eine statistische Veränderung vom Prä- zum Posttest. Vorteile allgemeiner Mess- und Bewertungsstrategien bestehen in der rationalen Anwendbarkeit, der hohen Standardisierung und der allgemeinen Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Nachteile sind darin zu sehen, dass die Befragung und Erfolgsbewertung relativ allgemein gehalten werden muss. Dadurch bleiben individuelle Therapieziele möglicherweise unberücksichtigt. Umgekehrt sind nicht alle Erfolgskriterien für sämtliche Patienten gleich relevant.
Bei der *gruppenspezifischen Messstrategie* durchlaufen alle Patienten einer bestimmten Indikationsgruppe ein auf sie abgestimmtes Assessment. So erhalten etwa alle Patienten mit einer Essstörung (und nur diese) das Eating Disorder Inventory (Paul & Thiel, 2004). Eine gruppenspezifische Bewertungsstrategie formuliert für jede Indikationsgruppe eigene Kriterien für den Behandlungserfolg. So könnten sämtliche Patienten die gleiche Beschwerdenliste ausfüllen (allgemeine Meßstrategie), bei der Erfolgsbeurteilung aber für jede Diagnosegruppe eigene Kriterien (z.B. Reduktion des EDI-Scores) ansetzen (gruppenspezifische Bewertungsstrategie). Vorteile des Ansatzes sind in der differenzierteren Erfassung unterschiedlicher Aspekte einer Störung, sowie einer gerechteren Beurtei-

lung zu sehen, welche die Besonderheiten einer bestimmten Patientengruppe berücksichtigt. Nachteilig ist die mangelnde Vergleichbarkeit der Ergebniskennwerte zwischen unterschiedlichen Indikationsgruppen. Auch ist der organisatorische Aufwand höher, da mehrere Fragebogensysteme bzw. Bewertungsschemata verwendet werden müssen.

Bei der *individualisierten Messstrategie* wird für jeden Patienten eine individuelle Definition von Problembereichen und Therapiezielen vorgenommen. Hier werden für jeden Patienten eigene Erfolgskriterien, z.B. anhand individueller Therapieziele formuliert. Von theoretischer Seite wird seit längerem eine systematische Erfassung von Therapiezielen und als Folge eine Bewertung des Grades der Zielerreichung gefordert (Kanfer et al., 2000). Diese Forderung nach einer Fokussierung der Behandlung auf bestimmte therapeutische Zielsetzungen wurde durch knapper werdende finanzielle Ressourcen gerade in den letzten Jahren noch verstärkt.

Vorteile der individualisierten Ansätze bestehen darin, dass dem spezifischen Behandlungsanliegen des Patienten Rechnung getragen wird und eine individuelle Bewertung konkreter Veränderungen im Erleben und Verhalten erfolgt. Auch lassen sich Patienten nur dann für die häufig anstrengenden und zunächst oft als aversiv empfundenen therapeutischen Veränderungsschritte gewinnen, wenn sie diese als Mittel zum Erreichen eigener bedeutsamer Ziele erleben (Michalak und Schulte, 2002). Diese motivationalen Ressourcen der Patienten gilt es im Sinne der Selbstwirksamkeit (Kanfer, 2002) zu nutzen.

Um die Erfolge psychotherapeutischer Behandlungen zu optimieren, scheint es hierbei wichtig, dass Therapeut und Patient gleiche oder ähnliche Ziele für die Behandlung festlegen. Verfolgen Therapeut und Patient in der Therapie dagegen verschiedene Ziele, resultieren beachtliche Schwierigkeiten für den Therapieverlauf. So konnten Tryon und Winnograd (2001) in einer Übersichtsarbeit zeigen, dass in ca. 68% der von ihnen ausgewerteten Studien Zielkonflikte einen negativen Effekt auf Therapieverlauf und -erfolg hatten. Problematisch bei dieser Vorgehensweise ist sicherlich der sehr hohe ökonomische und zeitliche Aufwand,

die fehlende Standardisierung, die mangelnde Vergleichbarkeit individueller Ergebniskennwerte, sowie fehlende Angaben zu teststatistischen Gütekriterien.

Die verschiedenen Ansätze sind jedoch auch nicht als unabhängig voneinander zu betrachten, häufig werden sie in der diagnostischen oder klinischen Praxis miteinander kombiniert: Idealerweise erfolgt zunächst ein Routine-Screening (allgemeine Messung). Ergeben sich bestimmte Auffälligkeiten, so wird ein störungsspezifisches Instrument gegeben (gruppenspezifische Messung). Sodann erfolgt ein ausführliches klinisches Interview, welches persönliche Gegebenheiten, Bedingungsfaktoren und das konkrete Erleben und Verhalten in bestimmten Situationen berücksichtigt (individuelle Messung). Darauf aufbauend wird von Patient und Therapeut schließlich die Definition wichtiger Problembereiche und Therapieziele vorgenommen. Nach Ende der Behandlung kann die Messung und Ergebnisbewertung wiederum auf jeder der drei Ebenen ansetzen.

*1.1.2.1. Statistische und klinische Signifikanz: Der Reliable Change Index (RCI)*

Sowohl bei dem allgemeinen als auch bei dem gruppenspezifischen Vorgehen werden die Ergebnisse in der Regel über den Mittelwert der Veränderungen unter Berücksichtigung der Streuungen in den beobachteten Gruppen statistisch ausgewertet und dementsprechend interpretiert. Durch die Effektstärke weiß man zwar etwas über die Größe eines Effekts, jedoch nicht, ob ein Patient am Ende der Behandlung nun "gesund" ist oder nicht. Ferner kann die Effektstärke auch nichts darüber aussagen, ob der Patient zu Behandlungsbeginn in diesem Bereich überhaupt behandlungsbedürftig ("gestört") war.

Ob ein Effekt für die Gruppe statistisch bedeutsam ist, hängt jedoch auch von Faktoren ab, die im klinischen oder psychologischen Sinne keine oder nur geringe Relevanz haben. So ist u.a. die statistische Signifikanz stark von der Größe der Stichprobe oder der Streuung der Messwerte bedingt. Mit zunehmender Stichprobengröße können so schon sehr geringe Unterschiede zwischen Prä- und Postwert oder zwischen verschiedenen Gruppen zu einem statistisch signifikanten Effekt führen. Deshalb haben sich in der Psychotherapieforschung inzwischen Konventionen zur Beurteilung klinisch relevanter Veränderungen gemäß Jacobson und Truax (1991) als Ergänzung zur Effektstärkenberechnung durchgesetzt. Sie gingen diesem Problem nach und identifizierten verschiedene Schwierigkeiten bei der Interpretation traditioneller Outcome-Studien. Im wesentlichen bestehen sie darin, dass bei Prä-Post-Vergleichen zwar Gruppenunterschiede sichtbar werden, jedoch individuelle Veränderungen im klinischen Sinne, dahinter verborgen bleiben. So war es zum Beispiel unmöglich, die Anzahl der Individuen zu bestimmen, die sich verbessert haben. Die Arbeitsgruppe um Jacobson und Truax (1991) grenzte den Begriff der klinischen Signifikanz von dem der statistischen Signifikanz ab und definierte drei Kriterien, die erfüllt werden müssen, um eine Veränderung eines Patienten als klinisch signifikant bezeichnen zu können. Ausgehend von einer funktionalen (gesunden) als auch einer dysfunktionalen (kranken) Verteilung, sahen Jacobson et al. zunächst eine Veränderung in den funktionalen Bereich als klinisch signifikant an. Sie erkannten jedoch auch, dass die Forderung nach einer Veränderung in den funktionellen Bereich als zu

stringent formuliert war. So kann im klinischen Umfeld zum Beispiel kaum von einer vollständigen Remission der Patienten ausgegangen werden, bevor diese aus der psychotherapeutischen Behandlung entlassen werden. Eine Veränderung gilt nach den Autoren demnach als klinisch signifikant, wenn sie eine der folgenden Kriterien erfüllt:

1. Die Werte der Messung nach der Therapie müssen außerhalb der Spannweite der dysfunktionalen Verteilung liegen. Wobei die Spannweite als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der dysfunktionalen Verteilung in Richtung funktionaler Verteilung definiert ist.
2. Die Werte der Messung nach der Therapie müssen innerhalb der Spannweite der funktionalen Verteilung liegen. Wobei die Spannweite als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der funktionalen Verteilung definiert ist.
3. Die Werte der Messung nach der Therapie müssen näher an der funktionalen Verteilung liegen als an der dysfunktionalen Verteilung.

Eine detaillierte Ausführung würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, so dass auf die entsprechende Literatur verwiesen sei (vgl. Jacobson & Truax (1991), Tingey et al. (1996), Jacobson et al. (1999), Wise (2004)).

#### *1.1.2.2. Zwei Beispiele zur Qualitätssicherung*

Da bisher keine einheitlichen Standards für Qualitätsmanagementprojekte in der Psychotherapie existieren, ist es nicht verwunderlich, dass sich inzwischen eine ganze Reihe von Projekten zur Qualitätssicherung entwickelt haben. Im Folgenden werden zwei Projekte vorgestellt, die sich inzwischen auf dem Markt etabliert haben und aus diesem Grunde auch in der Tagesklinik Ulm verwendet werden. Wiederum gestaltet sich die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Projekten teilweise schwierig und die Grenzen sind fließend.

Psy-BaDo: Basisdokumentation in der Psychotherapie

Seit 1996 existiert das von den Qualitätssicherungsbeauftragten der Psychotherapeutischen Fachgesellschaften entwickelte Kernmodul einer Basisdokumentation (Heuft und Senf, 1998) (Heuft et al., 1998). Sie beinhaltet die kontinuierliche und strukturierte Erhebung von Patienten-, Behandlungs- und Ergebnismerkmalen nach einem einheitlichen Schema und erlaubt therapieschulen- und institutionsübergreifend eine einheitliche und ökonomische Basisdokumentation für die interne Qualitätssicherung. Dies ermöglicht eine Diskussion von Prozess- und Ergebnisqualität. Die darüber hinaus erforderliche Strukturqualität wird unter anderem durch die Weiterbildungsordnung gesichert.

In eine Praktikabilitätsstudie war zuvor die Akzeptanz und Handhabbarkeit des Instrumentes für Basisdokumentation und quantitative sowie qualitative Ergebnisdokumentation im klinischen Alltag überprüft und gesichert worden (Heuft et al. 1995). Damit war das Ziel erreicht, ein in der Regelversorgung einsetzbares, schulenübergreifendes Erhebungsinstrument für die stationäre Psychotherapie im Erwachsenenbereich zu entwickeln, welches ohne großen Zeitaufwand in der klinischen Routine einsetzbar ist und die Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität ermöglicht sowie beurteilbar macht.

Primär für die stationäre Behandlung konzipiert, ist die Psy-BaDo aber auch im ambulanten Bereich einsetzbar.

Die Psy-BaDo beinhaltet unter anderem individuell formulierte Therapieziele (ITZ) der Patienten und der Therapeuten. Nach Heuft & Senf (1998a) ist das ITZ „als das angestrebte Behandlungsergebnis (Outcome) definiert, das, bezogen auf diesen individuellen Patienten mit seinen speziellen Möglichkeiten, unter Einsatz eines definierten bestimmten Behandlungsverfahrens und -settings und der zur Verfügung stehenden Zeit prospektiv als erreichbar erwartet wird“. Patient und Therapeut sollen unabhängig voneinander auf den dafür entwickelten Bögen (Patienten- und Therapeutenversion) bis zu frei ITZ formulieren, die durch eine möglichst konkrete Bezeichnung aus körperlichen, psychischen und psychosozialen Problembereichen gekennzeichnet sein sollen. Die Auflistung von

bis zu drei Beispielen/Kriterien für jedes ITZ soll die Grundlage für das zu Behandlungsende erreichte Ausmaß in der Realisierung der Therapieziele bilden.
Am Ende der Behandlung werden sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten jeweils ihre Antwort-Bögen vorgelegt. Sie sollen nun unabhängig voneinander beurteilen, inwieweit die individuell formulierten Therapieziele zu Anfang der Therapie im Laufe der Behandlung erreicht werden konnten (Ratingskala: mehr erreicht als das Therapieziel; Therapieziel erreicht; Therapieziel teilweise erreicht; Therapieziel nicht erreicht; Therapieziel entfällt).
Die Psy-BaDo beinhaltet ein Kategoriensystem für die inhaltliche Charakterisierung der Individuellen Therapieziele, wodurch die Verschlüsselung der ITZ in Form einer dreistelligen Ziffer ermöglicht wird. Das Kategoriensystem besteht aus fünf Hauptkategorien, denen 130 Einzelkategorien untergeordnet sind.
Senft et al. (2000) berichten über gelungene Erfahrungen mit der Basisdokumentation Psy-BaDo in den Bereichen Akzeptanz durch die Patienten, organisatorischer Aufwand, Resonanz bei den therapeutischen Mitarbeitern und den erzielten Ergebnissen.

Das Stuttgart-Heidelberger Modell

1992 wurde in einem Kooperationsprojekt zwischen der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart und der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg ein Modell zur Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie entwickelt (Lutz et al., 1996). Das Stuttgart-Heidelberger Modell versteht sich als ein Aktives Internes Qualitätssicherungsmodell, das eine Evaluation von Psychotherapie innerhalb einer Institution ermöglichen soll.
Zur Informationsgewinnung wird ein individuelles QS-Inventar angewandt. Die Daten werden mittels Fragebögen erfasst. So können je nach Bedarf unterschiedliche Instrumente in das Modell aufgenommen werden und Daten aus verschiedenen Quellen (Patient, Therapeut, Pflege usw.) integriert werden. Damit wird mit diesem Modell der Multiperspektivität besonders Rechnung getragen. Die Veränderungen auf den verschiedenen Dimensionen werden für jeden einzelnen Pati-

enten zusammengefasst und an einem a priori vereinbarten Standard (Normwerte/ Vergleichsstichprobe) bewertet.

Zur Bewertung einer Veränderung des Patienten werden formalisierte Bewertungsregeln verwendet, die sich an dem oben erläuterten Konzept der klinischen Signifikanz nach Jacobson und Truax (1991) bzw. zu multiplen cut-off Strategien orientieren. Damit wird neben der Hauptfunktion Auffälligkeitssignale aufzuzeigen, dem Therapeuten ein patientenspezifisches Ergebnisprofil an die Hand gegeben, welches Informationen für z.B. Weiterbehandlungsentscheidungen, Teambesprechungen, Weiter- und Ausbildungsveranstaltungen, Fallkonferenzen, Supervision und natürlich zukünftige Therapieentscheidungen bei Patienten mit ähnlichem Beschwerdebild bereitstellt.

In Anlehnung an einen Vorschlag von Kordy & Senf (1985) zur Erfolgsbewertung von Psychotherapien wurde ein Vorgehen gewählt, dass auf dem Standardmessfehler beruht und sensitiv gegenüber Veränderungen ist. Der Standardmessfehler wird hier als ein Maß für die Genauigkeit eines Testergebnisses betrachtet.

Tabelle 1. Veränderungsbewertung der einzelnen Skalen des Stuttgart-Heidelberger Modells.

| Vergleich | | Veränderung | Beginn (t1) | Ende (t2) | Bewertung |
|---|---|---|---|---|---|
| t1 > t2 | t2 > t1 | ≥ 1 Standard-messfehler | im Normbereich? | im Normbereich? | |
| | | NEIN | | | 0 |
| JA | | JA | JA | JA | + |
| JA | | JA | NEIN | NEIN | + |
| JA | | JA | NEIN | JA | + + |
| | JA | JA | JA | JA | - |
| | JA | JA | NEIN | NEIN | - |
| | JA | JA | JA | NEIN | - - |

t1, t2 Messzeitpunkte; " - " & "- - " auffälliger Verlauf; " + " guter Verlauf;
" + + " sehr guter Verlauf; " 0 " keine Veränderung.

Zunächst werden die Werte der einzelnen Untersuchungsinstrumente (z. B. SCL-90-R) des Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie (t1, t2, ...) und mit

standardisierten Normwerten verglichen werden. Bei einer Veränderung um mindestens den Standardmessfehler resultiert daraus die Klassifizierung in „auffälliger Verlauf ( - )“, „guter Verlauf ( + )“ und „sehr guter Verlauf ( + + )“ für jede einzelne Skala (s. Tabelle 1).

Neben der Beurteilung von positiven Verläufen ist das Hauptziel des Bewertungsalgorithmus ein Auffälligkeitssignal zu erzeugen, um die Identifizierung von problematischen Behandlungsergebnissen zu gewährleisten. In einem zweiten Schritt werden deswegen die Veränderungen der einzelnen Skalen aus dem ersten Schritt zusammen gesehen und auf einen auffälligen Verlauf hin untersucht (s. Abbildung 2). Dieser ist gegeben, wenn

- der BSS Wert bei Entlassung min. 2 Punkte weniger als bei Aufnahme ist,
- der BSS bei Entlassung mehr als 8 Rohwertpunkte zeigt,
- die therapeutische Einschätzung bei Entlassung mehr als 12 Rohwertpunkte zeigt,
- der Patient nach Behandlung starke Selbstmordgedanken äußert (Item 15 des SCL-90-R wird mit „stark“ oder „sehr stark“ beantwortet),
- das Allgemeinbefinden bei Behandlungsende als „viel schlechter“ beantwortet wird,
- alle Skalen im Gesamten mehr negative als positive Veränderung aufweisen,
- mehr als 30% der Skalen eine negative Veränderung zeigen,
- wenn 90% aller Skalen keine Veränderung aufzeigen,
- oder genauso viel positive wie negative Veränderungen vorkommen.

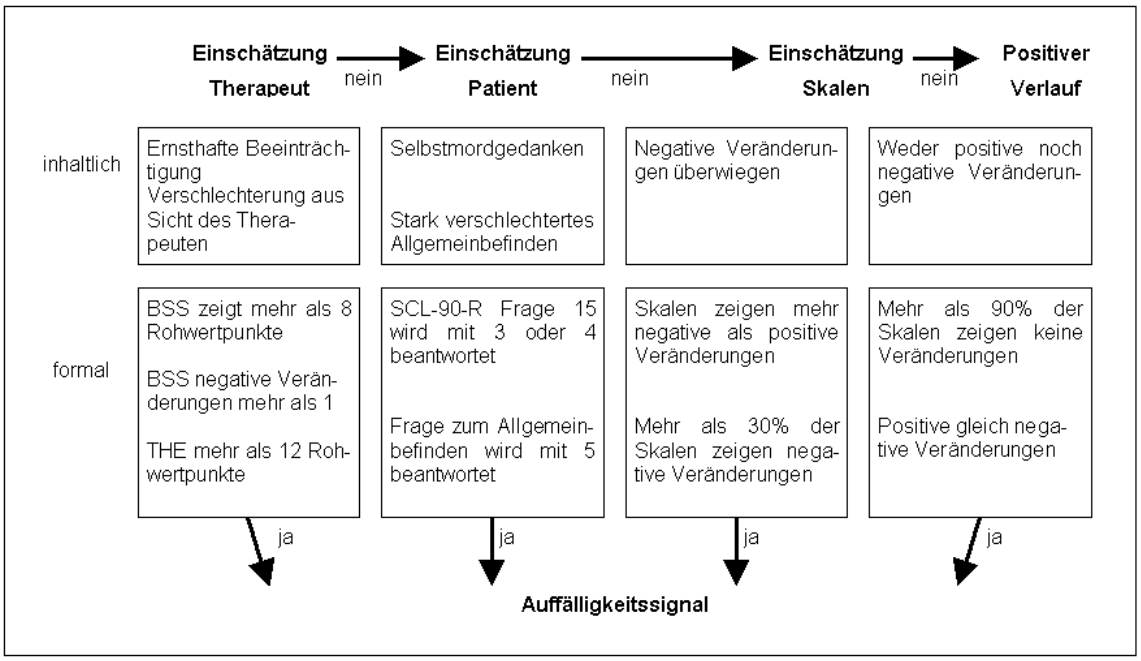



Abbildung 2. Bewertungsalgorithmus für das Auffälligkeitssignal des Stuttgart-Heidelberger Modells

Analog zum Bewertungsalgorithmus für das Auffälligkeitssignal verhält es sich mit der Bewertung eines positiven Verlaufs. Einen sehr guten Verlauf erzielt ein Patient, wenn weniger als 30% der verwendeten Skalen eine negative oder keine Veränderung aufweisen. Sind mehr positive als negative Veränderungen erzielt worden, wird ein guter Verlauf rückgemeldet (s. Abbildung 3).

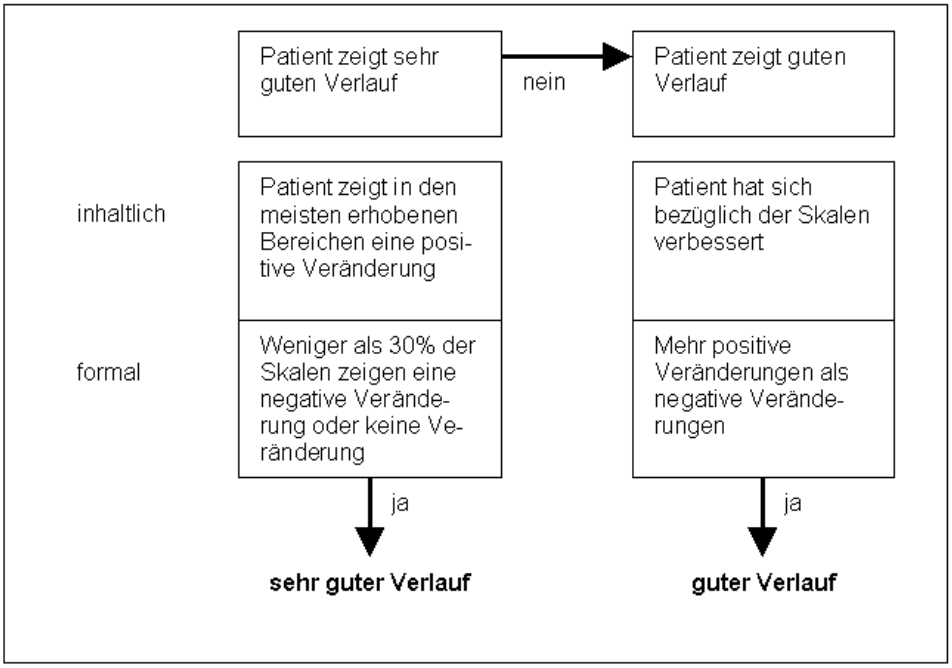



Abbildung 3. Bewertungsalgorithmus des Stuttgart-Heidelberger Modells für einen guten und sehr guten Verlauf

Dieser Ansatz hat den Vorteil, sowohl der allgemeinen, gruppenspezifischen als auch der individualisierten Messstrategie Rechnung zu tragen. Neben der globalen Einschätzung einer Veränderung des Patienten, ist es möglich zu sehen in welchen einzelnen Bereichen (z. B. nur Depression oder Angst) sich der Patient verändert hat. Auch ist der zeitliche Aufwand ist nicht zu groß, was im klinischen Alltag besonders wichtig ist. Vergleichende Studien konnten keine Überlegenheit eines alternativen Ansatzes belegen (vgl. Bauer, Lambert & Nielsen, 2004; McGlinchey, Atkins & Jacobson, 2002).

## *1.2. Teilstationäre Psychotherapie*

Das Konzept einer teilstationären Behandlung ist nicht neu. Schon 1933 hat Dzhagarov in Moskau ein „hospital without beds“ eröffnet, in dem circa 80 Patienten, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von zwei Monaten, behandelt wurden. Im Gegensatz zu Dzhagarov, der die teilstationäre Behandlung als Ersatz zum vollstationären Aufenthalt verstand, sah 1946 Cameron mit der Eröffnung einer Tagesklinik in Montreal, Kanada, dieses Behandlungskonzept als eine Erweiterung und Ergänzung zur vollstationären Aufnahme (Schwartz und Thyer, 2000). Es folgten Tageskliniken der Yale Universitätsklinik in 1948, die Eröffnung der Menninger Klinik im Jahr 1949 und die Tagesklinik des Massachusetts Mental Health Center im Jahr 1952. Diese Einrichtungen boten intensive psychiatrische Behandlungen vor einem psychoanalytischen Hintergrund für Patienten, die nicht akut suizidgefährdet, gewalttätig oder nichtsesshaft waren (Schwartz und Thyer, 2000).

Generell haben stationäre und tagesklinische Programme die gleichen therapeutischen Ziele und Komponenten (Zipfel et al., 2002). Geiselmann und Linden (2001) stellen die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung unter therapeutischen und theoretischen Gesichtspunkten einander gegenüber und kommen zu dem Schluss, dass die wesentlichen Unterschiede der unterschiedlichen Behandlungsarten der Grad der Einbindung in ein therapeutisches Milieu einerseits und in das soziale Netz auf der anderen Seite sind (Tabelle 2).

Tabelle 2. Charakterisierung von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung (nach Geiselmann und Linden, 2001)

| Setting | Soziales Netz | Therapeutisches Milieu |
|---|---|---|
| vollstationär | - | + |
| teilstationär | + | + |
| ambulant | + | - |

So nimmt die Möglichkeit das soziale Umfeld der Patienten mit einzubeziehen ab, während auf der anderen Seite das therapeutische Milieu dichter wird. Genau umgekehrt verhält es sich bei einer ambulanten Therapie. Der Patient bleibt vollständig in seinem natürlichen Lebensumfeld. Dies erlaubt es zeitnah gegenwärtige Probleme des Patienten mit und in seinem Umfeld zum Thema der laufenden Therapie zu machen. Unterstützung erfährt der Patient in seinen – in der Regel - wöchentlichen Sitzungen durch seinen Therapeuten. Die übrige Zeit ist der Patient auf sich selbst gestellt, was eine Chance zur Erprobung neuer Fertigkeiten bietet, jedoch auch manchmal eine Überforderung darstellen kann. Ein Mittelweg bietet hier die teilstationäre Unterbringung. Während des täglichen Aufenthaltes in der Klinik kann sich ein dichtes therapeutischen Milieu entwickeln, am Abend jedoch ist der Patient gezwungen sich wieder mit seinem vertrauten sozialen Netz auseinander zu setzten. Hier hat der Patient die Möglichkeit neue Verhaltens- oder Gedankenmuster unmittelbar umzusetzen. Die Chance der Patienten, sich bereits während der Therapie mit ihren u. U. konfliktbeladenen psychosozialen Situationen auseinandersetzen zu können, hilft ihnen, geeignete Coping-Strategien zu entwickeln (Zipfel et al., 2002). Damit bleibt die Autonomie der Patienten in großen Teilen bewahrt und steigert die Selbstverantwortung und -wirksamkeit. So kann eine Regression weitgehend verhindert werden, und die Patienten finden nach Abschluss der tagklinischen Behandlung besser in ihr Alltagsleben zurück (Piran et al., 1989).

Wie schon oben erwähnt betreffen psychische Erkrankungen nicht nur den Patienten selber, sondern auch seine Umwelt. Deshalb muss bei der Behandlung auch immer das soziale und familiäre Umfeld berücksichtigt werden. Dies kann eine Indikation für eine vollstationäre Behandlung darstellen, wenn die Patienten vorübergehend aus einem belastenden Umfeld in ein schützendes und therapeutische Milieu aufgenommen werden müssen. Andererseits besteht der Nachteil dass, nach der Behandlung in dem geschützten therapeutischen Raum, der Übergang in die Alltagswirklichkeit zu schwierig werden kann und vom Patienten nicht verkraftet wird. Im klinische Alltag zeigt sich oft eine Verschlechterung des Zustandes der Patienten wenn die Entlassung näher rückt.

Durch die traditionell strikte Trennung des ambulanten und stationären Bereichs in Deutschland sind die „Übergänge“ bei Entlassung aus einer psychotherapeutischen Klinik in die ambulante Psychotherapie für viele Patienten oft problematisch und können durch eine teilstationären Behandlung im Anschluss an einen vollstationären Aufenthalt wesentlich weicher gestaltet werden.
Nicht zuletzt spielen auch Kostenfaktoren, bedingt durch das zunehmend finanziell stark eingeschränkte Gesundheitswesen, eine große Rolle, wodurch kostengünstigere teilstationäre Behandlungen mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Nachweise für eine kosteneffizientere Behandlung im tagklinischen gegenüber dem stationären Setting erbrachten Kaplan und Olmsted (1997) sowie Williamson, Thaw und Varnado-Sullivan (2001).

### *1.2.1. Indikatoren für eine teilstationäre Behandlung*

Nicht alle Patienten sind allerdings für eine tagesklinische Behandlung geeignet. So gibt es einige Kontraindikationen für eine Aufnahme in ein tagesklinisches Setting. Wietersheim, Zeeck & Küchenhoff (2005) befragten insgesamt 18 Tageskliniken aus dem deutschsprachigen Raum nach ihren therapeutischen Angeboten, Rahmenbedingungen und Indikationskriterien. Die aus der Umfrage ermittelten Indikationskriterien die für oder gegen eine Psychotherapie im teilstationären Setting sprechen sind in Tabelle 3 und Tabelle 4 wiedergegeben.

Tabelle 3. Gründe *für* eine Psychotherapie im teilstationären Setting

| |
|---|
| **Allgemein**<br>• Entsprechend den Indikationskriterien für eine vollstationäre Psychotherapie (z. B. Schwere der Störung, ambulante Therapie nicht ausreichend). |
| **spezielle Indikationskriterien**<br>*Familie/Umgebung*<br>• Wenn der Kontakt zur gewohnten Umgebung erhalten werden soll.<br>• Wenn Pflege und Versorgung von Familienangehörigen (Partner, Kinder, Großeltern) oder Tieren (Hunde, Katzen) anfallen.<br>• Wenn es darum geht, Angehörige intensiver (als bei stationärer Behandlung möglich) in die Therapie einzubinden (Paar- und Familiengespräche). |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 3. Gründe *für* eine Psychotherapie im teilstationären Setting (Fortsetzung)

| |
|---|
| *Arbeit/soziales Umfeld*<br>• Wenn Kontakte zum Arbeitgeber, Arbeitsamt, sozialen Einrichtungen nur im tagesklinischen Rahmen möglich sind (Ortsferne der stat. Behandlung)<br>• Wenn die Kombination aus Therapie und Alltag eine produktive Übungssituation für einen Wiedereinstieg ins Berufsleben oder die Alltagsaufgaben darstellt. |
| 10. krankheitsspezifische Gründe<br>• Bei Störungen, bei denen ein Transfer ins Umfeld besonders schwierig ist (z. B. Essstörungen, Phobien).<br>• Wenn die Krankheit zu einem erheblichen sozialen Rückzug geführt hat, und es gilt, diesen vor Ort schrittweise wieder zu beheben.<br>• Bei Nähe-Distanz-Problemen, die eine stationäre Behandlung zu einer Überforderung werden lassen.<br>• Bei ausgeprägter Regressionsneigung. |
| *Behandlungsmotivation/Integration des teilstationären Angebots in der Behandlungskette*<br>• Bei Angst von sozialer Stigmatisierung.<br>• Bei Problemen des Übergangs aus einer stationären Therapie, Tagesklinik als Übergangssetting. |

Tabelle 4. Gründe *gegen* eine Psychotherapie im teilstationären Setting

| |
|---|
| *Organisatorisches*<br>• Anfahrtsweg länger als eine Stunde.<br>• Keine Kostenübernahme.<br>• Keine Motivation/Freiwilligkeit/geringe Zuverlässigkeit. |
| *krankheitsspezifische* Grunde.<br>• Notwendigkeit einer medizinisch/körperlichen Überwachung rund um die Uhr.<br>• Akute Suchterkrankung.<br>• Nicht kontrollierbares impulsives Verhalten innerhalb oder außerhalb der TK<br>• Akute Psychosen, Selbst- und Fremdgefahrdung, Zwangsunterbringung.<br>• Wenn die Anfahrt aus Krankheitsgründen nicht zu bewältigen ist. |
| im *sozialen* Umfeld liegende Gründe<br>• Kein die teilstationäre Behandlung mittragendes Umfeld, z. B. kein Wohnsitz<br>• Dringende Grunde, sich aus dem Lebensumfeld zu distanzieren, z. B. Gewalt in der Familie oder anhaltende Konflikte. |

### *1.2.2. Empirische Befunde zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung*

Inzwischen existieren eine Fülle von Untersuchungen zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlungen. Erwähnt seien hier nur einige wenige in chronologischer Reihenfolge.

Russell et al. (1996) untersuchten 160 psychiatrische Patienten der Tagesklinik des Ottawa General Hospital und fanden eine signifikante klinische Verbesserung hinsichtlich Depression, Angst und im Global Assesment Score.

Bateman und Fonagy (1999) verglichen teilstationäre Psychotherapie bei Borderlinepatienten mit einem herkömmlichen stationären Setting. Sie fanden eine Reduktion von Depression, Angst, selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen und eine Verbesserung im sozialen Bereich bei den in der Tageklinik behandelten Patienten.

In einer Übersichtsarbeit untersuchten Ogrodniczuk und Piper (2001) verschiedene Studien hinsichtlich der Effektivität einer psychiatrischen tagesklinischen Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen. In fünf von sechs Studien fanden sie durchweg eine Reduktion hinsichtlich der psychiatrischen Symptomatik und eine Verbesserung im sozialen und interpersonellen Bereichen, sowie in der Lebenszufriedenheit.

Zipfel et al. (2002) konzentrierten sich auf die tagesklinische Behandlung von Patienten mit Essstörungen. Ausgehend von einer Literaturrecherche identifizierten sie drei Tageskliniken: Die Tagesklinik des Toronto General Hospitals in Toronto, das Therapiecenter für Essstörungen am Max-Planck-Institut in München und das Essstörungsprogramm am „Our Lady of the Lake“ in Baton Rouge. Trotz kulturellen Unterschiede konnten alle drei Tageskliniken sowohl kurz- als auch langfristig positive Behandlungsergebnisse nachweisen.

Neubert (2003) untersuchte in seiner Diplomarbeit die kurzfristige Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung von Essstörungen. Es zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung, sowohl hinsichtlich der Essstörung, als auch in dem Ausmaß der depressiven Symptomatik. Neubert fand in seiner Untersuchung

Effektstärken zwischen 1,08 und 2,13. Zur Entlassung waren 73.8% der Patienten klinisch unauffällig.

Die Untersuchung von Assmann (2003) hat ebenfalls die Wirksamkeit und Prognose teilstationärer Behandlung aufgezeigt. Er findet eine signifikante Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome und interpersoneller Probleme, sowie auch eine Verbesserung des globalen psychosozialen Funktionsniveau während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Keller et al. (2005). Sie untersuchten 18 Patientinnen mit einer Borderline-Störung, die in der Tagesklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden behandelt wurden. Jedoch lagen die Effektstärken für einige prä-post-Werte der Borderline-Symptom-Liste lediglich im kleinen bis mittleren Bereich.

Zeeck et al. (2005) konzentrierten sich auf die langfristigen Effekte einer tagesklinischen Behandlung. 30% bis 40% der Patienten blieben auch nach 1 ½ Jahren hinsichtlich ihrer Symptomatik stabil. In einer weiteren Studie fanden Zeeck et al. (2006) eine Überlegenheit der stationären Behandlung in einem Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung von Anorexia Nervosa. Allerdings sind aufgrund sehr geringer Fallzahlen (N=13) diese Ergebnisse nur mit Vorsicht zu interpretieren.

## *1.3. Die Psychosomatische Tagesklinik der Universität Ulm*

Die Psychosomatische Tagesklinik Ulm besteht seit Oktober 2001. Es entstanden 9 tagesklinische Behandlungsplätze. Die Tagesklinik ist jeweils von 8.30 – 16.00 Uhr geöffnet. Das Behandlungsteam verfügte bei Datenerhebung im Jahr 2002 über einen psychologischen Leiter, eine Pflegekraft, ½ Stelle für die Oberärztin, 2-mal ½ Stelle für Psychologen, ½ Stelle für die Bewegungstherapie und sozialarbeiterische Tätigkeiten, einen Arzt im Praktikum, ½ Stelle für die Maltherapeutin und ¼ Stelle für die Musiktherapeutin. In unregelmäßigen Abständen arbeiten Praktikanten aus den unterschiedlichen Gebieten in der Tagesklinik mit.

### *1.3.1. Aufnahmeprozedere und Indikation*

Die Patienten werden vor der Aufnahme in der psychotherapeutischen Ambulanz gesehen, wo eine erste Diagnostik und Indikationsstellung erfolgt. Dabei werden auch die oben dargestellten Ein- bzw. Ausschlusskriterien mit den Patienten besprochen.

Die reguläre Aufenthaltsdauer beträgt 6 - 8 Wochen. In Ausnahmefällen (z. B. Patienten mit schweren Persönlichkeits- oder Essstörungen) kann die Aufenthaltsdauer verlängert werden.

Ein beispielhafter Wochenplan für die Patienten ist in Abbildung 4 dargestellt.

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|---|---|---|---|---|---|
| $8^{30}$ | $8^{30}$ – $9^{00}$ Frühstück | $8^{30}$ – $9^{30}$ Frühstück | $8^{30}$ – $9^{30}$ Frühstück | $8^{30}$ – $9^{30}$ Frühstück | $8^{30}$ – $9^{30}$ Frühstück |
| $9^{00}$ | $9^{00}$ – $9^{30}$ Gruppe trifft Chef | | | | |
| | $9^{30}$ – $10^{30}$ Gruppentherapie | $9^{30}$ – $10^{30}$ Musiktherapie | $9^{30}$ – $10^{30}$ Gruppentherapie | $9^{30}$ – $10^{30}$ Musiktherapie | $9^{30}$ – $10^{30}$ Gruppentherapie |
| $10^{00}$ | | | | | |
| | | | | | |
| $11^{00}$ | $11^{00}$ – $12^{00}$ Einzeltermine | | $11^{15}$ – $12^{00}$ Selbstsicherheits-training | $11^{00}$ – $12^{00}$ Einzeltermine | $11^{15}$ – $12^{00}$ Entspannung |
| | | | | | |
| $12^{00}$ | $12^{00}$ – $13^{00}$ Mittagessen | $12^{00}$ – $13^{00}$ Mittagessen | $12^{00}$ – $13^{00}$ Mittagessen | $12^{00}$ – $13^{00}$ Mittagessen | $12^{00}$ – $13^{00}$ Mittagessen |
| | | | | | |
| $13^{00}$ | $13^{00}$ – $13^{45}$ Entspannung | | $13^{00}$ – $14^{00}$ Essstörungsgruppe | | |
| | | | | $13^{30}$ – $14^{00}$ Patientenplenum | $13^{30}$ – $14^{30}$ Maltherapie |
| $14^{00}$ | $14^{00}$ – $15^{30}$ Maltherapie | $14^{00}$ – $15^{15}$ Gruppenaktivität in Eigenverantwort-ung | $14^{00}$ – $15^{30}$ Maltherapie | $14^{00}$ – $15^{00}$ Visite | |
| | | | | | |
| $15^{00}$ | | | | | |

Abbildung 4. Stundenplan der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm

### *1.3.2. Das Behandlungskonzept*

Das Behandlungskonzept der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm ist in seinen Grundzügen tiefenpsychologisch orientiert. Je nach Problematik und Strukturniveau der Patienten werden symptom- und konfliktorientierte Elemente integriert. Das Vorgehen konzentriert sich dabei auf die Symptomatik, deren Funktion und zugrunde liegende Konflikte und Schwierigkeiten. Während anfänglich stärker auf die Symptomatik fokussiert wird, werden im weiteren Verlauf der Behandlung psychodynamische und konfliktorientierte Anteile mehr in den Vordergrund gerückt.

Seit dem Frühjahr 2004 ist die Tagesklinik in zwei Patientengruppen, mit jeweils 9 Patienten, aufgeteilt. Während die eine Gruppe weiterhin psychodynamisch orientiert ist, hat die zweite Gruppe ein verhaltenstherapeutisches Konzept und richtet sich besonders an Patienten mit Angststörungen, Zwängen, Essstörungen und Depressionen.

*Einzelgespräche*

Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten finden 2 mal pro Woche statt und dauern zwischen 30 und 50 Minuten.

Sie werden nach Ausbildung des Einzeltherapeuten und Indikation verhaltenstherapeutisch und / oder tiefenpsychologisch-fundiert durchgeführt.

*Gruppentherapie*

Die psychoanalytische Gruppentherapie findet 3 mal pro Woche statt und dauert je eine Stunde (siehe Wochenplan). Bevor ein Patient an dieser Gruppe teilnimmt hat er einen Vorgesprächstermin. Gemeinsam mit der Gruppentherapeutin wird fokusal der Konfliktbereich des Patienten erfasst und geklärt, inwieweit und warum dieses Therapieverfahren für ihn nutzbar sein kann. In diesem Gespräch wird das Verfahren erklärt und es werden auch die Regeln, auf die sich diese Gruppentherapie stützt, mit dem Patienten erörtert.

Diese Gruppentherapie ist schwerpunktmäßig interaktionell-tiefenpsychologisch fundiert ausgerichtet. Je nach situativem Kontext werden verhaltenstherapeutische Elemente, aber auch Elemente aus dem Psychodrama angewendet.
Es handelt sich im Prinzip um eine Therapie der Patientengruppe. Je nach Entwicklungsstand der Gruppe steht vorübergehend der Einzelne in der Gruppe mehr im Vordergrund.

*Musiktherapie*

„Musiktherapie ist die gezielte Anwendung von Musik oder musikalischer Elemente, um therapeutische Ziele zu erreichen: Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit. Durch Musiktherapie soll dem Klienten Gelegenheit gegeben werden, sich selbst und seine Umwelt besser zu verstehen, sich in ihr freier und effektiver zu bewegen und eine bessere psychische und physische Stabilität und Flexibilität zu entwickeln“ (Eschen zit in: Bruhn 2000, S1).

*Maltherapie*

Die Maltherapie findet zweimal pro Woche statt. Dabei hat sie die folgenden Funktionen:

(1) Analytische Funktion: Bilder, Symbole und Gestalten helfen, Verletzungen und Verdrängungen in der seelischen Entwicklung des Patienten besser aufzuspüren.
(2) Entlastung von starken Gefühlen, die sich schwer in Worte fassen lassen und für die Patienten oftmals noch nicht spürbar sind.
(3) Das Selbstwertgefühl wird unterstützt durch die Möglichkeit der Darstellung, des Ausdrucks.
(4) Anregung von Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit und Phantasie.
(5) Aufheben der Isolation der Patienten, die sich hinter einer intellektualisierenden Rhetorik verstecken. Subtile Entspannung erfolgt. Der Patient findet durch das Erleben zum Wort.

*Sozialer Beratungsdienst*

Der soziale Beratungsdienst wird je nach Bedarf der Patienten angeboten Folgende Angebote können gemacht werden:

(1) Psychosoziale Beratung für einzelne Patienten.
(2) Information über und Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und andere unterstützende Institutionen.
(3) Begleitung bei beruflichen Fragen, Kontakt zum Arbeitsamt.
(4) Gänge zu Ämtern vorbereiten und teilweise auch begleiten.
(5) Vermittlung in weiterführende Maßnahmen wie beispielsweise Belastungserprobung am RKU oder Anbindung an den sozialpsychiatrischen Dienst.
(6) Kooperation mit anderen Einrichtungen wie dem „Selbsthilfebüro KORN“, der „Anderen Baustelle“, dem „Beratungszentrum für Jugendliche u. junge Erwachsene“.

*Entspannungstraining*

Die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen ist ein Entspannungsverfahren, das in psychosomatischen Kliniken weit verbreitet in der Anwendung ist. Dieses Verfahren macht sich den physiologischen Aspekt zunutze, dass Muskeln, nachdem sie angespannt waren besser entspannen können, als wenn sie aus der Ruhe heraus entspannt werden. So werden bei der PMR verschiedene Muskelgruppen nacheinander kurz angespannt und direkt im Anschluss für etwas längere Zeit entspannt. Durch die Muskelentspannung entsteht im günstigen Fall ein Ruhegefühl, das wiederum eine zunehmende Muskelentspannung bewirkt, wodurch eine Art Kreisprozess zustande kommen kann: Zahlreiche Untersuchungen konnten zeigen, dass progressive Muskelentspannung Stress, Einschlafstörungen oder Körpersymptome lindern kann.

*Selbstsicherheitstraining*

Die psychische Gesundheit, Lebensqualität und Selbstverwirklichung von Menschen ist in vieler Hinsicht davon abhängig, inwieweit sie fähig sind, mit ihren

Mitmenschen in Kontakt zu treten und die entstehenden Interaktionen bedürfnisgerecht und zielorientiert (mit-) zu gestalten. Dabei soll das Selbstsicherheitstraining helfen, das auch „Training sozialer Kompetenzen“ genannt wird. Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen. Beispiele für sozial kompetente Verhaltensweisen sind: Nein sagen – Umgang mit Kritik – Schwächen eingestehen – auf Kontaktangebote reagieren – unerwünschte Kontakte beenden – sich entschuldigen – Komplimente akzeptieren – um Gefallen bitten etc..
Methodisch wird in diesem Bereich vor allem mit Rollenspielen gearbeitet, um neue Verhaltensweisen auszuprobieren und zu üben.

*Essgruppe*
An der einmal wöchentlich stattfindenden Essgruppe nehmen Patientinnen und Patienten mit Essstörungen teil, sie wird in der Regel von zwei Therapeuten begleitet. Ziel ist es, dass die Betroffenen miteinander in regelmäßigem Erfahrungsaustausch darüber sind, wie sie ihre Essstörung leben und erleben und wie sie, angeregt durch die verschiedenen Therapieangebote in der Tagesklinik, an Veränderungen arbeiten. Sie entlasten sich, indem sie erfahren, dass sich über ein sehr schambesetztes Thema mit anderen reden lässt und dass über das Verständnis füreinander hinaus konkrete gegenseitige Hilfestellungen möglich sind. Außerdem werden in der Essgruppe grundsätzliche Informationen zum Thema Gewicht, Körperbild und Essen vermittelt mit dem Ziel, schädliche und unzutreffende Vorstellungen zu thematisieren und Interesse und Verständnis für eine gesunde Lebensgestaltung zu wecken.

*Gruppenaktivität in Eigenverantwortung*
Die Gruppenaktivität in Eigenverantwortung soll es den Patienten erlauben, ohne therapeutische Begleitung, eigenverantwortlich ihre Freizeit zu gestalten Dabei

stehen Museumsbesuche ebenso auf dem Programm wie Ausfahrten oder Bastelnachmittage.

*Patientenplenum*

Das Patientenplenum findet einmal in der Woche statt. Hier werden organisatorische Dinge der Tagesklinik besprochen und es ist Raum für Kritik und Anregungen von Seiten der Patienten und Therapeuten.

*Ernährungsberatung*

Bei Bedarf werden Termine mit einer Ernährungsberaterin vermittelt, die den Patienten ein fundiertes Wissen über alle Fragen der Ernährung vermittelt.

*Visite*

Die Visite gibt dem Leiter der psychosomatischen Tagesklinik, der durch administrative Tätigkeiten zeitlich eingeschränkt ist, die Gelegenheit mit den Patienten enger in Kontakt zu treten Sie informiert ihn über den Stand des Patienten, Erfolge oder eventuelle Schwierigkeiten während der Therapie, gibt aber zusätzlich auch den Patienten die Möglichkeit sich direkt mit dem Leiter der Tagesklinik auseinander zu setzen Sie findet je nach Bedarf der Patienten und / oder der Therapeuten statt.

*Gruppe trifft Chef*

Die „Gruppe trifft Chef“ findet zu Beginn der Woche statt und hat einen eher psychoedukativen Charakter. Dabei werden im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise alltägliche oder weltpolitische Geschehnisse ebenso erörtert wie tagesklinische Belange. Sie wird vom Leiter der Abteilung durchgeführt.

# 2. Fragestellung und Hypothesen

## *2.1. Allgemeine Messstrategie*

Bei der allgemeinen Messstrategie werden für sämtliche Patienten die gleichen Erfolgskriterien formuliert (Verbesserung der psychischen Symptomatik). Dazu werden zunächst die erhobenen Daten auf statistisch signifikante Veränderungen während des tagesklinischen Aufenthaltes untersucht. Anschließend wird nach den Erfolgskriterien des Stuttgart-Heidelberger-Modells (klinische Signifikanz) der Verlauf der einzelnen Patienten während des tagesklinischen Aufenthaltes bewertet.
Eine weiterer Punkt beschäftigt sich mit der Frage, ob die psychische Symptomatik auch nach sechs Monaten stabil bleibt.

### *2.1.1. Fragestellung*

1. Unterscheiden sich die Patienten bei Aufnahme und bei Entlassung aus der psychosomatischen Tagesklinik Ulm hinsichtlich des Schweregrads der psychischen Symptomatik (Messzeitpunkte A – E)?
2. Sind die Erfolge nach Entlassung aus der psychosomatischen Tagesklinik hinsichtlich des Schweregrads der psychischen Symptomatik innerhalb einer sechsmonatigen Katamnese stabil (Messzeitpunkte A – K)?

### *2.1.2. Hypothesen*

1. Die Patienten zeigen bei Entlassung aus der Tagesklinik eine Verbesserung der psychischen Symptomatik im Vergleich zur Aufnahme.
2. Die Erfolge nach Entlassung aus der psychosomatischen Tagesklinik hinsichtlich der psychischen Symptomatik sind innerhalb eines sechsmonatigen Katamnesezeitpunktes stabil.

## 2.2. Individuelle Messstrategie

Der zweite Auswertungsteil befasst sich mit einem idiographischen Vorgehen, bei dem keine standardisierten Normen als Indikator für eine Veränderung während der Therapie herangezogen werden, sondern jeder Patient für sich individuelle Kriterien formuliert, anhand derer der Therapieerfolg bemessen werden kann.

### 2.2.1. Fragestellung

1. Welche individuellen Therapieziele formulieren die Patienten und die Therapeuten der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm zu Beginn des teilstationären Aufenthaltes?
2. Unterscheiden sich die formulierten Therapieziele der Patienten von denen der Therapeuten?
3. Wie schätzen Patienten und Therapeuten das Erreichen der individuellen Therapieziele am Ende des teilstationären Aufenthalts ein?

### 2.2.2. Hypothesen

1. Patienten formulieren mehr körper- und symptombezogene Probleme und Symptome als Therapeuten.
2. Patienten schätzen das Erreichen ihrer formulierten Ziele höher ein als Therapeuten.

# 3. Material und Methodik

## *3.1. Stichprobe*

Die Datenerhebung wurde im Zeitraum von Januar bis Dezember 2002 durchgeführt. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 51 Patienten in der psychosomatischen Tagesklinik behandelt. Zwei Patienten wurden von der Analyse ausgeschlossen, da sie die Behandlung innerhalb der ersten Woche abbrachen und keine Fragebögen ausfüllten. Daraus resultiert ein Stichprobenumfang von $N_{ges}$=49 Patienten. Zum Zeitpunkt des Erstinterviews sind Daten von $N_I$=42 Patienten vorhanden.
Nach einer Sechsmonats-Katamnese (K) wurden die Patienten von der Maltherapeutin angerufen und ihnen ein weiterer Fragebogen zugeschickt. Falls dieser Fragebogen nicht zurückgeschickt wurde, wurden sie abermals von der Maltherapeutin kontaktiert, um so eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen. $N_K$=30 Patienten schickten den Katamnesefragebogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 61,2%.

## *3.2. Instrumente der Datenerhebung der allgemeinen Messstrategie*

Es besteht Übereinkunft, dass Psychotherapien im optimalen Falle auf verschiedenen Ebenen, aus verschiedenen Quellen und auf direkte und indirekte Weise evaluiert werden sollen (Baumann & Stieglitz, 1994). Aus diesem Grund wurde erhielten die Patienten jeweils bei dem Erstinterview in der psychotherapeutischen Ambulanz (I), bei der Aufnahme (A), bei der Entlassung aus der Tagesklinik (E) und zur Katamnese (K) nach sechs Monaten ein Fragebogenpaket, welches die im folgenden beschriebenen Instrumente enthielt.

### *3.2.1. Demographische Angaben*

Dieser Teil des Fragebogenpakets enthielt neben den üblichen soziodemographischen Daten auch Angaben über Krankschreibungen, Krankenhausaufenthalte, Erkrankungsdauer etc. (s. Tabelle 4)

### *3.2.2. Fragen zum momentanen Wohlbefinden*

Die Fragen zum momentanen Wohlbefinden sind subjektive Einschätzungen zum allgemeinen Zustand der Patienten. Die Antwortskala reicht bei den Fragen „Wie bedrückt oder bekümmert fühlen Sie sich momentan?“, „Wie gesund und leistungsfähig fühlen Sie sich gegenwärtig?“ und „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit ihrem Leben?“ von 1 (niedriges Wohlbefinden) bis 5 (hohes Wohlbefinden). Bei der Frage „Wie gut kommen sie gegenwärtig mit sich selbst zurecht (emotional/mental)?“ von 1 (niedriges Wohlbefinden) bis 6 (hohes Wohlbefinden).

### *3.2.3. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ, Fahrenberg et al. 2000) dient der Erfassung relevanter Aspekte der Lebenszufriedenheit (Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Freundschaften, Beziehung zu den eigenen Eltern, Eigene Person, Sexualität). Jede der 8 Fragen muss auf einer siebenstufigen Antwortskala (von "sehr zufrieden" bis „sehr unzufrieden") beantwortet werden. Der FLZ ergibt als Abschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit einen Summenwert in einem möglichen Wertebereich von 8 - sehr zufrieden bis 56 - sehr unzufrieden.

Die interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha) der Skalen liegt zwischen 0,82 und 0,95. Die an der Normierungsstichprobe berechneten Konsistenzkoeffizienten (Cronbach's α) liegen zwischen 0,82 und 0,94.

### *3.2.4. Gießener Beschwerdebogen (GBB)*

Der Gießener Beschwerdebogen (GBB, Brähler & Scheer 1994) ist ein differenziertes und zugleich ökonomisches Verfahren zur Erfassung des

körperlichen Beschwerdebildes von psychoneurotischen und psychosomatischen Patienten.
Die hier verwendete GBB-Kurzform umfasst 24 Beschwerden. Gefragt wird nach dem Ausmaß der Belästigung durch die Beschwerden: nicht (= 0 Punkte), kaum (= 1 Punkt), einigermaßen (= 2 Punkte), erheblich (= 3 Punkte), stark (= 4 Punkte). Die Punktwerte werden zu einen Gesamtwert für den Beschwerdedruck zusammengefasst.

### *3.2.5. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)*

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis (1986), vorliegend in der zweiten deutschen Auflage von Franke (2002), misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die Symptom Checkliste bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/ Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items hinweg. Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten und der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Dieses international verwendete Instrument wird unter anderem auch von der DGPPN zur Erfassung der Ergebnisqualität empfohlen.

### *3.2.6. Beeinträchtigungsschwerescore (BSS)*

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) von Schepank (1995) ist ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Beim BSS handelt es sich um ein theorieunabhängiges Experten-Ratingverfahren, mit dem die Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung eingeschätzt werden kann. Die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere durch

den Therapeuten erfolgt auf drei zentralen Dimensionen mit jeweils fünf Skalenstufen: 1. die körperliche Beeinträchtigung; 2. die Beeinträchtigung im psychischen Bereich und 3. die sog. sozialkommunikative Beeinträchtigung, d.h. die Beeinträchtigung auf einer zwischenmenschlichen oder Verhaltensdimension. Der Summenwert (zwischen 0 und 12) ergibt den Schweregrad der Beeinträchtigung.

### *3.2.7. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF 8)*

Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Schmidt et al., 1989), eine deutschsprachige Adaption des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) von Atkisson und Zwick (1982), erfragt die erlebte Behandlungsqualität. Die Skala reicht von „unzufrieden“ (Skalenwert = 8) bis „große Zufriedenheit“ (Skalenwert = 32) und drückt die Gesamtzufriedenheit eines Patienten aus.

## *3.3. Datenauswertung der allgemeinen Messstrategie*

Die allgemeine Messstrategie folgt dem allgemein üblichen gruppenstatistischen Paradigma. Die Ergebnisse werden über den Mittelwert der Veränderungen unter Berücksichtigung der Streuungen in den beobachteten Gruppen statistisch ausgewertet und dementsprechend für die gesamte Gruppe interpretiert.

Dabei wird nach statistisch signifikanten Veränderungen während der tagesklinischen Behandlung (Zeitpunkte: Erstinterview (I) - Aufnahme (A) - Entlassung (E) - Katamnese (K)) gesucht und die Effektgröße (s.u.) berechnet.

Gruppenunterschiede werden mit dem allgemeinen linearen Modell mit Messwiederholungen berechnet. Da diese gegenüber der Verletzung der Normalverteilung weitgehend unempfindlich ist (Bortz, 1999) wurde auch bei nicht vorhandener Normalverteilungen dieses Verfahren benutzt, um Gruppenunterschiede zu bestimmen. Die Post-Hoc-Mehrfachvergleiche wurden mit der Bonferroni-Korrektur berechnet. Da relativ kleine Stichprobengrößen gegeben sind, wird nach Olson (1976) die Pillai Spur verwendet.

Alle Hypothesen werden auf dem Signifikanzniveau $p < 0,05$ getestet.

Zusätzlich werden die Effektstärken berechnet, die als Mittelwertdifferenz, dividiert durch die gemeinsame Schätzung der Standardabweichung definiert ist. (s. Formel 1). Für eine Einschätzung der Größe der Testeffekte und insbesondere für einen Vergleich mit anderen Studien werden die Mittelwertunterschiede zunehmend in Effektstärken dargestellt. Die Verwendung von Effektstärken-Indizes bei einem Eingruppen-Prä-Post-Design wird sehr kontrovers und kritisch diskutiert. In Anlehnung an Empfehlungen von Maier-Riehle und Zwingmann (2000) wurden Effektstärken nach der folgenden Formel (1) berechnet:

$$ES = \frac{m_a - m_b}{\sqrt{\frac{(n_a - 1)\cdot s_a^2 + (n_b - 1)\cdot s_b^2}{(n_a + n_b - 2)}}} \qquad (1)$$

Dabei entsprechen $n_a$, $m_a$, $s_a$ dem Stichprobenumfang, Mittelwert, Standardabweichung in der Prä-Gruppe , analog $n_b$, $m_b$, $s_b$ für die Post-Gruppe.
Eine Hilfestellung für die Interpretation von Effektstärken bietet die Einteilung nach Cohen (1988) in kleine ($d \geq 0,2$), mittlere ($d \geq 0,5$) und große ($d \geq 0,8$) Effekte. Da die SPSS-Statistiksoftware die Effektstärken nicht berechnet, wurden diese per Hand nachgetragen.

## *3.4. Veränderungsbewertung des Qualitätsmanagement-Programms AKQUASI*

Das in der Tagesklinik verwendete System zur Qualitätssicherung AKQUASI berechnet eine Veränderungsbewertung zwischen zwei Messzeitpunkten. Diese erfolgt nach dem Prinzip des Stuttgart/Heidelberger Modells (siehe Kapitel 1.1.2.2.) und erstellt ein Gesamturteil zur Bewertung des Therapieverlaufs zwischen den Zeitpunkten Aufnahme und Entlassung.

Dazu wird die Differenz der Skalenwerte zu den beiden Messzeitpunkten berechnet und hinsichtlich reliabler bzw. klinisch signifikanter Veränderungen zwischen Aufnahme- und Entlassungswerten das von Jacobson und Truax (1991) vorgeschlagene Konzept der klinischen Signifikanz verwendet. Um als klinisch signifikant verändert klassifiziert zu werden, sind drei Kriterien zu erfüllen:

4. Die Werte der Messung nach der Therapie müssen außerhalb der Spannweite der dysfunktionalen Verteilung liegen. Wobei die Spannweite als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der dysfunktionalen Verteilung in Richtung funktionaler Verteilung definiert ist.
5. Die Werte der Messung nach der Therapie müssen innerhalb der Spannweite der funktionalen Verteilung liegen. Wobei die Spannweite als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der funktionalen Verteilung definiert ist.
6. Die Werte der Messung nach der Therapie müssen näher an der funktionalen Verteilung liegen als an der dysfunktionalen Verteilung.

Für jede einzelne Skala wird bestimmt, ob sich die Beeinträchtigung des Patienten in diesem Bereich im Vergleich zum Therapiebeginn verbessert oder verschlechtert hat. Reicht die Anzahl der positiv veränderten Skalen nicht aus oder überwiegen die negativ veränderten Skalen gilt das Behandlungsergebnis ebenfalls als auffällig. Gleiches gilt, wenn die überwiegende Zahl der Skalen als unverändert bewertet wurden. Das Programm AKQAUSI kombiniert diese

Ergebnisse und gibt abschließend als Gesamturteil „sehr guter Verlauf“, „guter Verlauf“ oder „auffälliger Verlauf“ aus.
In die Bewertung gehen die Skalen Lebensqualität, der SCL-90-R, der Beinträchtigungsschwerescore, der Gießener Beschwerdebogen, sowie die Ergebniseinschätzung aus Patienten- und Therapeutensicht ein.

Bei den Analysen wurde ein Fallausschluss Test für Test vorgenommen, so dass bei jedem Test nur die Ergebnisse jener Patienten einfließen, welche den entsprechenden Fragebogen ausgefüllt hatten. Aus diesem Grund kann die Stichprobenanzahl je nach überprüfter Fragestellung variieren.
Die statistischen Berechnungen wurden mit „SPSS für Windows“, Version 10.0 durchgeführt.

## *3.5. Instrumente der Datenerhebung der individuellen Messstrategie*

Der zweite Auswertungsteil befasst sich mit einem idiographischen Vorgehen, bei dem keine standardisierten Normen als Indikator für eine Veränderung während der Therapie herangezogen werden, sondern jeder Patient für sich individuelle Kriterien formuliert, anhand derer er seinen ganz persönlichen Therapieerfolg bemessen kann.

Bei Aufnahme in die Tagesklinik formulierten die Patienten und die Therapeuten, jeweils unabhängig voneinander bis zu drei patientenspezifische Therapieziele (ITZ) für die Behandlung. Jedes Therapieziel wurde mit bis zu 3 Kriterien oder Beispielen präzisiert, an denen die Zielerreichung überprüft werden kann. Zum Therapieende wurde jeweils vom Therapeuten und vom Patienten das Erreichen der Therapieziele auf einer 5-stufigen Ratingskala eingeschätzt. Dabei reicht die Skala von „mehr erreicht als das Therapieziel“, „Therapieziel erreicht“, „Therapieziel teilweise erreicht“, „Therapieziel nicht erreicht“ bis „Therapieziel entfällt“.

## *3.6. Datenauswertung der individuellen Messstrategie*

Um die erste und zweite Fragestellung der individuellen Messstrategie beantworten zu können, erfolgte die Auswertung der qualitativen Daten nach dem Kategoriensystem Individueller Therapieziele (ITZ) (Heuft et al., 1998). Dieses umfasst folgende, empirisch gewonnene Hauptkategorien mit den dazugehörigen Nummern der einzelnen Ziele:

1. Intrapsychische Probleme und Konflikte (Nr. 101 – 199)
2. Interaktionelle , psychosoziale Probleme und Konflikte (Nr. 201 – 299)
3. Körperbezogene Probleme und Symptome (Nr. 301 – 399)
4. Probleme mit Medikamenten, stoffgebundene und nicht stoffgebundene Sucht (Nr. 401 – 499)

5. Sozialmedizinische- und Rehabilitationsziele (Nr. 501 – 599)

Jedes von den Therapeuten und Patienten frei formulierte Therapieziel wird von drei unabhängigen Ratern über eine Ziffer des Kategoriensystems gekennzeichnet und die daraus resultierenden Daten können mit quantitativen Methoden untersucht werden. Dies geschieht in zwei Schritten. Zunächst werden die ITZ den einzelnen Unterkategorien zugeordnet. Anschließend können die ITZ anhand dieser Zuordnung in die fünf Hauptkategorien zusammen gefasst werden.

Dabei muss gewährleistet sein, dass die von den Patienten und Therapeuten formulierten Therapieziele auch von außenstehenden Personen möglichst eindeutig verstanden werden können. Wie bei allen qualitativen Auswertungen besteht darin immer eine große Schwierigkeit. Um diese Fehlerquelle möglichst gering zu halten und damit Reliabilität herzustellen, wird der Kodierungsvorgang von drei unabhängigen Kodierern ausgeführt und bestimmt, ob die Kodierer hinreichend genau das Kategorienschema in gleicher Weise anwenden. Dazu wird die Interraterübereinstimmung für nominale Daten bestimmt, eine Maßzahl zwischen 0 und 1[1], die das Verhältnis zwischen der tatsächlichen und der möglichen ‚zufälligen Übereinstimmung zwischen den Untersuchern und üblicherweise mit κ (Kappa) bezeichnet wird (Cohen, 1960). Die Berechnungsformel lautet wie folgt:

$$\kappa = \frac{P_O - P_e}{1 - P_e} \qquad (2)$$

Dabei gilt:

$P_o$ = relativer Anteil der Fälle, in denen die Rater identische Urteile abgegeben haben

$P_e$ = relativer Anteil der Übereinstimmungen bei zufälligem Rateverhalten.

[1] Diese Maßzahl hat ähnliche Bedeutung wie andere gebräuchliche Maßzahlen von Zusammenhängen zwischen 0 und 1 (z.B. Cronbachs $\alpha$): 0 bedeutet, dass keinerlei Zusammenhang bzw. Übereinstimmung besteht, 1, dass der strengste Zusammenhang bzw. hier vollkommene Übereinstimmung besteht.

Im vorliegenden Fall wird der Übereinstimmungsindex Kappa für mehrere Kodierer nach Fleiss (1971) berechnet.
Das Ziel besteht darin, eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen den drei Ratern zu erlangen. Gegebenenfalls werden bei niedrigen Übereinstimmungskoeffizienten einzelne Therapieziele unter den Ratern diskutiert und neu kategorisiert.
Bei hinreichender Übereinstimmung zwischen den Ratern werden die Therapieziele anhand der Unterkategorien den fünf Hauptkategorien zugeordnet, um Unterschiede der Art der Ziele zwischen den Therapeuten und den Patienten zu festzustellen. Berechnungen hinsichtlich möglicher Unterschiede in den Verteilungen der Therapieziele erfolgen mit dem Rand-Homogenitätstest für kategoriale Daten.
Für die Beantwortung der dritten Fragestellung werden die Einschätzungen der Erreichung der Therapieziele analysiert. Unterschiede zwischen Therapeuten, Patienten und den fünf Hauptkategorien werden mit nichtparametrischen Verfahren berechnet. Je nach Datenlage werden der Friedmann-Test für mehrere verbundene Stichproben, der Jonckheere-Terpstra-Test für kategoriale Daten und der Chi-Quadrattest herangezogen.
Die statistischen Berechnungen wurden mit „SPSS für Windows“, Version 10.0 durchgeführt.

# 4. Ergebnisse

## *4.1. Beschreibung der Stichprobe*

### *4.1.1 Soziodemographische Merkmale*

Die soziodemographischen Merkmale der Patienten sind in Tab 5 wiedergegeben. 66,7% der Patienten waren ledig, verwitwet oder geschieden und 45,8% hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagesklinik keinen festen Partner. 34,7% hatten eigene Kinder. Die Patienten waren überwiegend deutsch (89,4%), 38,3% wohnten im Stadtgebiet von Ulm/Neu-Ulm. Das Bildungsniveau betreffend, hatten 25,5% einen Hauptschulabschluss, 46,8% hatten Realschulabschluss und 21,3% Fach- bzw. Hochschulreife. Als Berufsausbildung hatten 50,0% eine abgeschlossene Lehre, 18,2% waren noch in der Berufsausbildung. 44,7% aller Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt mindestens halbtags erwerbstätig. 31,9% waren arbeitslos. 23,4% waren nicht erwerbstätig (u.a. Hausfrauen, Rentner, Auszubildende).

Tabelle 5. Soziodemographische Merkmale der Patienten

| | |
|---|---|
| **Geschlecht** (%) | |
| Frauenanteil | 87,8 |
| **Alter** (in Jahren) | |
| Mittelwert | 33 |
| Streuung | 12,3 |
| Range | 18-57 |
| **Familienstand** (%) | |
| ledig | 47,9 |
| verheiratet | 33,3 |
| geschieden | 14,6 |
| verwitwet | 4,2 |
| **Wohnort** (%) | |
| Ulm | 29,8 |
| Alb-Donau-Kreis | 29,8 |
| übriges Bayern | 21,3 |
| übriges Baden-Württemberg | 10,6 |
| Neu-Ulm | 8,5 |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 5. Soziodemographische Merkmale der Patienten (Fortsetzung)

| | |
|---|---|
| **Nationalität** (%) | |
| In Deutschland geboren | 89,4 |
| Deutscher Übersiedler/Spätaussiedler | 6,4 |
| anderes Geburtsland | 4,3 |
| Fester **Partner** vorhanden (%) | 52,1 |
| Eigene **Kinder** vorhanden (%) | 34,7 |
| Anzahl der Kinder | |
| 2 | 16,3 |
| 1 | 10,2 |
| 3 | 8,2 |
| **Wohnsituation** (%) | |
| eigene Wohnung/Haus | 76,6 |
| bei den Eltern | 19,1 |
| Zimmer/WG | 4,3 |
| überwiegende **Einkommensquelle** (%) | |
| durch Arbeitstätigkeit/Rente | 37,8 |
| Arbeitslosengeld | 24,4 |
| Unterstützung durch Eltern | 20,0 |
| Unterhalt durch Ehegatten | 4,4 |
| Sozialhilfe | 2,2 |
| sonstiges | 11,1 |
| **Schulabschluss** (%) | |
| Realschule/mittlere Reife | 46,8 |
| Hauptschule | 25,5 |
| Abitur/Fachhochschule | 21,3 |
| noch in der Schule | 4,3 |
| ohne Schulabschluss | 2,1 |
| **Berufsabschluss** (%) | |
| Lehre | 50,0 |
| noch in der Berufsausbildung | 18,2 |
| ohne Abschluss | 9,1 |
| Fachhochschule/Universität | 6,8 |
| Meister/Fachschule | 4,5 |
| sonstiger Abschluss | 11,4 |
| **Berufstätigkeit** (%) | |
| einfacher/mitlerer Angestellter/Beamter | 25,5 |
| Azubi/Umschüler | 17,0 |
| ohne Beruf | 14,9 |
| Hausfrau/Hausmann | 12,8 |
| Schüler/Student | 8,5 |
| höherer Angestellter/Beamter | 6,4 |
| Rentner | 6,4 |
| Arbeiter/Arbeiterin | 4,3 |
| Facharbeiter | 4,3 |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 5. Soziodemographische Merkmale der Patienten (Fortsetzung)

| | |
|---|---|
| **Beschäftigungsgrad** (%) | |
| Arbeitslos | 31,9 |
| voll erwerbstätig | 29,8 |
| nicht erwerbstätig | 23,4 |
| teilzeitbeschäftigt | 14,9 |

### *4.1.2. Krankheitsbezogene Merkmale*

Die krankheitsbezogenen Merkmale sind in Tab 6 wiedergegeben. 76,6% Patienten waren während der letzten 12 Monate vor der Klinikaufnahme mindestens einmal krankgeschrieben. Die Dauer der Krankschreibungen lag im Durchschnitt bei 15,5 Wochen (SD 15,1 Wochen). 42,2% Patienten waren während der letzten 12 Monate im Durchschnitt 9,7 Wochen (SD 8,0 Wochen) in einer Klinik oder Krankenhaus. Aus Sicht der Therapeuten waren 66,7% der Patienten bei Aufnahme arbeitsunfähig. Die durchschnittliche Dauer der Probleme wegen derer die Patienten in Behandlung kommen, beträgt bis zu fünf Jahre. 40,8% der Patienten haben keinerlei ambulante oder stationäre psychotherapeutische Vorerfahrung. Im Durchschnitt blieben die Patienten 44,7 Arbeitstage in der Tagesklinik. Dies entspricht 9,3 Wochen.

Tabelle 6. Krankheitsbezogene Merkmale

| | |
|---|---|
| **Krankschreibung** im letzten Jahr (%) | 76,6 |
| Dauer (in Wochen) | |
| Mittelwert | 15,5 |
| Streuung | 15,1 |
| Range | 1-52 |
| **Krankenhausaufenthalte** (%) | 42,2 |
| Dauer (in Wochen) | |
| Mittelwert | 9,7 |
| Streuung | 8,0 |
| Range | 1-32 |
| **Arbeitsunfähigkeit** vor Aufnahme (%) | 66,7 |
| (aus Sicht des Therapeuten) | |
| keine | 29,5 |
| unter 3 Monate | 22,7 |
| 3-6 Monate | 20,5 |
| über 6 Monate | 27,3 |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 6. Krankheitsbezogene Merkmale (Fortsetzung)

| | |
|---|---|
| **Erkrankungsdauer** (%) | |
| bis ein Monat | 2,2 |
| bis ein Jahr | 13,3 |
| bis zwei Jahre | 24,4 |
| bis fünf Jahre | 17,8 |
| bis fünf Jahre | 17,8 |
| bis fünfzehn Jahre | 11,1 |
| bis zwanzig Jahre | 4,4 |
| über zwanzig Jahre | 8,9 |
| **Psychotherapeutische Vorbehandlung** ambulant (%) | 34,7 |
| **Psychotherapeutische Vorbehandlung** stationär (%) | 46,9 |
| **Behandlungsdauer** in der Tagesklinik (in Tagen) | |
| Mittelwert | 44,7 |
| Streuung | 16,7 |
| Range | 18-102 |
| **Kostenträger** (%) | |
| Pflichtkasse | 51,0 |
| Ersatzkasse | 34,7 |
| Private KV, Beihilfe, Selbstzahler | 8,2 |

### *4.1.3. Diagnosen*

Die Hauptdiagnosen nach ICD-10 waren: 14 Patienten (28,6%) mit Depression (F32-34), 13 Patienten (34,7%) mit Essstörungen (F50), 7 Patienten (26,5%) mit Angststörungen (F40-41), 5 Patienten mit Persönlichkeitsstörung (F60), 5 Patienten somatoformen Störungen (F44-45), 3 Patienten mit Anpassungsstörung (F43) und 2 Patienten mit sonstigen Störungen (s. Abbildung 5). Eine detaillierte Darstellung der Hauptdiagnosen ist in Tab 7 zu finden.

18 Patienten hatten zur Aufnahme eine Diagnose, 14 Patienten hatten zwei und 14 hatten drei Diagnosen. 3 Patienten hatten vier oder mehr Diagnosen. Fünf Patienten hatten als Erstdiagnose, elf Patienten hatten als Nebendiagnose eine Persönlichkeitsstörung.

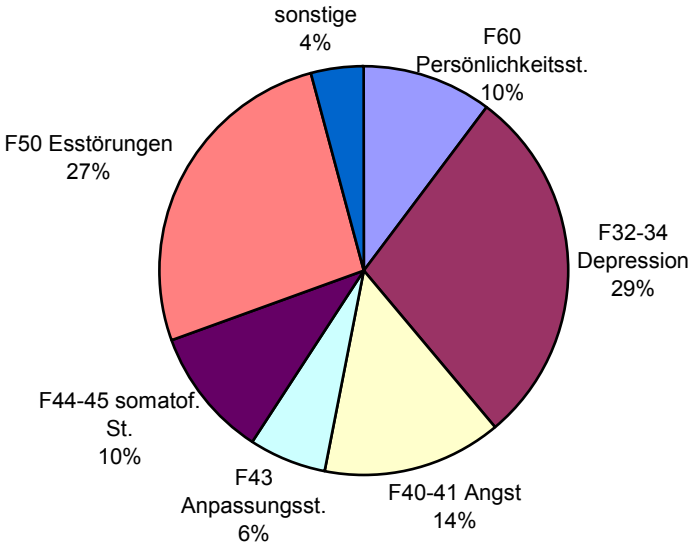



Abbildung 5. Hauptdiagnosen der Patienten der Tagesklinik.

Tabelle 7. Hauptdiagnosen mit ICD-10 Nummer (detailliert)

| | Häufigkeit | Prozent |
|---|---|---|
| Bulimia nervosa (F50.2) | 6 | 12,2 |
| Rezidivierende depressive Störung (F33) | 5 | 10,2 |
| generalisierte Angststörung (F41.1) | 5 | 10,2 |
| emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) | 5 | 10,2 |
| Mittelgradige depressive Episode (F32.1) | 4 | 8,2 |
| atypische Anorexie nervosa (F50.1) | 4 | 8,2 |
| Leichte depressive Episode (F32) | 3 | 6,1 |
| Anpassungsstörung (F43.2) | 3 | 6,1 |
| somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) | 3 | 6,1 |
| Anorexia nervosa (F50.0) | 3 | 6,1 |
| Dysthymia (F34.1) | 2 | 4,1 |
| Panikstörung (F41.0) | 1 | 2,0 |
| Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) | 1 | 2,0 |
| Zwangsgedanken und Handlungen, gemischt (F42.2) | 1 | 2,0 |
| Somatisierungsstörung (F45.0) | 1 | 2,0 |
| anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) | 1 | 2,0 |
| Neurasthenie (F48.0) | 1 | 2,0 |

## *4.2. Ergebnisse der allgemeinen Messstrategie*
## *Die psychometrischen Skalen*

Nachfolgend werden die Ergebnisse der psychometrischen Tests präsentiert.
In den Tabellen sind die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der einzelnen Messzeitpunkte (I – Erstinterview, A – Aufnahme, E – Entlassung, K - Katamnese) abgebildet. Unter den Tabellen sind die dazugehörigen Graphiken mit den Mittelwerten über die vorhandenen Messzeitpunkte und die statistischen Kennwerte (Pillai-Spur, F-Wert und Signifikanz der ANOVA mit Messwiederholung) abgebildet.
Zwischen den Messzeitpunkten wurden statistische Test (siehe Kapitel Material und Methodik) berechnet, um mögliche Veränderungen zu erfassen. Bei allen signifikanten Veränderungen sind die Effektstärken (ES) der Messzeitpunkte angegeben und das Signifikanzniveau durch Sterne gekennzeichnet (* = $p<0,1$; ** = $p<0,05$).

### *4.2.1. Fragen zum momentanen Wohlbefinden*

Die Fragen zum momentanen Wohlbefinden wurden zu allen vier Messzeitpunkten erhoben. Die Kodierung der Fragen reicht von 1-niedriges Wohlbefinden bis 5-hohes Wohlbefinden. In allen vier Skalen zeigt sich eine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens während der Behandlung in der Tagesklinik (Messzeitpunkte Aufnahme – Entlassung), die zum Katamnesezeitpunkt wieder etwas abnimmt (s. Tabelle 8 und Abbildung 6). Über die gesamte Zeit zeigt sich eine signifikante Verbesserung bei den Fragen zum momentanen Wohlbefinden.

Tabelle 8. Fragen zum momentanen Wohlbefinden. Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärken.

| | $M_I$ | $SD_I$ | $M_A$ | $SD_A$ | $M_E$ | $SD_E$ | $M_K$ | $SD_K$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Wie bedrückt oder bekümmert fühlen Sie sich momentan? | 2,55 | 1,22 | 2,82 | 1,14 | 3,66 | 1,07 | 3,03 | 1,22 |
| Wie gesund und leistungsfähig fühlen Sie sich gegenwärtig? | 1,80 | 0,72 | 1,80 | 0,69 | 2,53 | 0,78 | 2,17 | 1,03 |
| Wie gut kommen sie gegenwärtig mit sich selbst zurecht (emot./ mental)? | 2,66 | 1,07 | 2,58 | 1,08 | 3,66 | 1,02 | 3,08 | 1,15 |
| Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit ihrem Leben? | 2,23 | 1,06 | 2,23 | 1,01 | 2,97 | 0,93 | 2,49 | 1,17 |

| Effektstärken | $ES_{IA}$ | $ES_{AE}$ | $ES_{AK}$ |
|---|---|---|---|
| Wie bedrückt oder bekümmert fühlen Sie sich momentan? | n.s. | 0,76 ** | n.s. |
| Wie gesund und leistungsfähig fühlen Sie sich gegenwärtig? | n.s. | 0,99 ** | n.s. |
| Wie gut kommen sie gegenwärtig mit sich selbst zurecht (emotional/ mental)? | n.s. | 1,03 ** | 0,53 * |
| Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit ihrem Leben? | n.s. | 0,76 ** | n.s. |

Messzeitpunkte I - Erstinterview, A - Aufnahme, E - Entlassung und K - Katamnese.

M - Mittelwert, SD - Standardabweichung, ES - Effektstärken.

** - $p < 0,1$; * - $p < 0,05$; n.s. - nicht signifikant

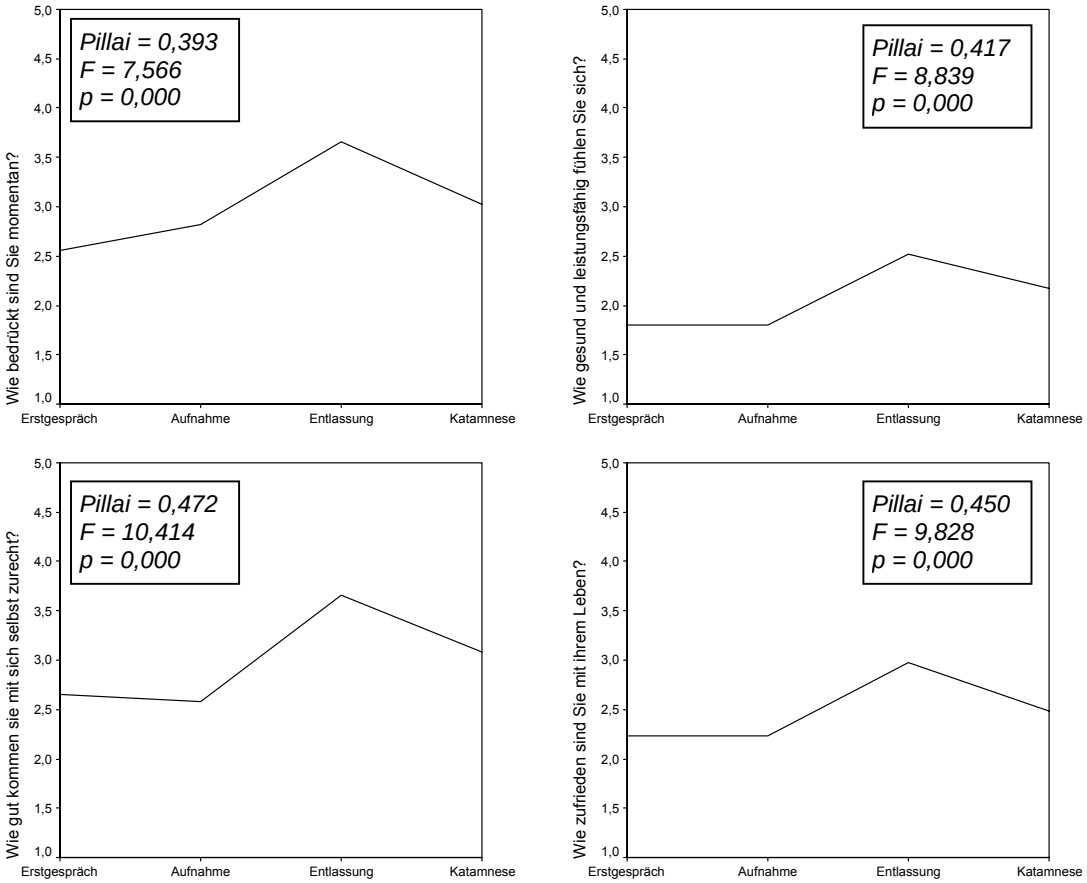



Abbildung 6. Fragen zum momentanen Wohlbefinden. Mittelwerte der vier Messzeitpunkte (Pillai-Spur, F-Wert, p-Signifikanz).

### *4.2.2. Fragen zur Lebenszufriedenheit/Lebensqualität*

Die Lebensqualität wurde zu allen vier Messzeitpunkten erhoben. Die Kodierung reicht von 8-sehr zufrieden bis 56-sehr unzufrieden. Über die Zeit zeigt sich eine signifikante Verbesserung (p = 0,004, F = 5,268) in der Lebenszufriedenheit (s. Tabelle 9 und Abbildung 7).

Tabelle 9. Lebensqualität. Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärken

| | $M_I$ | $SD_I$ | $M_A$ | $SD_A$ | $M_E$ | $SD_E$ | $M_K$ | $SD_K$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lebensqualität | 34,28 | 10,40 | 34,93 | 9,52 | 29,21 | 9,14 | 32,97 | 10,72 |

| Effektstärken | $ES_{IA}$ | $ES_{AE}$ | $ES_{AK}$ |
|---|---|---|---|
| Lebensqualität | n.s. | 0,61 ** | n.s. |

Messzeitpunkte I - Erstinterview, A - Aufnahme, E - Entlassung und K - Katamnese.

M - Mittelwert, SD - Standardabweichung, ES - Effektstärken.

** - p < 0,01; * - p < 0,05; n.s. - nicht signifikant

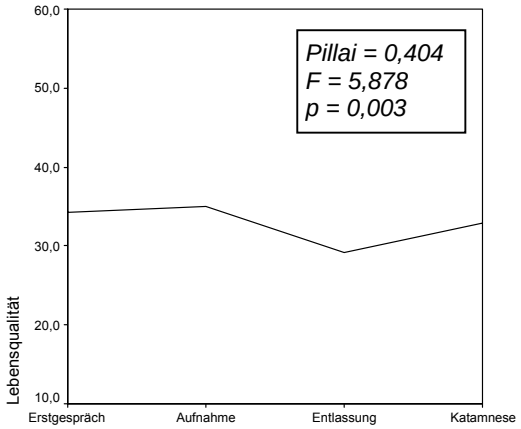



Abbildung 7. Lebensqualität. Mittelwerte der vier Messzeitpunkte (Pillai-Spur, F-Wert, p-Signifikanz).

### *4.2.3. Gießener Beschwerdebogen GBB*

Der Gießener Beschwerdebogen wurde zu allen vier Messzeitpunkten erhoben. Die Kodierung reicht von 0-keine Beschwerden bis 96-sehr starke Beschwerden. Es zeigte sich ein Rückgang der körperlichen Beschwerden im Laufe der Behandlung (Aufnahme - Entlassung), ($p = 0{,}03$; $ES_{AE} = 0{,}36$). Signifikante Unterschiede mit starken Effektstärken ergeben sich zwischen den Messzeitpunkten Erstgespräch - Entlassung ($p = 0{,}005$; $ES_{IE} = 0{,}73$) und Erstgespräch – Katamnese ($p = 0{,}018$; $ES_{IK} = 0{,}74$) (s. Tabelle 10 und Abbildung 8).

Tabelle 10. Gießener Beschwerdebogen. Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärken

| | $M_I$ | $SD_I$ | $M_A$ | $SD_A$ | $M_E$ | $SD_E$ | $M_K$ | $SD_K$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GBB | 31,06 | 14,83 | 28,45 | 15,20 | 22,74 | 16,20 | 25,82 | 13,97 |

| Effektstärken | $ES_{IA}$ | $ES_{AE}$ | $ES_{AK}$ |
|---|---|---|---|
| GBB | n.s. | 0,36 ** | n.s. |

Messzeitpunkte I - Erstinterview, A - Aufnahme, E - Entlassung und K - Katamnese.

M - Mittelwert, SD - Standardabweichung, ES - Effektstärken.

** - $p < 0{,}01$; * - $p < 0{,}05$; n.s. - nicht signifikant

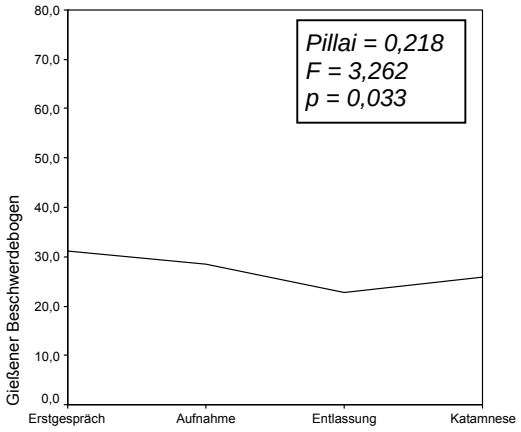



Abbildung 8. Gießener Beschwerdebogen. Mittelwerte der vier Messzeitpunkte (Pillai-Spur, F-Wert, p-Signifikanz).

### *4.2.4. Symptomcheckliste (SCL-90-R)*

Die Symptomcheckliste SCL-90-R wurde zu allen vier Messzeitpunkten erhoben.

Tabelle 11. SCL-90-R. Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärken

| SCL-90-R | $M_I$ | $SD_I$ | $M_A$ | $SD_A$ | $M_E$ | $SD_E$ | $M_K$ | $SD_K$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Somatisierung | 0,82 | 0,63 | 0,75 | 0,49 | 0,63 | 0,55 | 0,76 | 0,57 |
| Zwanghaftigkeit | 1,44 | 0,83 | 1,33 | 0,86 | 0,98 | 0,84 | 1,19 | 0,91 |
| Sozialkontakt | 1,4 | 0,8 | 1,3 | 0,9 | 1,1 | 0,9 | 1,0 | 0,6 |
| Depressivität | 1,7 | 0,9 | 1,6 | 0,9 | 1,2 | 0,9 | 1,3 | 1,1 |
| Ängstlichkeit | 1,2 | 0,9 | 1,1 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 1,1 |
| Aggressivität | 1,1 | 0,7 | 1,0 | 0,9 | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 0,5 |
| Phobische Angst | 0,7 | 0,9 | 0,7 | 0,7 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,7 |
| Paranoides Denken | 1,0 | 0,7 | 1,1 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,6 |
| Psychotizismus | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,6 | 0,7 |
| Globaler Schwere Index | 1,13 | 0,66 | 1,09 | 0,65 | 0,89 | 0,67 | 1,01 | 0,74 |

| Effektstärken | $ES_{IA}$ | $ES_{AE}$ | $ES_{EK}$ |
|---|---|---|---|
| Somatisierung | n.s. | n.s. | n.s. |
| Zwanghaftigkeit | n.s. | 0,43 ** | n.s. |
| Sozialkontakt | n.s. | 0,27 n.s. | n.s. |
| Depressivität | n.s. | 0,11 n.s. | n.s. |
| Ängstlichkeit | n.s. | 0,50 n.s. | n.s. |
| Aggressivität | n.s. | 0,21 n.s. | n.s. |
| Phobische Angst | n.s. | 0,25 n.s. | n.s. |
| Paranoides Denken | n.s. | 0,19 n.s. | n.s. |
| Psychotizismus | n.s. | 0,25 n.s. | n.s. |
| Globaler Schwere Index | n.s. | 0,36 n.s. | n.s. |

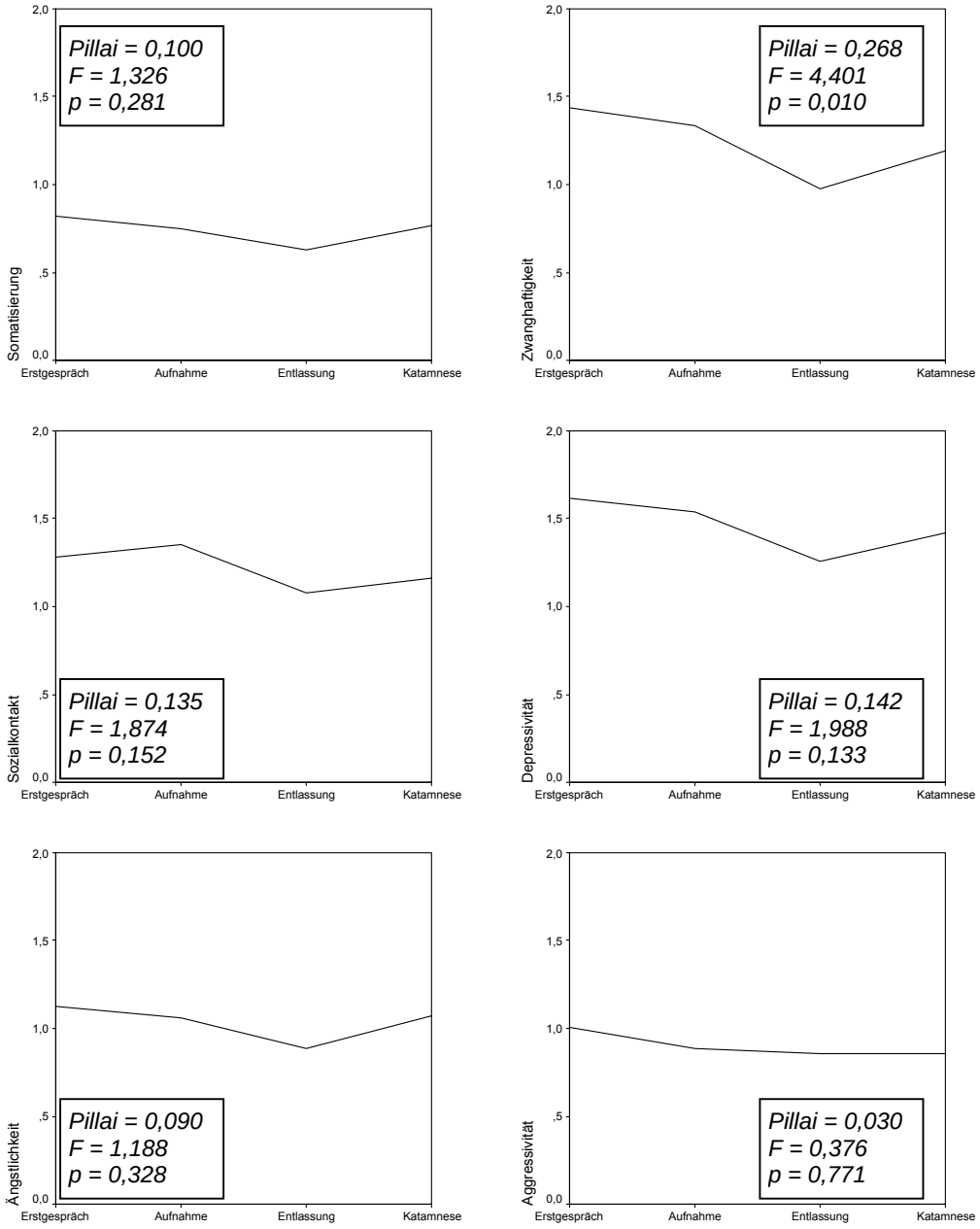
Messzeitpunkte I - Erstinterview, A - Aufnahme, E - Entlassung und K - Katamnese.

M - Mittelwert, SD - Standardabweichung, ES - Effektstärken.

** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$; n.s. - nicht signifikant

Auf sämtlichen Skalen zeigt sich ein leichter, wenn auch kein signifikanter Symptomrückgang zwischen Aufnahme und Entlassung. Diese Verbesserung scheint auch zum Katamnesezeitpunkt relativ stabil. Eine signifikante

Verbesserung ist lediglich zwischen den Messzeitpunkten Aufnahme und Entlassung bei der Skala Zwanghaftigkeit zu finden. (s. Tabelle 11 und Abbildung 9).




SCL-90R. Mittelwerte der vier Messzeitpunkte

(Fortsetzung nächste Seite)

SCL-90R. Mittelwerte der vier Messzeitpunkte

(Fortsetzung)

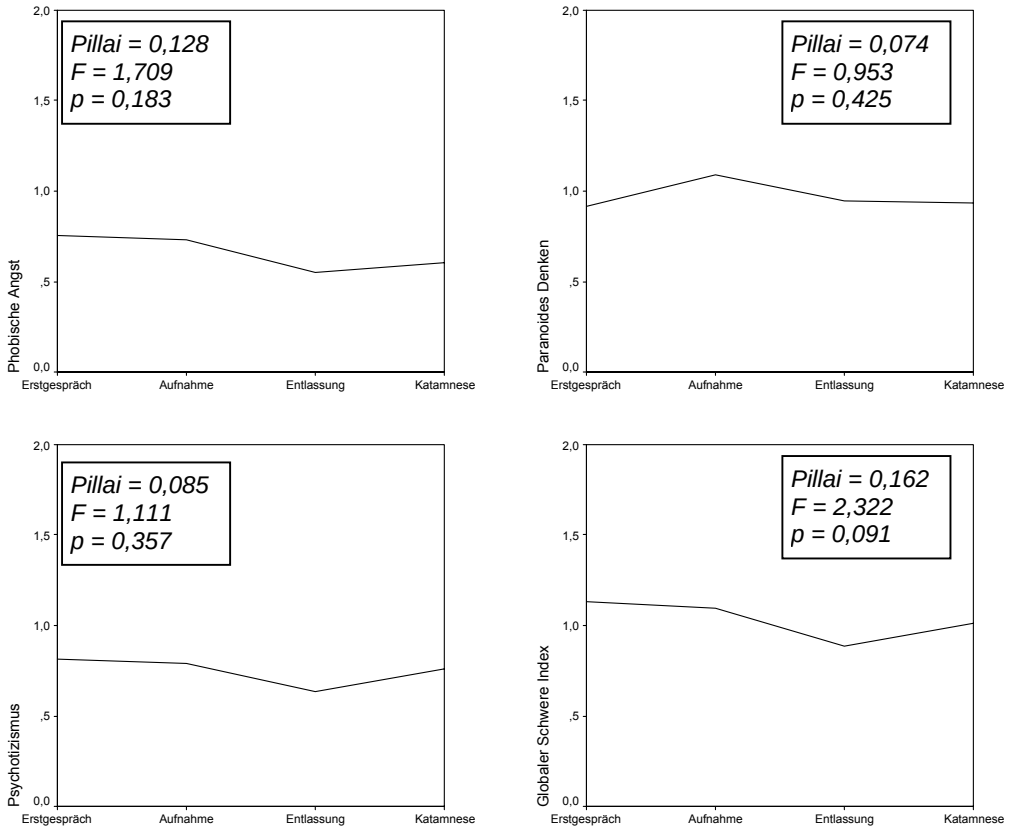



Abbildung 9. SCL-90R. Mittelwerte der vier Messzeitpunkte (Pillai-Spur, F-Wert, p-Signifikanz).

### *4.2.5. Beeinträchtigungsschwerescore (BSS)*

Der Beeinträchtigungsschwerescore wurde zum Erstgespräch, zur Aufnahme und zur Entlassung vom Therapeuten erhoben. Der mögliche Wertebereich reicht von 0-keine Beeinträchtigung bis 12-sehr starke Beeinträchtigung. Vom Zeitpunkt des Erstinterviews zum Aufnahmezeitpunkt zeigt der Beeinträchtigungsschwerescore eine schlechtere Einschätzung mit mittleren Effektstärken. Diese verbessert sich jedoch signifikant zum Entlassungszeitpunkt (s. Tabelle 12 und Abbildung 10).

Tabelle 12. Beeinträchtigungsschwerescore. Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärken

| | $M_I$ | $SD_I$ | $M_A$ | $SD_A$ | $M_E$ | $SD_E$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BSS | 4,9 | 1,5 | 6,1 | 1,6 | 3,6 | 1,2 |

Effektstärken

| | $ES_{IA}$ | $ES_{AE}$ |
|---|---|---|
| BSS | n.s. | 1,72 ** |

| $ES_{IE}$ |
|---|
| 0,93 * |

Messzeitpunkte I - Erstinterview, A - Aufnahme, E - Entlassung und K - Katamnese.

M - Mittelwert, SD - Standardabweichung, ES - Effektstärken.

** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$; n.s. - nicht signifikant

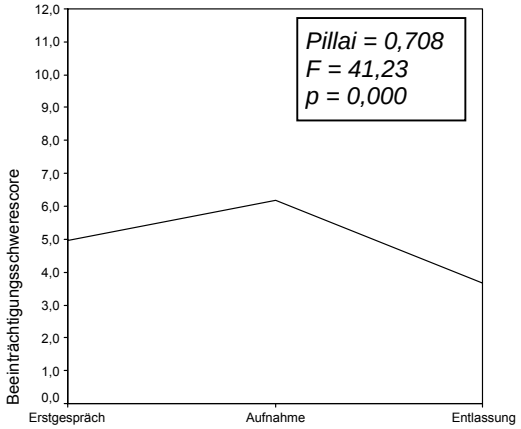



Abbildung 10. Beeinträchtigungsschwerescore. Mittelwerte der drei Messzeitpunkte (Pillai-Spur, F-Wert, p-Signifikanz).

### *4.2.6. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF8)*

Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Schmidt et al. 1994) wurde zum Entlassungs- und zum Katamnesezeitpunkt erhoben. Der mögliche Wertebereich der Summenskala reicht von 8-wenig Zufriedenheit bis 32-sehr hohe Zufriedenheit. Es zeigte sich eine allgemein hohe Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung, die vom Zeitpunkt der Entlassung zum Katamnesezeitpunkt etwas, jedoch nicht signifikant abnimmt (s. Tabelle 13).

Tabelle 13. Patientenzufriedenheit. Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärken

| | $M_E$ | $SD_E$ | $M_K$ | $SD_K$ |
|---|---|---|---|---|
| Patientenzufriedenheit | 27,6 | 3,9 | 26,6 | 4,2 |

| Effektstärke | $ES_{EK}$ |
|---|---|
| Patientenzufriedenheit | n.s. |

Messzeitpunkte E - Entlassung und K - Katamnese.

M - Mittelwert, SD - Standardabweichung, ES - Effektstärken.

** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$; n.s. - nicht signifikant

### *4.2.7. Erfolgsbewertung nach dem QM-System AKQUASI*

Das Qualitätsmanagementsystem AKQUASI erstellt aus den Skalen der Lebensqualität, des SCL-90-R, des BSS, des GBB, sowie der Ergebniseinschätzung aus Patienten- und Therapeutensicht eine Erfolgsbewertung (s. Abschnitt 1.1.2.2.). Abbildung 11 zeigt die Häufigkeitsverteilung dieser Erfolgsbewertung. 7 (14,3%) Patienten konnten aufgrund einzelner fehlender Skalen nicht beurteilt werden. Bei 11 (22,4%) Patienten wurde ein Auffälligkeitssignal erzeugt. 31 (63,3%) Patienten wurden mit „guter Verlauf“ oder „sehr guter Verlauf“ bewertet und zeigen somit eine klinische Verbesserung während der tagesklinischen Behandlung (Messzeitpunkte Aufnahme – Entlassung).

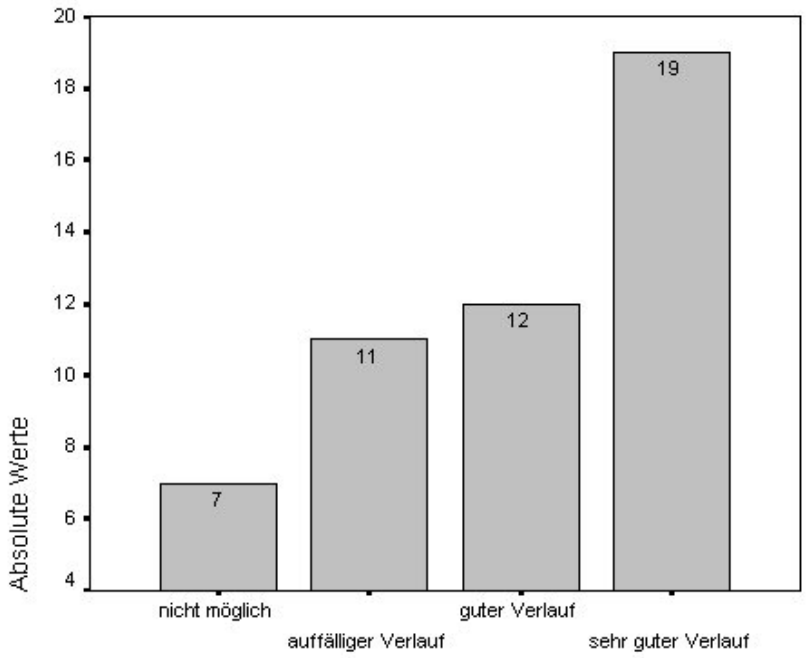



Abbildung 11. Erfolgsbewertung des QM-Systems AKQUASI während der tagesklinischer Behandlung (Aufnahme – Entlassung)

## 4.3. Ergebnisse der idiographischen Messstrategie: Individuelle Therapiezielformulierung

Insgesamt hatten 40 Patienten den Zielfragebogen hinreichend ausgefüllt und konnten in die Analyse miteinbezogen werden. Von den Patienten wurden insgesamt 113 Ziele formuliert, von den Therapeuten wurden für diese 40 Patienten insgesamt 115 Ziele formuliert.

### 4.3.1. Therapiezielformulierung

Die von den Patienten und Therapeuten formulierten einzelnen Therapieziele wurden von drei unabhängigen Kodierern in das Kategoriensystem der Individuellen Therapieziele (ITZ) (Heuft und Senf, 1998) eingeordnet. Dieses umfasst die folgenden Hauptkategorien:

1. Intrapsychische Probleme und Konflikte (Nr. 101 – 199)
2. Interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte (Nr. 201 – 299)
3. Körperbezogene Probleme und Symptome (Nr. 301 – 399)
4. Probleme mit Medikamenten, stoffgebundene und nicht stoffgebundene Sucht (Nr. 401 – 499)
5. Sozialmedizinische- und Rehabilitationsziele (Nr. 501 – 599)

Jede dieser Hauptkategorien beinhaltet nochmals 12 bis 48 Unterkategorien, so dass in dem Kategoriensystem insgesamt 130 verschiedene Unterkategorien verfügbar sind, denen die formulierten Therapieziele zugeordnet werden können. Um eine möglichst reliable Kodierung zu erzielen, wurden die Ergebnisse der Kodierung mit dem Übereinstimmungskoeffizienten Kappa Κ für mehrere Kodierer nach Fleiss (1971) überprüft (siehe auch Kapitel 3).

Im Anhang sind die formulierten Therapieziele mit den dazugehörigen Beispielen zu finden, sowie die Zuordnung der Ziele in das Kategoriensystem der Individuellen Therapieziele durch die drei Kodierer.

Beim ersten Kodierungsdurchgang ergaben sich mäßige Übereinstimmungen zwischen den drei ungeübten Ratern: Bei den gesamten Patientenzielen ist

K = 0,48, bei den gesamten Therapeutenzielen ist K = 0,55. Die Übereinstimmungskoeffizienten der einzelnen Therapieziele sind in Tabelle 14 abgebildet.

Tabelle 14. Übereinstimmungskoeffizient κ der Therapieziele nach der ersten Kategorisierung in die Unterkategorien

| | Patientenziele | Therapeutenziele |
|---|---|---|
| Hauptziel | 0,47 | 0,71 |
| Ziel 2 | 0,53 | 0,46 |
| Ziel 3 | 0,40 | 0,46 |
| **gesamt** | **0,48** | **0,55** |

Die erzielte mäßige Übereinstimmung zwischen den Ratern führte zu einer gemeinsamen Diskussionsrunde, in der diejenigen Therapieziele, die nicht eindeutig einer Unterkategorie zugeordnet werden konnten, diskutiert wurden und es folgte anschließend ein zweiter Kategorisierungsdurchgang. Diesmal wurden nur die Therapieziele, ohne die dazugehörigen drei Beispiele kategorisiert, da sich herausgestellt hat, dass die Beispiele keine zusätzliche Klarheit mit sich brachten, sondern die eindeutige Zuordnung der ITZ zu einer Kategorie oftmals erschwerten. Ebenso wurde vereinbart nur jenes Therapieziel zu kodieren, das als erstes genannt wurde, da oftmals von Patienten und Therapeuten mehrere Ziele in eine einzige Formulierung verpackt wurden (Bsp.: Mit der Krankheit meines Vaters umgehen und dadurch meine Angst in den Griff bekommen).
So ergaben sich zufriedenstellende Übereinstimmungen (K = 0,64) bei den Therapiezielen der Patienten und der Therapeuten (s. Tabelle 15) und die ITZ konnten im zweiten Schritt den fünf Hauptkategorien zugeteilt werden.

Tabelle 15. Übereinstimmungskoeffizient κ der Therapieziele nach der zweiten Kategorisierung in die Unterkategorien

| | Patientenziele | Therapeutenziele |
|---|---|---|
| Hauptziel | 0,62 | 0,65 |
| Ziel 2 | 0,62 | 0,68 |
| Ziel 3 | 0,60 | 0,57 |
| **gesamt** | **0,64** | **0,64** |

Dabei wurden die Ziele, die nicht von allen Ratern der gleichen Hauptkategorie zugeordnet wurden, derjenigen Hauptkategorie zugeteilt, die von den Ratern am häufigsten benannt wurde. Lediglich ein Therapieziel („Umgang mit meiner OP 1997, damit auch verbunden der Umgang mit Angst und Panik“) wurde von allen drei Ratern einer unterschiedlichen Hauptkategorie zugeordnet. Nach gemeinsamer Diskussion wurde dieses Therapieziel der Kategorie 501 (Krankheitsbewältigung, Leben mit der Krankheit) zugeteilt. Die einzelnen Therapieziele, die Kategorisierung der drei Rater und die Zuteilung zu den fünf Hauptkategorien sind im Anhang zu finden.

Durch die Zuordnung der Therapieziele in die fünf Hauptkategorien ergaben sich schließlich sehr gute Übereinstimmungskoeffizienten zwischen den drei Ratern (s. Tabelle 16).

Tabelle 16. Übereinstimmungskoeffizienten κ der Therapieziele eingeteilt in die fünf Hauptkategorien

| | Patientenziele | Therapeutenziele |
|---|---|---|
| Hauptziel | 0,82 | 0,78 |
| Ziel 2 | 0,94 | 0,79 |
| Ziel 3 | 0,89 | 0,73 |
| **gesamt** | **0,89** | **0,77** |

Von den **Therapeuten** konnten insgesamt 67 Ziele (58,3%) der Kategorie „Intrapsychische Probleme und Konflikte“ zugeordnet werden. 17 mal (14,8%) wurde ein interaktionelles oder psychosoziales Problem benannt, 20 Ziele (17,4%) waren körperbezogene Probleme und Symptome, ein Ziel (0,9%) war ein Problem mit Medikamenten oder Sucht und 10 der formulierten Therapieziele (8,7%) waren sozialmedizinische- und Rehabilitationsziele.

Von den **Patienten** konnten insgesamt 65 Ziele (57,5%) der Kategorie „Intrapsychische Probleme und Konflikte“ zugeordnet werden. 17 mal (15,0%) wurde ein interaktionelles oder psychosoziales Problem benannt, 23 der formulierten Therapieziele (20,4%) waren körperbezogene Probleme und Symptome, ein Ziel (0,9%) war ein Problem mit Medikamenten oder Sucht und 6

Ziele (5,3%) waren sozialmedizinische- und Rehabilitationsziele. Ein Ziel (0,9%) konnte keiner Kategorie zugeordnet werden.

Eine graphische Darstellung der Häufigkeiten aller formulierten Therapieziele ist in Abbildung 12 dargestellt. Einen signifikanten Unterschied in der Häufigkeitsverteilung zwischen den von den Patienten und den Therapeuten formulierten Therapiezielen hinsichtlich der Hauptkategorien der ITZ konnte nicht festgestellt werden (Rand-Homogenitätstest: p = 0,387). Das gleiche Ergebnis wird erreicht, das heißt es bestehen keine Unterschiede in den Verteilungen zwischen den von den Patienten und den Therapeuten formulierten Therapiezielen hinsichtlich der Hauptkategorien der ITZ, wenn die einzelnen Therapieziele gesondert nach ihrer Reihenfolge (Hauptziel, zweites und drittes Therapieziel) verglichen werden (s. Abbildung 13 - 15).

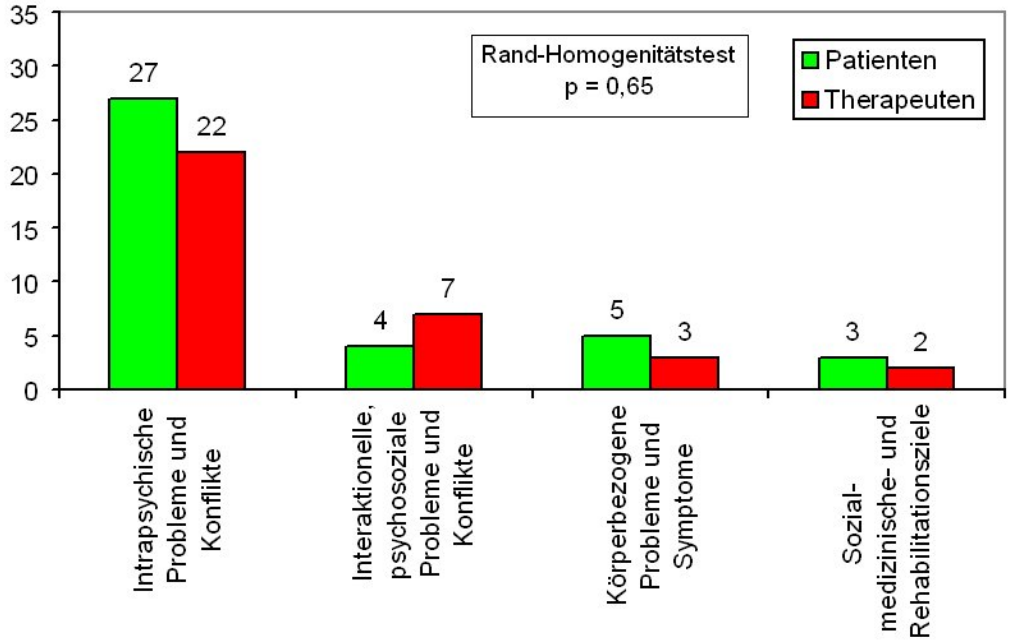



Abbildung 12. Häufigkeiten der gesamten kategorisierten Therapieziele von Patienten und Therapeuten.

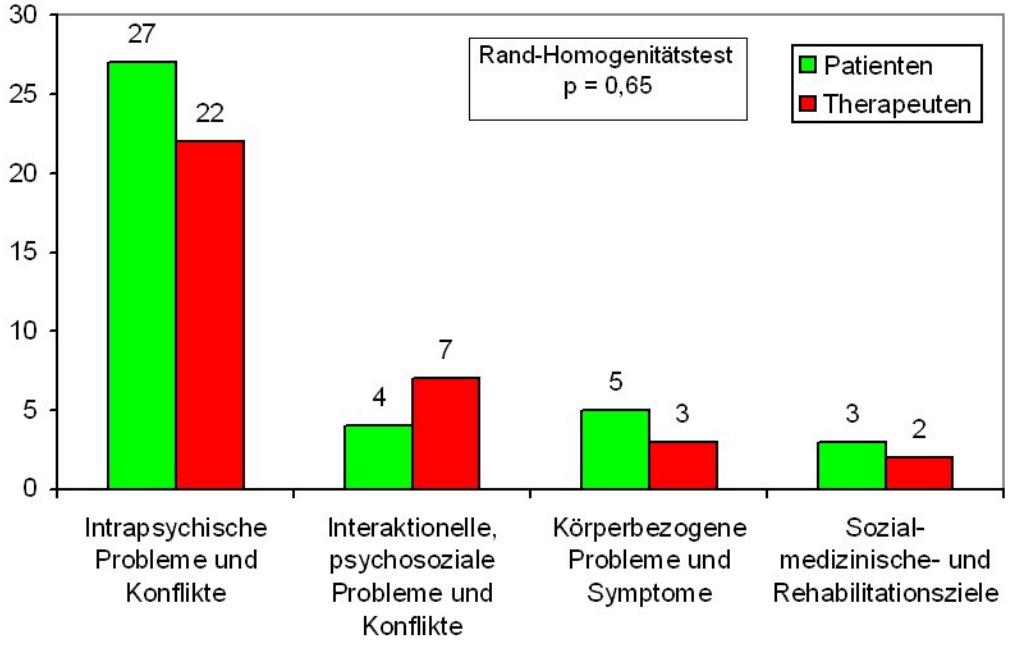



Abbildung 13 Häufigkeiten des kategorisierten Hauptziels der Patienten und Therapeuten.

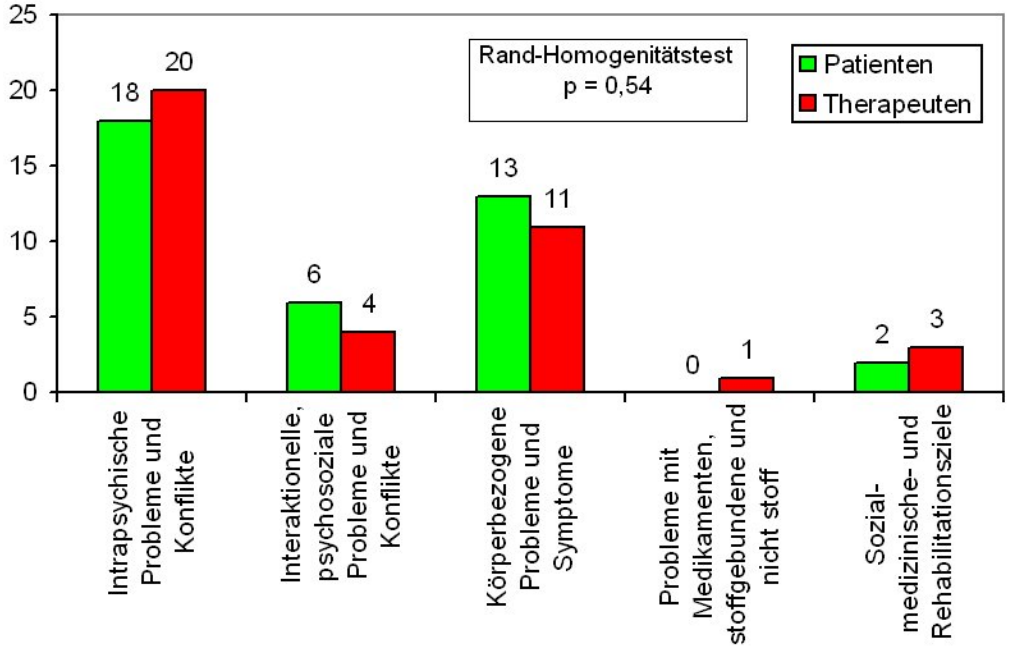



Abbildung 14. Häufigkeiten des kategorisierten zweiten Therapieziels der Patienten und Therapeuten.

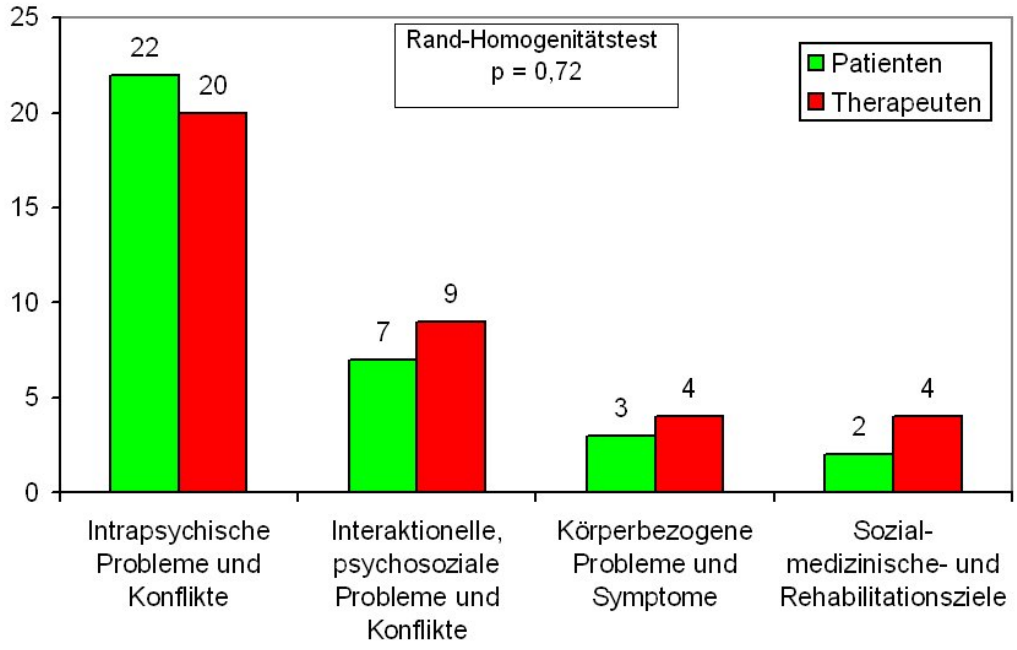



Abbildung 15. Häufigkeiten des kategorisierten dritten Therapieziels der Patienten und Therapeuten

### *4.3.2. Einschätzung der Therapiezielerreichung*

In der letzten Woche des Aufenthaltes in der Tagesklinik wurden den Patienten und Therapeuten nochmals die Therapiezielfragebögen vorgelegt und sie wurden gebeten einzuschätzen, inwieweit die zu Beginn der Behandlung formulierten Therapieziele erreicht worden waren.

Die Antwortmöglichkeiten waren „Therapieziel nicht erreicht“, „Therapieziel teilweise erreicht“, „Therapieziel erreicht“, „Mehr erreicht als Therapieziel“ und „Therapieziel entfällt“.

Am häufigsten (57,5% bei den Patienten / 48,1% bei den Therapeuten) wurde angegeben, das Therapieziel teilweise erreicht zu haben. Danach folgt mit 28,3% (Patient) / 40,7% (Therapeut) die Einschätzung das Therapieziel erreicht zu haben. 9,4% (Patient) / 10,2% (Therapeut) gaben an das Therapieziel nicht erreicht zu haben und 4,7% (Patient) / 0,9% (Therapeut) haben mehr als das Therapieziel erreicht. Die prozentuale eingeschätzte Therapiezielerreichung der Patienten und Therapeuten über alle Therapieziele ist in Abbildung 16 dargestellt. Einen signifikanten Unterschied in der Häufigkeitsverteilung zwischen der von den Patienten und den Therapeuten eingeschätzten Therapiezielereichung konnte nicht festgestellt werden (Rand-Homogenitätstest: p = 0,41).

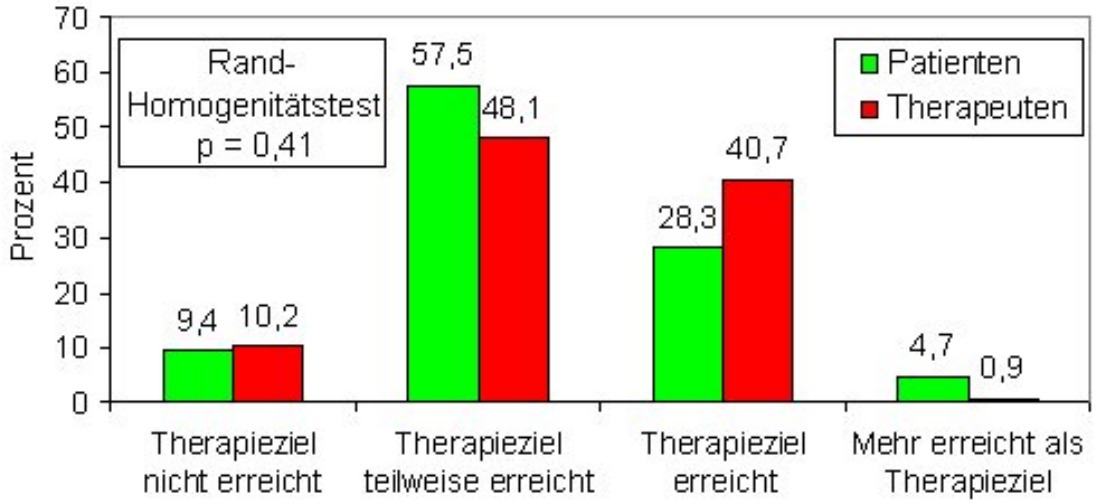



Abbildung 16. Eingeschätzte Therapiezielerreichung der Patienten und Therapeuten über alle Therapieziele in Prozent.

Der Umstand, dass Patienten und Therapeuten annähernd die gleichen Therapieziele formuliert haben (vgl. Abbildung 13 - 15), ermöglicht es zusätzlich, die Einschätzung der Therapiezielerreichung der Patienten und Therapeuten miteinander zu vergleichen.

Die Korrelation zwischen den Zielerreichungseinschätzungen der Patienten und Therapeuten lag beim Hauptziel bei r = 0,44 (p < 0,001). Beim zweiten Therapieziel lag sie bei r = 0,39 (p < 0,5), beim dritten Ziel konnte keine signifikante Korrelation festgestellt werden (Spearman-Rho: r = 0,66; p = 0,37) (s. Tabelle 17).

Tabelle 17. Korrelationskoeffizienten der Einschätzung der Therapiezielerreichung von Patienten und Therapeuten

| Korrelationskoeffizienten | | Therapiezieleinschätzung Patienten | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Hauptziel | zweites Ziel | drittes Ziel |
| Therapieziel-Einschätzung Therapeuten | Hauptziel | r = 0**,443**<br>p = 0**,003** | | |
| | zweites Ziel | | r = 0**,388**<br>p = 0**,011** | |
| | drittes Ziel | | | r = 0**,066**<br>p = 0**,371** |

*Einschätzungen der Therapiezielerreichung der Patienten*

Werden die Einschätzungen der Therapiezielerreichung der Patienten hinsichtlich der einzelnen Therapieziele betrachtet, zeigen sich ähnliche Verteilungen bei allen drei Therapiezielen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen der Einschätzungen der Therapiezielerreichung zwischen den drei Therapiezielen gefunden (Friedmann-Test für mehrere verbundene Stichproben: p = 0,99). In Abbildung 17 sind die Einschätzungen der Patienten hinsichtlich ihrer Therapiezielerreichung, getrennt nach den drei Therapiezielen, dargestellt.

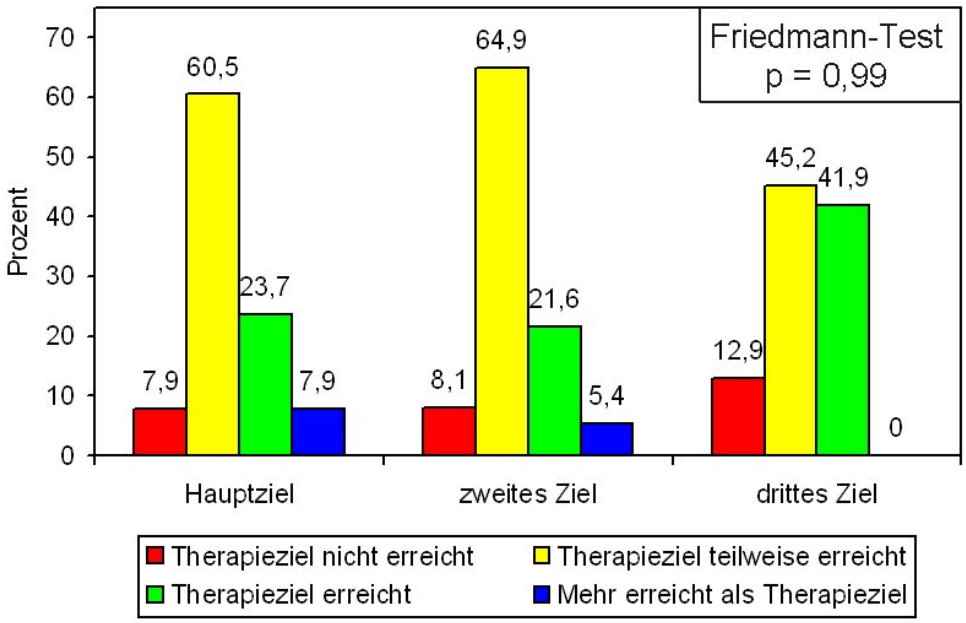



Abbildung 17. Eingeschätzte Therapiezielerreichung der Patienten, getrennt nach den drei Therapiezielen

Schließlich sind in Abbildung 18 die Einschätzungen der Therapiezielerreichung der Patienten getrennt nach den fünf Hauptkategorien dargestellt. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Einschätzungen konnten auch hier nicht beobachtet werden (Jonckheere-Terpstra-Test für kategoriale Daten p = 0,20).

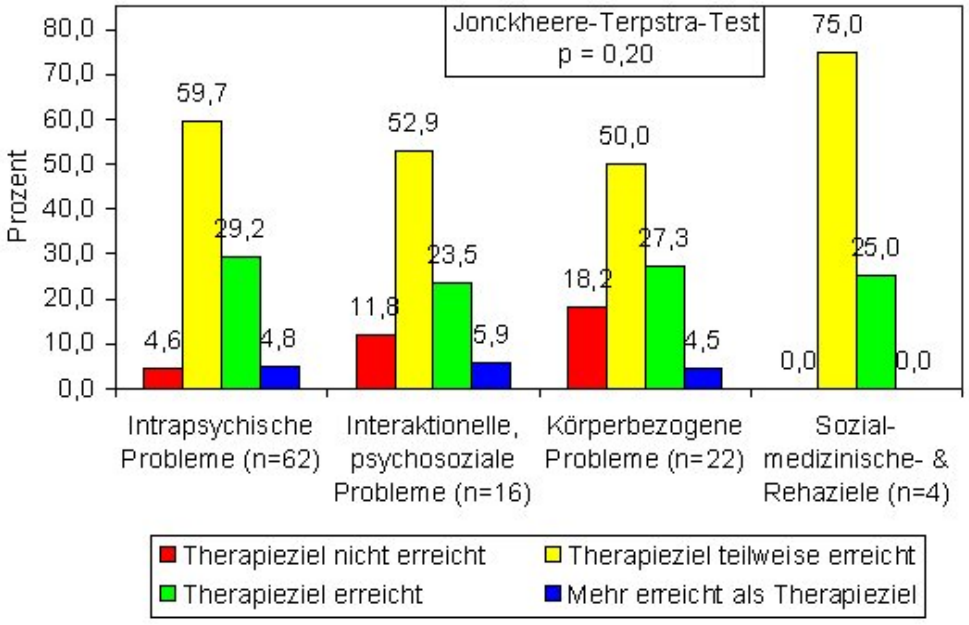



Abbildung 18. Eingeschätzte Therapiezielerreichung der Patienten getrennt nach den Hauptkategorien [1]

[1] Das Therapieziel „Probleme mit Medikamenten, stoffgebundene und nicht stoffgebundene Sucht“ wurde weggelassen, da es nur einmal formuliert wurde. Ebenso wirkt die Darstellung teilweise stark verzerrt, da die Häufigkeiten der Hauptkategorien sehr unterschiedlich ist.

*Einschätzung der Therapiezielerreichung der Therapeuten*

Analog zum vorherigen Abschnitt werden im Folgenden nur die Einschätzungen der Therapiezielerreichung der Therapeuten gezeigt. Abbildung 19 zeigt die Einschätzungen der Therapeuten hinsichtlich der Therapiezielerreichung, getrennt nach den drei Therapiezielen.

Hier zeigen sich signifikante Unterschiede in den Verteilungen zwischen dem dritten Therapieziel und dem Haupt- und zweiten Ziel (Friedmann-Test für mehrere verbundene Stichproben: p = 0,042). Die Erreichung der ersten beiden Therapieziele wurde insgesamt als positiver eingeschätzt.

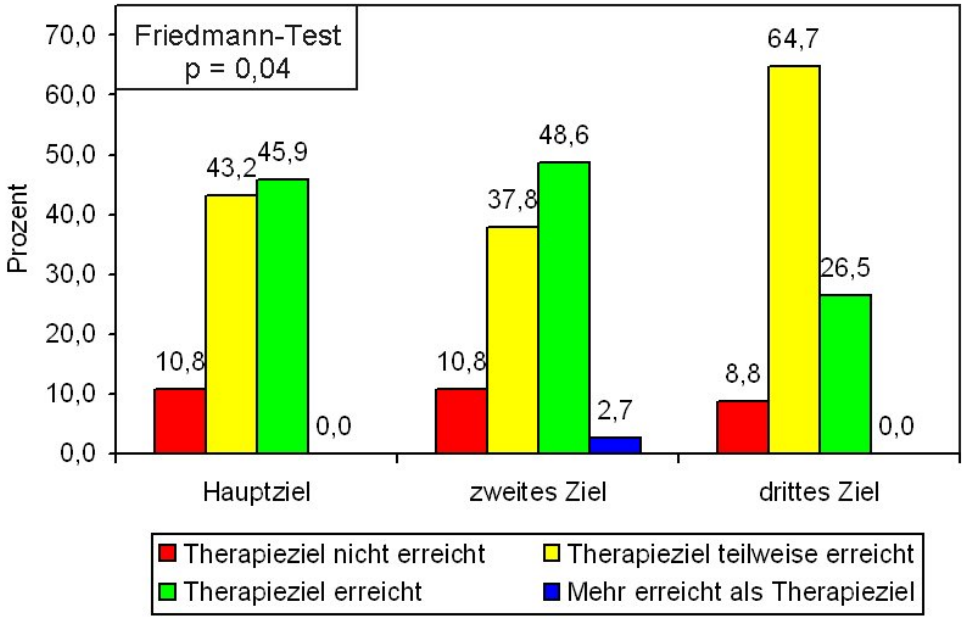



Abbildung 19. Eingeschätzte Therapiezielerreichung der Therapeuten, getrennt nach den drei Therapiezielen

In Abbildung 20 sind die Einschätzungen der Therapiezielerreichung der Therapeuten getrennt nach den fünf Hauptkategorien dargestellt. Signifikante Unterschiede in den Verteilungen der Einschätzungen konnten nicht beobachtet werden (Jonckheere-Terpstra-Test für kategoriale Daten p = 0,233).

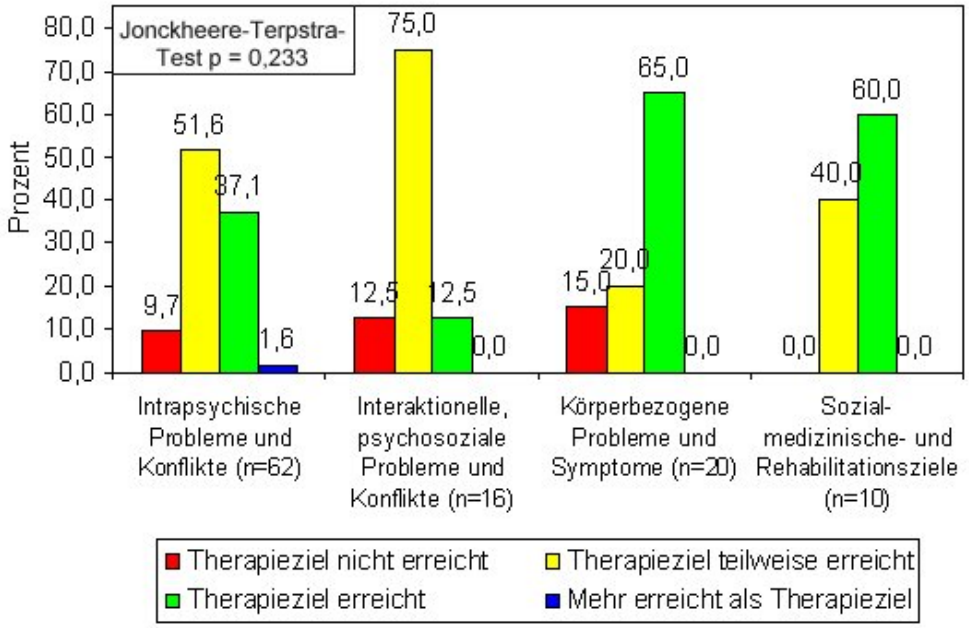



Abbildung 20. Eingeschätzte Therapiezielerreichung der Therapeuten, getrennt nach den Hauptkategorien[2]

[2] Das Therapieziel „Probleme mit Medikamenten, stoffgebundene und nicht stoffgebundene Sucht“ wurde weggelassen, da es nur einmal formuliert wurde. Ebenso wirkt die Darstellung teilweise stark verzerrt, da die Häufigkeiten der Hauptkategorien sehr unterschiedlich ist.

# 5. Diskussion

In der Einleitung wurde Qualitätsmanagement als die optimale Versorgung psychisch kranker Menschen nach dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogenen Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit (Nübling & Schmidt, 1998) definiert. Diese Definition ist der Versuch, den eigentlich unmöglichen Spagat zwischen dem Patienten als Individuum und der bestmöglichen oder bestwirksamsten Behandlung zu schaffen. Dabei wird die bestmögliche Behandlung nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse jedoch fast ausschließlich über empirische Forschung bewiesen, die wiederum einen gruppenstatistischen Ansatz benutzt, bei dem z.B. verschiedene Therapieformen oder –settings miteinander verglichen werden. Auf der anderen Seite bedeutet dies aber auch eine Einschränkung auf individueller Ebene. Diesem Problem begegnet man ständig bei der Auseinandersetzung mit Qualitätssicherung: Es wird meist nicht genügend unterschieden, zwischen Forschung und Maßnahmen des einzelnen Therapeuten zur Verbesserung der Qualität seiner Arbeit. Schultes (1993) kommt daher auf ein allgemeines Krankheitsmodell zurück um dieser Komplexität gerecht zu werden: Er beschreibt Krankheit als ein mehrschichtiges Konstrukt, das Operationalisierungen auf mehreren Ebenen erfordert. Dabei sollen störungsspezifische Maße (z.B. über die SCL-90-R), die Störungsfolgen (z.B. Selbstwert, soziale Einbindung), die Ziele der Patienten und auch die Kostenperspektive berücksichtigt werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden zwei unterschiedliche Strategien zur Ergebnisbewertung von Psychotherapien vorgenommen.

Die erste, allgemeine Bewertungsstrategie formuliert für sämtliche Patienten die gleichen Erfolgskriterien: eine statistische Veränderung vom Prä- zum Posttest, bzw. von Aufnahme zur Entlassung. Dies ist hilfreich, wenn die Ergebnisse für die Forschung z.B. mit denen aus anderen Kliniken verglichen werden sollen. Individuelle Eigenarten der einzelnen Persönlichkeit, wie sie von Nübling & Schmidt gefordert werden, bleiben dabei aber weitestgehend unberücksichtigt.

Einen Kompromiss stellt hier das Konzept der klinischen Signifikanz von Jacobson & Truax (1991) dar, das immer mehr Verbreitung findet. Hier werden normative Gesichtspunkte mit den individuellen Eigenarten der Patienten kombiniert und so können besser Aussagen über die einzelnen Patienten getroffen werden, ohne aber normative Elemente gänzlich zu vernachlässigen.
Die zweite Strategie schließlich bleibt ganz auf der individuellen Ebene: Der Patient formuliert bei dem Kategoriensystem Individueller Therapieziele (ITZ) (Heuft et al., 1998) völlig frei seine eigenen Therapieziele, anhand derer er auch den Erfolg seiner Psychotherapie einschätzt. Dies kommt zwar dem einzelnen Patienten zugute, bietet aber wenig Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Kliniken oder Patienten.

## 5.1. Allgemeine Messstrategie

Die vorliegenden Ergebnisse bei den psychometrischen Tests weisen auf die Wirksamkeit der Behandlung in der psychosomatischen Tagesklinik hin. Sowohl das allgemeine Wohlbefinden, die Lebensqualität, das körperliche Beschwerdebild, als auch die Fremdeinschätzung des Therapeuten durch den Beeinträchtigungsschwerescore verbessern sich signifikant von Aufnahme zur Entlassung des Patienten. Lediglich beim SCL-90R, ausgenommen bei der Skala Zwanghaftigkeit, konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden. Dies wird auch durch die ANOVA mit Messwiederholungen bestätigt. Bei fast allen Fragebögen konnte ein signifikanter Einfluss der Zeit auf die Behandlung festgestellt werden. Wieder bildet der SCL-90R eine Ausnahme: Bei der Skala Zwanghaftigkeit konnte eine signifikante Verbesserung gefunden werden, beim Globalen-Schwere-Index (GSI) ergab sich ein Trend in Richtung Verbesserung.
Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Geiselmann und Linden (2001), die ebenfalls eine nicht signifikante Veränderung im SCL-90 bei einer tagesklinisch behandelten Stichprobe fanden.
Problematisch bleibt die Interpretation dieser Ergebnisse. Geiselmann und Linden finden in ihrer vergleichenden Untersuchung zwischen voll- und teilstationärer

Behandlung, dass der GSI-Ausgangswert und der Zuweisungsmodus den größten Teil der Varianz aufklären. Das Behandlungssetting selber brachte keine zusätzliche Varianzaufklärung. Sie gehen davon aus, dass Patienten im vollstationären Bereich schwerer gestört sind, durch die vollstationäre Behandlung mehr Entlastung erfahren als durch eine tagesklinische Behandlung und daher eine größere Symptomreduktion erfahren. Ihrer Meinung nach müsste eine gleiche Patientenpopulation unter beiden Bedingungen ein gleiches Therapieergebnis erzielen.

Wahrscheinlich ist zusätzlich in der vorliegenden Untersuchung die relativ kleine und inhomogene Stichprobe, sowie die unterschiedlichen Gütekriterien der verwendeten Tests für die Inkonsistenz der Ergebnisse verantwortlich.

Einschränkungen sind sicherlich auch bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu machen. Im Gegensatz zu einem kontrollierten und randomisierten Vorgehen, bei dem die interne Validität hoch ist, ist diese in der vorliegenden Studie eingeschränkt. Hier muss auf die mangelnde Kontrolle von möglichen intervenierenden Randbedingungen hingewiesen werden, ohne die nicht ausgeschlossen werden kann, dass Verbesserungen auf andere Einflüsse, z.B. auf Spontanremission, als auf die tagesklinische Behandlung zurückzuführen sind. Möglicherweise ist jedoch die externe Validität im Sinne einer Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die klinische Praxis höher ausgeprägt (Buchkremer & Klingberg 2001).

Nun stellt sich jedoch die Frage, ob *keine statistische* Verbesserung der psychopathologischen Symptome, hier durch den SCL-90R operationalisiert, auch keinen Erfolg für den Patienten bedeutet. Etwas klarer wird das Bild durch die Berechnung von Effektstärken, die etwas über das Ausmaß der Veränderung aussagen.

Auch wenn die gefundenen mittleren bis starken Effektstärken für die Effektivität der tagesklinischen Behandlung sprechen, so hinterlässt die Betrachtung der Ergebnisse auf einem rein statistischen Niveau einen eher spekulativen Eindruck. Dadurch weiß man zwar etwas über die Größe eines Effekts, jedoch nicht, ob ein Patient am Ende der Behandlung "gesund" ist oder nicht. Auch lässt sich bei der

allgemeinen Bewertungsstrategie nur schwer etwas über den einzelnen Patienten als Individuum aussagen. Ferner kann die Effektstärke nichts darüber aussagen, ob der Patient zu Behandlungsbeginn in diesem Bereich überhaupt behandlungsbedürftig ("gestört") war. Ebenfalls ist zu bedenken, dass Effektstärken in hohem Maß von der Art der Patientenauswahl abhängig sind. Eine starke Homogenisierung von Stichproben führt im Vergleich mit weniger homogener Patientengruppen zu einer Erhöhung der Effektstärken. Interessant wäre zu überprüfen, ob eine spezifischere Einbeziehung weiterer Variablen (Diagnose, Erkrankungsdauer etc.) die Effekte der Behandlung angemessener abbildet. In zukünftigen Studien wäre zu prüfen, ob Subgruppen von Patienten, die sich hinsichtlich ihres Therapieerfolges unterscheiden, bestimmbar sind und ob sich Prädiktoren des Behandlungserfolgs identifizieren lassen. Gegebenenfalls wäre eine Anpassung der Behandlungsansätze an die spezifischen Merkmale der Subgruppen erforderlich, um zu möglicherweise verbesserten Outcome-Ergebnissen zu kommen.

Um der Frage nach einer klinischen Verbesserung der Patienten während der tagesklinischen Behandlung näher zu kommen, wurde deshalb als Ergänzung zur allgemeinen Bewertungsstrategie das Prinzip der klinischen Signifikanz nach Jacobson & Truax (1991) verwendet, wie es in dem Qualitätsmanagementprogramm AKQUASI implementiert ist. In die Berechnung gingen die Skalen der Lebensqualität, des SCL-90-R, des BSS, des GBB, sowie der Ergebniseinschätzung aus Patienten- und Therapeutensicht ein.

Abbildung 11 zeigt die Häufigkeitsverteilung dieser Erfolgsbewertung. 7 (14,3%) Patienten konnten aufgrund einzelner fehlender Skalen nicht beurteilt werden. Bei 11 (22.4%) Patienten wurde ein Auffälligkeitssignal erzeugt. Dies geschieht, wenn der Patient entweder Selbstmordgedanken äußert (Frage 15 des SCL-90-R wird mit „stark“ oder „sehr stark“ beantwortet), keine Veränderung, oder gar eine Verschlechterung in den Symptomen zeigt. Die Mehrzahl mit 31 (63,3%) Patienten wurden mit „guter Verlauf“ oder „sehr guter Verlauf“ bewertet und zeigen somit eine klinische Verbesserung während der tagesklinischen Behandlung.

Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass die Erfolgsbewertung durch AKQUASI immer davon abhängt, welche Instrumente in die Analyse mit einbezogen werden. Je nach Auswahl und Gütekriterien der verwendeten Messinstrumente können so sehr unterschiedliche Ergebnisse erzielt werden.

## *5.2. Individuelle Messstrategie*

Die zweite Bewertungsstrategie schließlich bewegt sich ganz auf der individuellen Ebene. Normative Elemente spielen hier eine weniger starke Rolle.

Die Übereinstimmungskoeffizienten von $\kappa = 0{,}89$ bei den von den Patienten und $\kappa = 0{,}77$ bei den von den Therapeuten formulierten Therapiezielen sprechen zunächst für die gewählte Vorgehensweise und sind vergleichbar mit den Ergebnissen von Heuft et al. (1998a), die eine Interraterübereinstimmung von 80% erzielten.

Von den **Therapeuten** konnten insgesamt 67 Ziele (58,3%) der Kategorie „Intrapsychische Probleme und Konflikte“ zugeordnet werden. 17 mal (14,8%) wurde ein interaktionelles oder psychosoziales Problem benannt, 20 Ziele (17,4%) waren körperbezogene Probleme und Symptome, ein Ziel (0,9%) war ein Problem mit Medikamenten oder Sucht und 10 der formulierten Therapieziele (8,7%) waren sozialmedizinische- und Rehabilitationsziele.

Von den **Patienten** konnten insgesamt 65 Ziele (57,5%) der Kategorie „Intrapsychische Probleme und Konflikte“ zugeordnet werden. 17 mal (15,0%) wurde ein interaktionelles oder psychosoziales Problem benannt, 23 der formulierten Therapieziele (20,4%) waren körperbezogene Probleme und Symptome, ein Ziel (0,9%) war ein Problem mit Medikamenten oder Sucht und 6 Ziele (5,3%) waren sozialmedizinische- und Rehabilitationsziele. Ein Ziel (0,9%) konnte keiner Kategorie zugeordnet werden.

Wiederum sind die Ergebnisse mit denen von Heuft (1998b) vergleichbar, die innerhalb der fünf Hauptkategorien auf Therapeutenseite überwiegend Therapieziele in der Kategorie „intrapsychisch“ kodiert (55,2%), gefolgt von 17,6% „interaktioneller“ und 17,9% „körperbezogener“ Therapieziele formuliert hatten.

Hauptkategorien wie „Sucht/Medikamente“ (1,6%) und „Rehabilitation“ (7,6%) waren hingegen nur selten besetzt. Auf Seiten der Patienten ergibt sich ein ähnliches Bild: intrapsychische Ziele: 60,5%, interaktionelle Ziele: 13,7%, körperbezogene Ziele 21,6%, Probleme mit Sucht/Medikamente: 1,6%, Rehabilitationsziele: 2,8% (Heuft et al., 1998b).

Ein etwas anderes Bild fand Wittkowski (2006), die das Kategoriensystem der individuellen Therapieziele bei Jugendlichen untersuchte. Dabei legten die Jugendlichen den Schwerpunkt eindeutig auf die Bearbeitung von körperbezogenen Problemen und Symptomen, während die Therapeuten den Schwerpunkt hauptsächlich in der Bearbeitung von intrapsychischen Problemen und Konflikten sahen. Die Therapeuten dürften wahrscheinlich aufgrund ihrer praktischen und therapeutischen Erfahrung besser in der Lage sein, auch über die vordergründig wahrnehmbaren Probleme und Symptome hinaus, weitere mögliche Problembereiche zu erkennen und diese differenzierter in ITZ zu formulieren. Auf der anderen Seite dürfte die bessere Introspektionsfähigkeit der erwachsenen Patienten in der vorliegenden Arbeit ausschlaggebend dafür sein, dass Patienten und Therapeuten ähnliche Therapieziele formulieren.

Kritisch anzumerken ist ebenfalls, dass die Therapieziele innerhalb der ersten Woche formuliert wurden und bis dahin Therapeut und Patient schon Therapiesitzungen hatten, in denen üblicherweise die Ziele des Patienten zumindest angesprochen wurden. So ist die hohe Übereinstimmung der formulieren Therapeuten zwar nicht weiter überraschend, zeigt aber auch wie wichtig es für einen Behandlungserfolg ist, dass Therapeut und Patient zumindest ähnliche Ziele haben und sich darüber verständigt haben. Da Zielkonflikte zwischen Therapeut und Patient einen negativen Effekt auf den Therapieverlauf und –erfolg haben (Tryon und Winnograd, 2001), wäre es sinnvoll diejenigen Patienten zu identifizieren, deren Therapieziele nicht übereinstimmen. Damit könnte ein möglicher Faktor bestimmt werden, der zu keiner Verbesserung oder einer Verschlechterung der Symptomatik geführt hat. Weitere Untersuchungen könnten in diese Richtung gehen.

Die Ergebnisse bei der Erreichung der Therapieziele zeigen eine ähnliche Einschätzung durch den Therapeuten als auch durch den Patienten, wobei die Therapeuten etwas optimistischer bei der Einschätzung sind als die Patienten. Die Zielerreichung ist auch unabhängig von der Art des Therapieziels. Am häufigsten (57,5% bei den Patienten/ 48,1% bei den Therapeuten) wurde angegeben, das Therapieziel teilweise erreicht zu haben, was für einen persönlichen Erfolg der Behandlung spricht. Danach folgt mit 28,3% (Patient)/ 40,7% (Therapeut) die Einschätzung das Therapieziel erreicht zu haben. 9,4% (Patient)/ 10,2% (Therapeut) gaben an, das Therapieziel nicht erreicht zu haben und 4,7% (Patient)/ 0,9% (Therapeut) haben mehr als das Therapieziel erreicht (s. Abbildung 16).

Diese Ergebnisse könnten damit zusammenhängen, dass Therapeuten, bedingt durch ihre therapeutische Erfahrung, generell die Ziele niedriger ansetzen, womit diese natürlich auch leichter zu erreichen sind. Die klinische Praxis zeigt, dass Patienten eher dazu neigen, sich zu viel vorzunehmen und oft mit dem Erreichten nicht zufrieden sind. Eine Praktikabilitätsstudie mit 336 stationären Patienten zur Psy-BaDo, in die der ITZ integriert ist, zeigte bezüglich der Einschätzung der Zielerreichung ein ähnliches Bild. Ein großer Teil der Patienten (45,6%) gab an, ihre Therapieziele "teilweise erreicht" zu haben (Heuft & Senf et al., 1995). Die Zielerreichungseinschätzungen der Therapeuten waren insgesamt ebenfalls etwas positiver.

Eine Schwierigkeit in dem Kategoriensystem ist, dass der Vorgang der Kodierung selber eine Schwachstelle darstellt. Einerseits erlaubt er den gewünschten quantitativen Transfer des sprachlichen Materials, ist aber andererseits anfällig, da er den subjektiven Deutungen des Kategorienschemas und der Texte ausgeliefert ist, die von den Kodierern beim Kodierungsvorgang unweigerlich ausgeführt werden müssen. Außerdem bedeutet eine Überführung des qualitativen Materials in ein quantitative Format auch immer eine Reduktion der Daten.

Durch die hohe Kategorienanzahl des Kategoriensystems bleiben zudem viele Zellen der Matrix unbesetzt. Dies führt nach Wirtz und Caspar (2002) dazu, dass der Übereinstimmungskoeffizient eher niedrig ausfällt. Ebenso könnten sich durch

ein intensives Training die Rater mit dem Kategoriensystem vertraut machen und zusätzlich den Koeffizienten erhöhen.
Ebenso ist zu kritisieren, dass die Kategorienbildung von psychodynamisch ausgebildeten Autoren vorgenommen wurde, was unter anderem in der Benennung der Kategorien deutlich wird und somit die Struktur und die Bezeichnungen der Kategorien des Systems eher psychodynamisch beeinflusst ist (Dirmaier, 2000). Präzision und Exklusivität sind zwar erfüllt, jedoch ist das Kriterium der Erschöpfung auch dadurch nicht gegeben, dass durch die theoriegeleitete Erstellung der Oberkategorien durch psychoanalytisch orientierte Forscher eine psychoanalytische Gewichtung der Therapiezielformulierungen entstanden ist, verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsziele sind dagegen eher unterrepräsentiert.
Grosse-Holtforth und Grawe (2002) sind zusätzlich der Ansicht, dass die Voraussetzungen einer empiriegeleiteten Entwicklung eines derartigen Systems durch die stark theoriegeleitete Entwicklung der Zielkategorien verletzt wurde, was sich wiederum in der eher psychodynamischen Terminologie negativ bemerkbar macht.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der zwei unterschiedlichen Herangehensweisen ein optimistischeres Bild, je weiter die Ergebnisse auf der individuellen Ebene betrachtet werden. Beide Herangehensweisen haben ihre Berechtigung, jedoch umfasst die wissenschaftlich fundierte Psychotherapie und Psychotherapieforschung ein wesentlich breiteres Spektrum von Auffassungen, sowohl hinsichtlich der Art und Weise therapeutischer Einflussnahme, als auch in Bezug auf die zum Einsatz kommenden Forschungsmethoden. Mit einer Reduktion auf die als „Goldstandard“ bezeichneten experimentellen Untersuchungsplänen oder dem Aufdecken von objektiven Kausalzusammenhängen, stößt die Therapieforschung unweigerlich an ihre Grenzen.
Psychotherapie ist in hohem Masse eine soziokulturelle Angelegenheit, was bedeutet, dass das Studium des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Beziehung mindestens so viel Aufmerksamkeit verdient, wie die Frage nach der richtigen Interventionstechnik.

Weil es jedoch immer unterschiedliche Lebensziele, Werte, Menschenbilder, Erfahrungen, kulturelle Gewohnheiten geben wird, wäre es ein großer Verlust, wenn im Gebiet der Psychotherapie unterschiedliche und kontroverse Auffassungen nicht nebeneinander bestehen bleiben könnten. Gleichzeitig muss die Frage diskutiert werden, welche Aufgaben eine wissenschaftlich zu nennende Psychotherapie zu erfüllen hat, ohne dass sie in Bezug auf Menschenbild, Lebensziele, Wertvorstellungen und kulturelle Gewohnheiten unreflektiert normativ wird.

Fäh und Fischer (1998) fordern Forschungsstrategien, die verschiedene Methoden berücksichtigen und deren Ergebnisse mosaikartig zueinander in Beziehung gesetzt werden können. Denn erst wenn unterschiedliche Methoden, etwa systematische Fallstudien und gruppenstatistische Ansätze, zu konvergierenden Ergebnissen führen, können wir sicher sein, dass die Forschungsresultate nicht lediglich Artefakte der jeweiligen Methode sind.

# 6. Zusammenfassung

Wie die von den Kostenträgern geforderte Qualitätssicherung in der Psychotherapie durchgeführt werden soll und kann ist seit langem ein umstrittenes Thema. Während auf dem Markt eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente zur Qualitätssicherung existieren, wird das Hauptaugenmerk letztendlich nur auf Teilbereiche der Qualitätssicherung, meistens auf die Dokumentation und Evaluation der Behandlung geworfen. Doch auch hier sind die Standpunkte sehr unterschiedlich, wie eine psychotherapeutische Behandlung bewertet werden kann.

In der vorliegenden Arbeit werden zwei unterschiedliche Bewertungsstrategien der Psychotherapie vorgestellt, und am Beispiel der psychosomatischen Tagesklinik in Ulm praktisch umgesetzt.

Bei der *allgemeinen Messstrategie* werden für sämtliche Patienten die gleichen Erfolgskriterien aufgestellt: Eine rein statistische Veränderung der psychometrischen Messwerte vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt. Zusätzlich wird durch das Qualitätsmanagementprogramm AKQUASI, das auf Basis der klinischen Signifikanz arbeitet, ein Gesamturteil zur Bewertung des Therapieverlaufs erstellt.

Bei der *individualisierten Messstrategie* hingegen, formuliert jeder Patient seine eigenen Erfolgskriterien anhand individueller Therapieziele. Dazu wird das Kategoriensystem Individueller Therapieziele des Psy-BaDo verwendet.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der zwei unterschiedlichen Herangehensweisen ein optimistischeres Bild, je weiter die Ergebnisse auf der individuellen Ebene betrachtet werden. Die rein statistische Betrachtung liefert nicht bei allen psychometrischen Skalen signifikante Unterschiede und befriedigende Effektstärken, und damit ein inkonsistentes und schwer zu interpretierendes Bild. Bei dem Gesamturteil des Qualitätsmanagementprogramm AKQUASI hingegen wurden 63,3% Patienten mit einem guten oder sehr guten Verlauf bewertet, und zeigen somit eine klinische Verbesserung während der tagesklinischen Behandlung.

Bei der individuellen Therapiebewertung schließlich gaben 85,8% der Patienten und 88,8% der Therapeuten an, das Therapieziel teilweise oder ganz erreicht zu haben, was für einen persönlichen Erfolg der Behandlung spricht.
Die vorliegende Arbeit zeigt, das beide Vorgehensweisen ihre Berechtigung haben und am besten miteinander kombiniert werden sollten. Nur auf diese Weise können sowohl die Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllt werden, als auch den Patienten als Individuen gerecht zu werden.

# 7. Literaturverzeichnis

Assmann, J. (2003). Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen. Dissertation. Tübingen.

Attkinson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Evaluation and Program Planning. 5: 233-237.

Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. Amer J Psychiatr. 156: 1563–1569.

Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of Statistical Techniques. J Pers Assess. 82 (1): 60-70

Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin Heidelberg New York: Springer.

Brähler, E., Horowitz, L.M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. (1999): Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). Psychother med Psychol. 49: 422-431.

Brähler, E., Scheer, J.W. (1994): GBB - Gießener Beschwerdebogen. Bern: Huber.

Caspar, F. & Jacobi, F. (2004). Psychotherapieforschung. In Hiller, W. & Leibing, E. (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie. 1: 395-410. München: CIP-Medien.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psycho! Meat. 20: 37-46.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral science (2nd ed.). Hillsdale NJ: Erlbaum.

Derogatis, L. R. (1986): SCL-90-R Self Report Symptom Inventory. In: Collegium internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg.). Internationale Skalen der Psychiatrie. Weinheim: Beltz

Donabedian, A. & Arbor, A. (1982) An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assesment. In: Selbmann, H. und Überla, K. (Hrsg.). Quality Assessment of Medical Care. Gerlingen: Bleicher Verlag.

Fäh, M. und Fischer, G. (1998): Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag: Göttingen.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Fiedler, P. (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologie Verlags Union: Weinheim.

Fleiss, J. L. (1971). Measuring Nominal Scale Agreement among many Raters. Psychol Bull. 76 (5): 378-382.

Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual (2., vollständig überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltz.

Franke, G.H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Check-Liste von Derogatis – Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.

Geiselmann, B. & Linden, M. (2001). Vollstationäre, tagesklinische und kombiniert stationär-teilstationäre psychosomatische Rehabilitation im Vergleich. Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation. 22: 432 – 450

Göpfert-Divivier, W., Robitzsch, M. und R., S. (1999). "Qualitätsmanagement" und "Care Management" in der ambulanten Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Z Klin Psychol. 23 (4): 242-267.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). Beck Depressions Inventar (BDI). Testhandbuch (2. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Herzog, T. & Stein, B. (2000). Qualitätsmanagement - Konzepte und Methoden. In: Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Herzog, T., Stein, B. und Wirsching, M. (Hrsg.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Heuft, G. & Senf, W. (1998). Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart: Thieme

Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Jannsen, P. L., Lamprecht, F., Meermann, R., Strauß, B. & Wirsching, M. (1998). Psy-BaDo. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychiatrie. Psychotherapeut. 43: 48-52.

Heuft, G., Senf, W., Janssen, P.J., Lamprecht, F. & Meermann, R. (1995). Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol. 45: 303-309

Heuft, G., Stricker, S., Langkafel, M., Schneider, G. & Senf, W. (1998a). Qualitätssicherung in der Fachpsychotherapie - Empirische Befunde und ihre Relevanz. Zeitschrift für Medizinische Psychologie. 7: 128-135.

Heuft, G., Stricker, S., Langkafel, M., Schneider, G. & Senf, W. (1998b). Qualitätssicherung in der Fachpsychotherapie. Empirische Befunde und ihre Relevanz. Zeitschrift für Medizinische Psychologie. 3: 128-135.

Horowitz, L.M. Strauß, B. & Kordy, H. (1994). Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version. Weinheim: Beltz Test-Gesellschaft.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59 (1): 12-19.

Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for determining the clinical significance of treatment effects: Description, application and alternatives. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 67: 300–307.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (3 Aufl.). Berlin: Springer.

Kaplan, A. S. & Olmsted, M. P. (1997). Partial Hospitalization. In: Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (Hrsg.). Handbook of treatment for eating disorders. New York: The Guilford Press.

Kassenärztliche Vereinigung (KBV). Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Dt Ärztebl. 1993a; 90(21): C-1045-8.

Keller, A., Große, K. & Joraschky, P. (2005). Evaluation der tagesklinischen Behandlung von Borderline-Störungen. Psychother Psychosom med Psychol. 55 (abstract).

Kordy, H. & Lutz, W. (1995). Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstürzung. Psychotherapie Forum. 3: 197-206.

Kordy, H. & W. Senf. (1985). Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlung. Psychother Psychosom med Psychol. 35: 207-212.

Kordy, H., Scheibler, D. (1984). Individuumsorientierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Behandlungsziele. Z Klein Psychol Psychopathol Psychother. 32: 218-233.

Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M., & Kordy, H. (1996). Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Der Psychotherapeut. 41: 25-35.

Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. Rehabilitation. 39: 189-199.

McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? Behavior Therapy. 33: 529-550.

Michalak, J. & Schulte, D (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. Z Klin Psychol Psychother. 31: 213–219.

Neubert, S. (2003). Kurzfristige Wirksamkeit der tagklinischen Therapie von Essstörungen. Diplomarbeit. Dresden.

Nübling, R., Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In: Laireiter, A.-R. &

Vogel, H. (Hrsg.) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT.

Ogrodniczuk, J. S. & Piper, W. E. (2001). Day treatment for personality disorders: A review of research findings. Harvard Review of Psychiatry. 9: 105-117.

Olson, C. L. (1979). Practical Considerations in Choosing a MANOVA Test Statistic: A Rejoinder to Stevens. Psych Bull. 86: 1350-1352.

Paul, T. & Thiel, A. (2004). Eating Disorder Inventory 2. Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.

Piran, N., Kaplan, A. & Garfinkel, P. E. (1989). Evaluation of a day hospital program for eating disorders. Int J Eat Disord. 8: 523–532

Reisch, Th., Thommen, M., Csontos, Z. & Tschacher, W. (2002): Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik: Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette. Psychother Psych Med. 52: 56-63.

Rudolf, G. (1991). Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Berlin: Springer.

Russell, V., Mai, F., Busby, K., Attwood, D., Davis, M.& Brown, M. (1996). Acute Day Hospitalization as an Alternative to Inpatient Treatment. Can J Psychiatry. 41 (10): 629-637.

Schauenburg, H. & Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. Psychother Psychosom med Psychol. 48: 257-264.

Scheidt, C. E., Seidenglanz, K. & Wirsching, M. (2000). Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie. In Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.

Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz Test Verlag.

Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung, Entwicklung eines Fragebogens und erste

Validitätsuntersuchungen. Psychother Psychosom med Psychol. 39: 248-255.

Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, F., & Wittmann, W.W. (1994). Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. In: Lamprecht, F., Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese - Ein neues Konzept in der Psychosomatik ? Frankfurt a.M.: VAS-Verlag.

Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?. Z Klin Psychol. 22: 374-393.

Schwartz, W. L. & Thyer, B. A. (2000). Partial Hospitalization Treatment for Clinical Depression: A Pilot Evaluation. Journal of Human Behaviour in the Social Environment. 3 (2): 13-21.

Senft, R., Kloß, R., Oberbillig, R., Schowalter, M., Kielmann, S. & Heuft, G. (2000). Erfahrungen mit der Basis und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. Psychotherapeut. 45: 308-314

Tingey, R. C., Lambert, M. J., Burlingame, G. M. & Hansen, N. B. (1996). Clinically significant change: Practical indicators for evaluating psychotherapy outcome. Psychother Res. 6: 144-153.

Tryon, G. S. & Winograd, G. (2001) Goal consensus and collaboration. Psychotherapy. 38. 385–389.

Von Wietersheim, J., Zeeck, A. & Küchenhoff, J. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. Psychother Psychosom med Psychol. 55: 79-83.

Williamson, D. A., Thaw, J. M. & Varnado-Sullivan, P. J. (2001). Cost-effectiveness analysis of a hospital-based cognitive- behavioral treatment program for eating disorders. Behavior Therapy, 32(3), 459-477.

Wise, E. A. (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions. Journal of Personality Assessment. 82(1): 50–59

Wittkowski, U. S. (2006). Psychotherapie-Basisdokumentation: Anwendung des Kategoriensystems Individueller Therapieziele auf Jugendliche im Rahmen von Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie. Dissertation. Universität Münster.

Zeeck, A., Hartmann, A. & Kuhn, K. (2005). Psychotherapy in a day clinic: Results of a 1.5 year follow-up. Psychiatric Quarterly. 76 (1): 1-17.

Zeeck, A., Hartmann, A., Wetzler-Burmeister, E. & Wirsching, M. (2006). Zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung der Anorexia Nervosa. Z Psychosom Med und Psychother. 52: 190-203.

Zeeck, A., Hartmann, A., Wetzler-Burmeister, E. & Wirsching, M. (2006). Zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung von Anorexia Nervosa. Psychosom Med Psychother. 52: 190-203.

Zipfel, S., Reas, D. L., Thornton, C., Olmsted, M. P. Williamson, D. A., Gerlinghoff, M., Herzog, W. &. Beumont, P. J. (2002). Day Hospitalization Programs for Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. Int J Eat Disord. 31: 105-117.

# 8. Anhang

Tabelle 18. Erstes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 P | Bsp. 1-1 P | Bsp. 2-1 P | Bsp. 3-1 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 371 | 391 | 371 | Ich möchte keine Rückenschmerzen mehr haben | Dinge zu unternehmen, ohne vorher zu überlegen müssen, welche Probleme mein Rücken dabei macht | Längere Zeit zu sitzen und dabei keine Rückenschmerzen zu haben | z.B. in der Stadt zu bummeln, ohne ständig von Rückenschmerzen geplagt zu werden |
| 2 | 382 | 382 | 382 | Bewältigung meiner Bulimie | Nicht die ganze Zeit essen zu müssen | Mich nicht nach jeder Mahlzeit erbrechen | Auch mal andere Gedanken zu haben, als nur das Essen |
| 3 | 103 | 103 | 103 | Ich will, dass die Panik verschwindet | Ich habe kein Herzklopfen mehr abends | Blutdruck wird niedriger | Dass ich besser schlafen kann |
| 4 | 150 | 501 | 501 | Mit meiner Krankheit besser umzugehen und sie zu akzeptieren; gelassener und ruhiger werden; aus einer Mücke nicht gleich einen Elefanten machen; mir nicht alles gleich so zu Herzen nehmen | Wenn ich nicht mehr alles von meiner Krankheit abhängig mache, dass ich z.B. nicht mehr sage das und jenes kann ich nicht machen, weil ich krank bin | Wenn ich mit der Krankheit lebe und nicht die Krankheit mit mir; die Krankheit darf nicht die Hauptrolle spielen in meinem Leben | Nebensächlichkeiten nicht als das Wichtigste ansehen und das wirklich Wichtige nicht so ernst nehmen (z.B. Fotographentermin ist das Wichtigste und meine Therapie ist nicht so wichtig |
| 5 | 391 | 501 | 301 | Ursachen für extreme geistige/seelische/körperliche Erschöpfbarkeit ergründen und Möglichkeiten zur Besserung/Linderung finden sowie auf Kränkungen nicht mehr so empfindlich zu reagieren | Wenn ich nicht mehr nach 2-3 Stunden so tief erschöpft bin, dass ich unfähig zu allem außer zu schlafen bin. | Dass ich nicht mehr bei der kleinsten Belastung unangemessen aggressiv reagiere und mich aus der sozialen Isolation heraustraue | Wenn meine Kopf-, Nacken-, Rückenschmerzen, Herzrasen, Zittern, Magenflattern etc. sich gelindert oder gebessert haben |
| 6 | 382 | 382 | 382 | Nicht mehr zu erbrechen, nicht mehr wenn ich nicht erbreche fast nicht zu essen; Normales Essverhalten | Dass ich "normal" esse | Dass ich nicht mehr breche | Dass ich nicht mehr andauernd ans Essen denken |
| 7 | 380 | 380 | 382 | Essprobleme unter Kontrolle zu bekommen bzw. Essen und Gefühle zu trennen | Essplan führen, Gefühle wahrnehmen und ausleben, Beziehungen eingehen | Regelmäßiges Essen (Info: Was ist normal?) | Meinen Alltag strukturieren, meine Interessen wahrnehmen und ausleben (Freizeit?!) |
| 8 | 110 | 150 | 150 | Selbsterkenntnis | Realistische Einschätzung meiner Möglichkeiten | Die Gleichgültigkeit mir gegenüber aufgeben | Ergreifen von sinnvollen Zielen |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 18. Erstes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 P | Bsp. 1-1 P | Bsp. 2-1 P | Bsp. 3-1 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 380 | 380 | 381 | Gewichtszunahme | Kontrolle durch Wiegen | Sehe nicht mehr so knochig aus | Habe wieder mehr Kraft |
| 10 | 380 | 380 | 381 | Gewichtszunahme, positives Denken / nicht nur die schlechte Seite sehen, Das "Nein-Sagen" lernen | am Gewicht, an der körperlichen Verfassung | an der guten Laune / humorvoll sein | mehr für mich selber da sein; erst ich dann die anderen (erst das Essen dann die Arbeit) |
| 11 | 103 | 103 | 103 | Ängste überwinden | Kann wieder Dinge tun wie Busfahren, Autofahren, alleine spazieren gehen | Kann wieder mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen: Sport treiben, ausgehen, usw. | Kann wieder mit dem Alleinsein klarkommen (auch mit Abschieden und Trennungen) |
| 12 | 214 | 214 | 111 | Mehr Abgrenzung; öfters mal "Nein" sagen | Mehr Selbstwertgefühl erreichen, öfter "nein" sagen, nicht mehr das tun was ich nicht will | Mehr auf mich selbst achten und schauen was ich will und was mir gut tut | Meine Wünsche klar erkennen und äussern |
| 13 | 207 | 215 | 215 | Richtig funktionierendes Mitglied meiner Familie werden | Mich an den Wochenenden nicht aus der Familie ausklinken | Ausgeglichene Frau und Mutter sein | Nicht mehr den Anspruch zu haben selber perfekt zu sein und alles um mich herum hat perfekt zu sein |
| 14 | 104 | 104 | 104 | Dass ich keine Depressionen und keine Selbstmordgedanken mehr habe | Wenn ich wieder leistungsfähig bin | Wenn ich nicht mehr so traurig bin | wenn ich wieder aktiver bin / wenn ich nicht mehr so lange schlafen muss |
| 15 | 380 | 380 | 381 | Gewichtszunahme (~500g / Woche) | Anzeige der Waage | mehr kraft und Energie | stärkere "Gewichtung" meiner Person |
| 16 | 115 | 115 | 110 | Selbstachtsamkeit | Lebensmittelpunkt in Ulm | Hilfe von Vater annehmen | Freundschaft mit Steffen wiederbeleben |
| 17 | 214 | 214 | 111 | Selbstsicherer im Umgang mit anderen | Mich nicht mehr so einschüchtern lassen | Das was ich will auch sicher vortrage | dass ich leichter auf andere zugehen kann |
| 18 | 380 | 380 | 381 | Umsonst nicht mehr abnehmen wollen | Zufrieden sein mit dem jetzigen Gewicht | | |
| 19 | 380 | 380 | 380 | Normales Essverhalten | Keine Kalorien mehr zählen | Essen wenn ich HUnger verspüre und nicht zum Erbrechen | Wenn ich wieder Freude am Essen entdecke |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 18. Erstes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 P | Bsp. 1-1 P | Bsp. 2-1 P | Bsp. 3-1 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 208 | 208 | 208 | Berufliche Perspektive und Prägung meines Selbstwertgefühls | Entscheidungen, Lösungen, die ich treffen werde | Dass ich Selbstvertrauen wieder erlangt habe | |
| 21 | 110 | 110 | 110 | Selbstliebe, Selbstachtung, Selbstwertschätzung | Wenn ich mich annehmen kann wie ich bin, auch meine Fehler → "Ich bin ok" | Wenn ich mich nicht mehr für Niederlagenbestrafen muss, oder wenn ich denke es geht mir "zu gut". | Wenn ich nicht immer nur das sehen kann was ich in meinem Leben versäumt habe, sondern auch das gute. |
| 22 | 207 | 210 | 207 | In der Lage sein mit Menschen die mir nahe stehen harmonisch und zufrieden zusammen zu leben. | Morgens zufriedener aufwachen und abends zufriedener ins Bett gehen, ohne die Angst vor dem nächsten Tag haben zu müssen | Mehr Lachen | Gefühl von Glücklichsein und tiefer Zufriedenheit |
| 23 | 111 | 214 | 103 | Eigenständiges entscheiden und handeln; alleine in den Räumen bleiben; Familie versorgen durch waschen und kochen | Wenn ich wieder alleine einkaufen kann und mich traue eine längere Strecke mit dem Auto ohne -ngste unterwegs sein kann | Wenn ich ohne meinen Mann oder meine Tochter die Speisen zubereiten kann und die Wasch- und Spülmaschine mit dem entsprechenden mittel einschalten kann | |
| 24 | 118 | 501 | 501 | ich möchte lernen, mit meiner Nervosität umzugehen und sie zu akzeptieren | Wenn ich mich nicht mehr über meine Durchfälle aufrege, dann wird mir das weniger auf den Magen schlagen | Wenn ich meine Nervosität nicht mehr so inb den Vordergrund rücke. Es soll sich nicht alles um sie kreisen, sondern sie soll neben anderen Schwächen und Stärken ihren Platz haben | Wenn ich Situationen, die vorr. aufregend sind nicht mehr meide |
| 25 | 103 | 103 | 103 | Keine Panikattacken und Angstzustände mehr | Wenn ich keine Panik mehr habe | | |
| 26 | 111 | 111 | 111 | Selbstbewusstsein aufbessern | sicheres auftreten vor anderen, die Fähigkeit, ohne scheu auf andere zuzugehen | mich nicht mehr zurückhalten mit Äußerungen und Bemerkungen, die meine Meinung wiederspiegeln | mich zu fragen, ob ich mich blamiere oder ob es blöd ist, wenn ich etwas sage |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 18. Erstes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 P | Bsp. 1-1 P | Bsp. 2-1 P | Bsp. 3-1 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 114 | 114 | 114 | Verminderung meiner Autoaggression | Wenn der Abstand von Autoaggression mehrere Wochen beträgt | | |
| 28 | 110 | 110 | 110 | Eigene Verhaltensweisen besser zu verstehen; ein gesundes Selbstwertgefühl | eventuell mein Umfeld verhält sich anders mir gegenüber | Ich kann meine Wünsche und Vorstellungen äußern und umsetzen | |
| 29 | 111 | 111 | 103 | Ich möchte mutiger werden mit der Angst umzugehen und mich durchzusetzen (z.B. mich hie und da in meine eigene Wohnung zurückziehen dürfen - ohne Schuldgefühle) | Dass ich nicht mehr so viel Angst habe und von dem Gedanken der Selbstzerstörung und Selbsttötung wegkomme | Nicht mehr so viel Angst haben, wenn ich mit meinem Mann reden oder ihm zuhören muss | Dass ich mir mehr zutraue und das Gefühl bekomme, dass ich auch etwas wert sein kann |
| 30 | 103 | 103 | 103 | Weniger Angst zu haben, mit der Angst besser umzugehen | besonnener zu reagieren | nicht in Panik verfallen | ruhiger zu sein |
| 31 | 104 | 104 | 104 | Überwindung meiner depressiven Tiefpunkte ohne Alkohol und Bettruhe | Ich werde in dieser Situation weiterhin aktiv am Leben teilnehmen | | |
| 32 | 103 | 103 | 103 | Angst, Panikattacken beseitigen | Spaß am Einkaufsbummel | Freude an alleinigen Waldspaziergängen | Alleine schlafen können ohne dass jemand im Haus ist. |
| 33 | 126 | 126 | 103 | Trauerbewältigung, Tod der Mutter, Uroma, Opa= Grund für Angstanfälle, Panikanfälle, Angst allein gelassen zu werden | Tabletten absetze; keine Panik und Angstanfälle mehr, gestärktes Auftreten | Verhalten wieder arbeiten zu können | keine panische Angst mehr vor dem Alleinsein. |
| 34 | 380 | 380 | 380 | normales geregeltes Essverhalten | Gewichtzunahme, nicht mehr so viele Gedanken ums essen machen, Hunger und Sättigkeil fühlen | Wenn ich wieder Antrieb spüre, mein Leben in die Hand zu nehmen | Wenn die ständigen depressiven Gedanken aufhören (Sinnlosigkeit, etc.) |
| 35 | 380 | 380 | 380 | Ohne schlechtes Gewissen normal essen zu können | habe zum Beispiel eine Pizza (normales Mittagessen) gegessen, ohne Selbstvorwürfe | bin wieder fitter und belastbarer und ausgeglichener | denke nicht mehr den ganzen Tag ans essen |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 18. Erstes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 P | Bsp. 1-1 P | Bsp. 2-1 P | Bsp. 3-1 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | 111 | 111 | 111 | Mich abzugrenzen und Grenzen zu setzen/Nein zu sagen/Mich Wert zu schätzen/Nicht mehr soviel Verantwortung übernehmen | Mich in gewissen Dingen, z.B. Nachbarstreitigkeiten, zurückhalten | Indem ich bei Sachen weiß was ich will und nein zu sagen wenn ich keine Lust habe; indem ich mich nicht mehr um alles kümmere | Dass ich mich nicht mehr als Depp beschimpfe |
| 37 | 201 | 201 | 201 | Meine Partnerschaft wieder leben zu können | wenn ich meine Beziehung zu meinem Lebensgefährten wieder voll leben kann | wenn ich gelernt habe, dass Dinge aus der Vergangenheit keine Bedrohung darstellen | wenn ich ihm vertrauen kann |
| 38 | 151 | 151 | 194 | Chaos in meinem Kopf ordnen - strukturieren | von unrealistischen Erwartungen frei werden , realitätsbezogener, nicht mehr in der Traumwelt leben | | |
| 39 | 380 | 380 | 380 | Endlich ein ganz normales, gesundes Essverhalten zu bekommen. Nahrungsaufnahme als Gehnuss zu empfinden | keine Ess-Brechanfälle mehr | jede Mahlzeit ohne Angst vor Gewichtsteigerung einzunehmen | auch verbotene Lebensmittel in einem gesunden Maß zu genießen |
| 40 | 391 | 999 | 999 | Symptome loswerden | keine Symptome | | |

Nr.- Patientennummer
Therapiezielkategorie: K1 – Kodierer 1
K2 – Kodierer 2
K3 – Kodierer 3

Ziel 1 P – erstes Therapieziel des Patienten
Bsp. 1-1 P – erstes Beispiel zum ersten Therapieziel des Patienten
Bsp. 2-1 P – zweites Beispiel zum ersten Therapieziel des Patienten
Bsp. 3-1 P – drittes Beispiel zum ersten Therapieziel des Patienten

Tabelle 19. Zweites Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 P | Bsp. 1-2 P | Bsp. 2-2 P | Bsp. 3-2 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 111 | 111 | 111 | Mehr Selbstsicherheit | Eigene Meinung äußern | Eigene Meinung vertreten | Probleme und Konflikte aussprechen |
| 2 | 382 | 382 | 382 | Mein Leben nicht nach meiner Krankheit zu richten. Die Krankheit soll nicht mein Leben beherrschen | Beim Einkaufen die Menge des Essens oder was man leicht erbrechen kann zu vergessen | Essen zu gehen und normal zu essen | Mich nicht mehr zu Hause verkriechen um nur Essen zu können |
| 3 | 215 | 215 | 215 | Ich kann mich besser gegen meine Kinder wehren | Sie kommen pünktlich heim, wenn ich es sage | Sie helfen im Haushalt, wenn ich es sage | Sie sollen mich fragen, wie es mir geht |
| 4 | 111 | 111 | 111 | Selbstsicherer werden; gestärkt werden in meinem Tun; Selbstzweifel abbauen; einsehen, dass ich nicht perfekt sein kann (meinen Perfektionismus etwas ablegen); Nein-sagen-lernen | Wenn ich z.B. einen Brief schreib, diesen nicht zum Korrekturlesen meinem Bruder geben, sondern diesen Brief selbstbewusst gleich abschicken | Nicht immer Rückmeldung von anderen Personen wie z.B. meinem Vater, Bruder holen sondern für mein Tun selbst gerade stehen | Die Wohnung nicht immer auf Hochglanz putzen wollen (also wöchentlich die komplette Wohnung putzen), sondern auch mal Staub liegen sehen können und mich dabei nicht gleich schlecht fühlen |
| 5 | 208 | 208 | 209 | Weg/Lösung gegen subtiles Mobbing; "Bossing" am Arbeitsplatz finden | siehe BSP. 1-3 von Therapieziel Nr. 1 | Den Mut und die Kraft gefunden zu haben, eine Versetzung aktiv anzustreben | Die Gelassenheit zu bekommen, die Arbeit als "Brotjob" zu sehen |
| 6 | | | | kein Ziel benannt | | | |
| 7 | 206 | 206 | 206 | Beziehungen eingehen | mich öffnen | | |
| 8 | 110 | 110 | 111 | Stärkung meines Selbstbewusstseins | Sichereres Auftreten Menschen gegenüber | Ende meines Negativismus | Rückgang meiner Minderwertigkeitsgefühle |
| 9 | 111 | 111 | 111 | Selbstsicherheit | Kann auf Fremde zugehen | Kann meine Meinung besser vertreten | Lasse mich nicht mehr so schnell unterkriegen |
| 10 | 380 | 380 | 381 | Von selber essen können, ohne Gedanken oder Probleme, dass ich mal ein Hungergefühl kriege | | | |
| 11 | 104 | 104 | 104 | Depressionen überwinden | Motivation mich um meine Wohnung zu kümmern/zu putzen | Zukunftspläne machen | Aufraffen am Leben teilzunehmen |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 19. Zweites Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 P | Bsp. 1-2 P | Bsp. 2-2 P | Bsp. 3-2 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 122 | 101 | 101 | Loslassen der Kindheit ("Leere-Nest-Syndrom") | Vergangenes abschließen und mich Neuem zuwenden, Freiräume für mich schaffen, neue Freiheit genießen | Meinen eigenen Weg suchen, neue Inhalte finden, den Kindern weiterhin helfend und beratend zur Seite stehen, aber mehr auf meine Bedürfnisse achtend | Dinge tun, die mir Spaß machen, gedanklich mehr von den Kindern abschalten und mehr für mich tun |
| 13 | 210 | 206 | 207 | Ich möchte mich richtig in die Gesellschaft integrieren; erneute "richtige Sozialisation"; Panik, Angst, Selbstzweifel und Komplexe überwinden | Freunde, Bekannte "erwerben", soziale Kontakte knüpfen | Ohne Probleme am Alltag teilnehmen können (Einkaufen, Arztbesuche, Kindergruppe, etc.) | Mir keine Gedanken mehr zu machen "Wie wirke ich auf andere?" |
| 14 | 362 | 391 | 394 | Dass meine körperlichen Beschwerden besser werden | Wenn meine Übelkeit weg ist ( wenn meine Magenschmerzen weg sind | Wenn ich keinen Durchfall mehr habe | Wenn ich wieder Hunger habe |
| 15 | 110 | 110 | 111 | mehr Selbstannahme | selbstbewussteres Auftreten | stärkeres Denken, dass ich wertvoll bin | |
| 16 | 401 | 401 | 403 | Selbstmedikation | Beschaffung aufgeben | Rat des Therapeuten akzeptieren | Neuroleptika akzeptieren |
| 17 | 130 | 130 | 150 | Kindheit aufarbeiten | Wenn ich sie akzeptieren kann | Wenn ich positive Gefühle für meine Mutter empfinden kann | Wenn ich mein Leben lebe |
| 18 | 380 | 380 | 380 | Geregeltes Essverhalten, Angst vor dem Essen verlieren | Drei Mahlzeiten pro Tag, ohne schlechtes Gewissen | Im richtigen Moment mit dem Essen aufhören | Kein Problem haben mit Freunden essen zu gehen |
| 19 | 380 | 380 | 382 | Keine Angst vor dem Zunehmen | | | |
| 20 | 302 | 501 | 501 | Der Umgang mit meiner OP 1997, damit auch verbunden der Umgang mit Angst und Panik | Annehmen der Zeit vor und nach der OP bis heute | Angstfreies leben | |
| 21 | 115 | 115 | 115 | Ich will Gefühle erkennen, zulassen und auch äußern können | Ich kann meinen Gefühlszustand verbal konkreter beschreiben und differenzieren | Ich habe keine Hemmungen mehr meine Gefühle gegenüber anderen zu äußern | Ich schlucke meinen (negativen!) Gefühle nicht mehr runter sondern teile sie mit. |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 19. Zweites Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 P | Bsp. 1-2 P | Bsp. 2-2 P | Bsp. 3-2 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 127 | 127 | 127 | Das ständige Gefühl sehr unzufrieden zu sein minimieren | Optimistischer in die Zukunft zu blicken | Morgens positiver aufzuwachen und abends mit einem guten Gefühl im Bauch einzuschlafen | Tatkräftig und voller Elan an neue Herausforderungen heran zu gehen (neue Enrgie gewinnen) |
| 23 | 105 | 105 | 105 | Zwänge zur übermäßigen persönlichen Reinlichkeit abbauen | Wenn ich mich nicht mehr bei jeder Gelegenheit ins Bad zurückziehe | | |
| 24 | 121 | 130 | 130 | Ich möchte herausfinden. inwiefern meine familiäre Vorgeschichte mit meiner Nervosität in Zusammenhang steht | Indem ich mit meinem Therapeut entweder Zusammenhänge oder Nicht-Zusammenhänge erarbeite | | |
| 25 | 103 | 103 | 103 | Keine Panik mehr zu haben und mit der Angst umzugehen wissen | Wenn ich meine Gefühle und -Ängste unter Kontrolle habe | Wenn ich meine Kolitis Ulcerosa unter Kontrolle habe | |
| 26 | 110 | 110 | 110 | Selbstwertgefühl aufbauen | dass ich gelernt habe einzusehen, nicht perfekt sein zu können: dass ich mich nicht zweitklassig fühle | dass ich mich annehme, so wie ich bin, mit allen schwächen und makeln | |
| 27 | 113 | 113 | 113 | Keine Gedanken mehr an einen Suizidversuch zu hegen | Es kommen keine Gedanken zu einem Suizidversuch auf | neuen Lebensmut gefasst haben | |
| 28 | 104 | 104 | 104 | Zu erfahren warum meine Depression entstanden ist | Die Therapien helfen mir den Grund meiner Depression zu erkennen | | |
| 29 | 120 | 120 | 120 | Lernen mich zu entspannen | Dass ich weniger Schmerzen habe im Rücken und Schulter; dass ich besser schlafe | Durch das Ausgeruht sein kommt vielleicht die Angst nicht mehr so leicht und ich habe dann vielleicht keine Angst vor der Angst | |
| 30 | 110 | 110 | 110 | mehr Selbstwertgefühl | mich selbst mehr zu verstehen | mich mehr akzeptieren | meine Fähigkeiten zu schätzen |
| 31 | 110 | 110 | 111 | Selbstsicherheit | Ich werde mich mit meinen Mitmenschen energisch auseinandersetzen | Ich werde darauf achten, dass mir meine großen Söhne nicht zu nahe treten | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 19. Zweites Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 P | Bsp. 1-2 P | Bsp. 2-2 P | Bsp. 3-2 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | 151 | 151 | 150 | Mit mir selbst in Einklang kommen | Verstehen können meiner eigenen Gedanken und Gefühle | Mit mir selbst gerne allein zu sein | Das was ich im Spiegel sehe zu mögen |
| 33 | 386 | 380 | 387 | Gewichtsabnahme, besseres Immunsystem, achtbar mit Körper umgehen | Gewichtsverlust | Körperwohlbefinden | |
| 34 | 506 | 506 | 506 | Mit dem Alltag klarkommen | Mehr Spaß an den Dingen die ich mache zu haben | | |
| 35 | 151 | 151 | 150 | Meinen Platz im Leben finden | habe konkrete Vorstellungen von meiner Zukunft. Beruflich und privat | weiß was ich werden möchte und bin dabei das in die Tat umzusetzen | bin glücklich so wie mein Leben ist, bzw. was ich daraus mache |
| 36 | 103 | 103 | 103 | Mit der Krankheit meines Vaters umgehen und dadurch meine Angst in den Griff bekommen | Indem ich nicht mehr soviel Angst habe mich an etwas anzustecken | Indem ich nichts mehr desinfiziere und mich nicht so oft wasche | |
| 37 | 201 | 110 | 111 | Vertrauen, sich vertrauen | wenn ich zu meinen Kindern wieder offen zugehen kann | Dass ich ihnen glauben kann, wenn sie sagen sie hätten mich lieb | dass ich mein Misstrauen abbauen kann |
| 38 | 110 | 110 | 111 | Unsicherheit und mangelndes Selbstwertgefühl bearbeiten, Stopp sagen, wenn es zu schnell wird | nicht mehr labil sein und bei meiner Meinung bleiben | wenn die innere ruhe stabiler ist und auch das Gefühl, dass ich ein recht habe, Freude und Erfüllung zu erleben | wenn ich "erwachsen" geworden bin und nicht mehr andere für mich handeln lasse |
| 39 | 380 | 380 | 390 | Mich als Person annehmen + meinen Körper akzeptieren. Es sollen nicht alle Gedanken nur noch ums Gewicht gehen | ich muss nicht mehr Angst haben tgl. mein Gewicht zu kontrollieren | mein Bandmass wird in den Schrank gelegt | Erhalte wieder eine objektive Selbsteinschätzung meines Körpers - Wie sehe ich wirklich aus? |
| 40 | 103 | 103 | 103 | Angst loswerden | keine Angst | | |

Nr.- Patientennummer
Therapiezielkategorie: K1 – Kodierer 1
K2 – Kodierer 2
K3 – Kodierer 3

Ziel 2 P – zweites Therapieziel des Patienten
Bsp. 1-2 P – erstes Beispiel zum zweiten Therapieziel des Patienten
Bsp. 2-2 P – zweites Beispiel zum zweiten Therapieziel des Patienten
Bsp. 3-2 P – drittes Beispiel zum zweiten Therapieziel des Patienten

Tabelle 20. Drittes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 P | Bsp. 1-3 P | Bsp. 2-3 P | Bsp. 3-3 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | 111 | 111 | 111 | Selbstbewusster werden | Meinen Körper so zu akzeptieren wie er ist | Mich nicht unterdrücken zu lassen, zu meiner Meinung stehen | |
| 3 | 215 | 215 | 215 | Ich möchte mit meiner Schwester mehr Kontakt haben | | | |
| 4 | | | | kein Ziel benannt | | | |
| 5 | 151 | 151 | 125 | Mir über das Ziel/die Richtung meines weiteren Lebensweges klar zu werden und wieder Freude am Leben zu empfinden und das äußere und innere Chaos on den Griff zu bekommen | Wenn mir klar geworden ist was ich überhaupt will und was nicht | Wenn es möglich geworden ist produktive Gespräche mit dem Lebenspartner über schwellende Konflikte zu führen | |
| 6 | | | | kein Ziel benannt | | | |
| 7 | 506 | 506 | 506 | Meinen Alltag strukturieren | Pünktlich sein | | |
| 8 | 125 | 125 | 125 | Ergreifen von sinnvollen Zielen | Die Fähigkeit sich überhaupt Ziele zu setzen | dann auch zielgerichtet zu handeln | |
| 9 | 110 | 110 | 110 | Dass ich mich selber mag | Ich kann in den Spiegel schauen ohne dass ich eine Krise bekomme | Ich kann sexy Klamotten anziehen ohne dauernd meine Figur zu kritisieren | |
| 10 | 214 | 111 | 111 | Das Nein Sagen lernen bzw. sich abgrenzen | | | |
| 11 | 127 | 127 | 127 | Lebendig fühlen | Meine Hobbys finden | Kontakt zu Freunden halten | |
| 12 | 125 | 125 | 125 | Neue Lebensplanung privat und beruflich | Beruf - andere Arbeit suchen die mir Spaß macht | Wohnungswechsel | |
| 13 | 380 | 380 | 380 | Körperliche Beschwerden beseitigen und "richtig" essen lernen | Migräneanfälle minimieren bzw. beseitigen | Kopfschmerz, Übelkeit, Verspannungen beseitigen | Keine Fressanfälle mehr und kein Erbrechen |
| 14 | | | | kein Ziel benannt | | | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 20. Drittes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 P | Bsp. 1-3 P | Bsp. 2-3 P | Bsp. 3-3 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 117 | 117 | 117 | Gefühle (wie Wut, Ärger, Zorn,...) vor anderen ausdrücken zu lernen und nicht alles in mich "hineinfressen" | wenn ich meinen Ärger, Wut, ... zulasse | das Sprechen über meine Gefühle | |
| 16 | 208 | 208 | 208 | Studium aufnehmen | Besuch der Vorlesungen | Fortsetzten der Dissertation | |
| 17 | 116 | 116 | 116 | Extrem Sein verlieren | Wenn ich Mittelwege gehen kann | Mir mehr Zeit bei Entscheidungen lassen | Mir mehrere Wege offen lassen |
| 18 | 380 | 380 | 380 | Dass die Gedanken nicht pausenlos um Essen und Trinken kreisen | Unbeschwerter sein, auch mal gar nicht daran zu denken | | |
| 19 | 111 | 111 | 111 | Mehr Selbstbewusstsein haben | | | |
| 20 | 123 | 123 | 115 | Emotionalität, Umgang mit Verlust an Sexualität | Im Umgang mit meinem Lebenspartner | Ich erkenne bei mir Emotionen, weiß Situationen zu erkennen um aufkommende Emotionen zuzulassen | |
| 21 | 214 | 214 | 214 | Durchsetzungsvermögen, ich will mich nicht mehr so arg von anderen beeinflussen lassen | Ich kann mir eine eigene Meinung bilden, auch indem ich Ratschläge von anderen annehme. | Wenn ich eine eigene Meinung habe kann ich sie vor anderen vertreten | Ich kann andere Meinungen gelten lassen ohne meinen Standpunkt ändern zu müssen |
| 22 | 206 | 206 | 206 | Freunde zu finden bzw. positive Kontakte zu knüpfen | Mit anderen Gruppenmitgliedern auch privat zu telefonieren bzw. zu kommunizieren | Mit anderen Gruppenteilnehmern privat etwas unternehmen (Kino, Theater, etc.) | Dass der Kontakt auch nach Therapieenede erhalten bleibt!! |
| 23 | 214 | 214 | 214 | Mehr Sicherheit meiner Familie und fremden Menschen gegenüber | Wenn ich mich meinem Mann gegenüber besser durchsetzen kann und mich nicht mehr von ihm in die Enge treiben lasse. | Ohne Angst auf Menschen zugehen | |
| 24 | 110 | 111 | 150 | Ich möchte mich mit Hilfe der Gruppe besser kennen und schätzen lernen | Daran, dass ich Lob und Kritik annehmen kann | Wenn mich die Gruppe so annimmt wie ich bin, kann ich mich vielleicht auch besser annehmen | Wenn ich mich besser kenne und um meine Stärken und Schwächen weiß, kann ich vielleicht selbstsicherer auftreten |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 20. Drittes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 P | Bsp. 1-3 P | Bsp. 2-3 P | Bsp. 3-3 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 208 | 208 | 208 | Berufliche Ziele | Beruflich wissen wie es weiter geht | | |
| 26 | 396 | 391 | 396 | erreichen meines vorherigen körperlichen Zustandes | Gewichtsabnahme bis zu meinem vorherigen gewicht (50kg) | evtl. leistungsfähiger (aus sportl. Hinsicht) | aussehen |
| 27 | 115 | 150 | 150 | Mich besser kennen zu lernen und zu verstehen | Ich setze mich mit mir auseinander und lerne somit mich besser zu verstehen | | |
| 28 | | | | kein Ziel benannt | | | |
| 29 | 214 | 207 | 215 | Lernen meine eigenen Schritte zu gehen, ohne dass ich meiner Familie weh tue (Vielleicht wieder eine Arbeit ausüben) | Dass ich ohne schlechtes Gewissen hie und da in meine neue Wohnung gehe. | Durch die Arbeit bekomme ich vielleicht mehr Selbstsicherheit | Keine Angst vor dem Weg zur Arbeit; keine Angst, dass ich in der Arbeit versagen könnte. |
| 30 | 110 | 110 | 111 | Selbstvertrauen | mir selber mehr vertrauen | mich nicht mehr selber runterziehen | mich mehr durchsetzen anderen gegenüber |
| 31 | 506 | 506 | 506 | Umorganisation des Alltags | Ich werde weniger an den Haushalt, dafür mehr an meine Freizeit denken | Ich werde Volkshochschulkurse belegen | Ich werde mehr Zeit für täglichen Sport aufwenden |
| 32 | 111 | 111 | 214 | Mich zu behaupten | Dass ich mich in beruflicher Hinsicht zu behaupten lerne | Dass ich meine Familie in die Schranken weisen kann und das sich auch etwas ändert | Dass ich die Dinge die ich mir selbst auferlege genauso ernst nehme |
| 33 | 111 | 111 | 111 | Selbstverständnis, Grenzen setzen, mein Verhalten zu verstehen | auf Probleme mit anderen anders zu reagieren | Selbstkontrolle | |
| 34 | 127 | 127 | 127 | Zufrieden mit mir und meinem gesamten Leben zu sein | | | |
| 35 | 101 | 101 | 101 | Mich von meinen Eltern abnabeln können (selbstständiger und sicherer werden) | Ich lasse mich von meinen Eltern nicht mehr so ausnutzen | Ich lasse mich bei Entscheidungen nicht mehr so von meinen Eltern beeinflussen | Ich denke mehr an mich und versuche nicht mehr ständig Vermittler usw. zu spielen |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 20. Drittes Therapieziel der Patienten und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 P | Bsp. 1-3 P | Bsp. 2-3 P | Bsp. 3-3 P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | 126 | 126 | 126 | Mit dem Tod meiner Oma lernen umzugehen | Indem ich wieder auf einen Friedhof gehen kann, ohne zu weinen | Indem ich wieder auf Trauerfeiern (z.B. Beerdigung) gehen kann | Indem ich ein Bild von ihr aufstellen kann |
| 37 | 201 | 110 | 199 | Wertschätzung | dass ich mich annehmen kann, so wie ich bin, mit all meinen Fehlern | Ich bin so wie ich bin. Ich bin nicht schlecht | Ich habe keine Schuld an den schlimmen Dingen die mir widerfahren sind |
| 38 | 114 | 114 | 106 | Selbstzerstörung, inneres Strafgericht anschauen und bearbeiten | wenn ich mich selbst annehmen kann auch mit fehlern | wenn ich aufhöre überzogene Anforderungen an mich zu stellen | |
| 39 | 115 | 115 | 111 | Endlich zu wissen, was sind meine eigenen Bedürfnissee, Wünsche, Ziele und Gedanken | Nicht mehr den Zwang bzw. Drang verspüren ich muss es allen recht machen | Ich bin in der Lage meine eigenen Bedürfnisse zu erkennen | Ich stelle mich in den Mittelpunkt und erfülle mir erst meine Bedürfnisse Ich bin mir wichtig |
| 40 | | | | kein Ziel benannt | | | |

Nr.- Patientennummer
Therapiezielkategorie: K1 – Kodierer 1
K2 – Kodierer 2
K3 – Kodierer 3

Ziel 3 P – drittes Therapieziel des Patienten
Bsp. 1-3 P – erstes Beispiel zum dritten Therapieziel des Patienten
Bsp. 2-3 P – zweites Beispiel zum dritten Therapieziel des Patienten
Bsp. 3-3 P – drittes Beispiel zum dritten Therapieziel des Patienten

Tabelle 21. Erstes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 T | Bsp. 1-1 T | Bsp. 2-1 T | Bsp. 3-1 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 214 | 111 | 111 | Mehr Selbstsicherheit bekommen im Umgang mit anderen/fremden Menschen od./und neuen Situationen; sich mehr zutrauen und eigenen Selbstwert entdecken | Wenn Pat. sich lockerer und ungezwungener in den Gruppen äußert und sich dabei innerlich auch wohlfühlt | Eigene Wünsche wahrnehmen und äußern | Konflikten und Schwierigkeiten nicht ausweichen, sondern benennen und Lösung finden |
| 2 | 382 | 382 | 382 | Bulimische Symptome reduzieren, kein Erbrechen, kein Esszwang; normale, ausgewogene Mahlzeiten | Trotz Beseitigung des Erbrechens keine Gewichtszunahme durch vermehrtes Essen bzw. vermehrte Essanfälle | nicht Erbrechen/Fressen mit Hilfe des Essprotokolls kontrollieren | weniger Gedanken ums Essen und Gewicht |
| 3 | 104 | 104 | 104 | Besserung der Depressivität + Angst + der verschiedenen Körpersymptome (Schwindel, Kopfweh, Blutdruck) | Patient kommt täglich in Tagesklinik + "zieht Behandlung durch", geht öfters spazieren und tut andere schöne Dinge für sich → liegt nicht den ganzen Tag im Bett | Schläft wieder besser in der Nacht, Patient fühlt sich wacher | Sorge um den Körper in den Hintergrund treten lassen |
| 4 | 199 | 141 | 199 | Differenzierung zwischen Wunsch/Phantasie + Wirklichkeit | Bewusstmachung der Verdrängungs-, Verleugnungsmechanismen | Projektion | |
| 5 | 214 | 110 | 210 | Mehr Feinfühligkeit im Umgang mit anderen erlangen, z.B. weniger aggressiv reagieren bei Kränkungen/neue Wege finden, mit Kränkungen besser umzugehen → auch im Job; soziale Isolierung aufheben | Pat. idealisiert oder entwertet → wenn Pat. nicht nur schwarz-weiß sieht, sondern Mittelwege findet und die verschiedenen Seiten (an sich und anderen) zusammenfügen lernt | Im Job besser zurechtkommen/z.B. sich auf angemessene Weise zu behaupten, ohne den anderen zu verschlingen | |
| 6 | 151 | 116 | 116 | Verbesserte Selbststeuerung | weniger destruktive Wutausdrücke | Ärger wird ausgesprochen, nicht nur bei der Mutter | verantwortlicherer Umgang mit Geld |
| 7 | 382 | 382 | 382 | Normales Essverhalten, kein Erbrechen, keine Fressanfälle, kein Hungern | Gewicht bleibt gleich bzw. leichte Zunahme, keinesfalls Gewichtsabnahme | Kein Erbrechen, keine Fressanfälle → anhand Essprotokoll zu sehen | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 21. Erstes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 T | Bsp. 1-1 T | Bsp. 2-1 T | Bsp. 3-1 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 501 | 501 | 501 | Besserer Umgang mit der Krankheit (MS) und dem Auge (Schielstellung, schlechtes Sehen), eigene Gefühle wahrnehmen und verstehen (z.B. Aggressivität) | Krankheit nicht ganzes Leben bestimmen lassen, trotz Behinderung soziale Kontakte aufnehmen und halten | Gefühle als Gefühle wahrnehmen und nicht als Körpersensation | Neue Ziele für die Zukunft finden (z.B. Arbeitssituation) |
| 9 | 380 | 380 | 380 | Regulierung des Essverhaltens | geregelte Mahlzeiten | Gewichtszunahme 500g/Woche | Wunschgewicht 48/50 kg bei 157cm |
| 10 | 380 | 381 | 380 | Gewichtszunahme und Lernen eines normalen Essverhaltens | 500g (- 1kg) pro Woche | Essensplan und Gefühlsprotokolle schreiben | |
| 11 | 199 | 199 | 199 | Realität schaffen | Suchtmittel entziehen | Strukturierung des Alltags | |
| 12 | 115 | 115 | 115 | Eigene Gefühle wahrnehmen und benennen | Spricht in der Therapie mehr über innere Zustände als über äußere Begebenheiten | Wird schwingungsfähiger | |
| 13 | 108 | 108 | 108 | Verstehen, dass hinter Angst und Depression abgewehrte Aggression steckt | Spüren eigener aggressiver Impulse | Wahrnehmen, Erleben dass Abgrenzen positive Seiten hat | |
| 14 | 113 | 113 | 113 | Verminderung der Suizidgedanken durch Stärkung des Selbstwertes, des "Wertvoll-Seins" | Offenes Besprechen, ob und in welchem Zusammenhang sie auftreten | keine Suizidversuche | Stärkung des Selbstwertes |
| 15 | 380 | 381 | 380 | Gewichtszunahme | 500g - 1kg / Woche (3x die Woche Wiegen) | Ess- Gefühlsprotokoll schreiben und besprechen | Veränderung / Verbesserung der Körperwahrnehmung |
| 16 | | | | kein Ziel benannt | | | |
| 17 | 116 | 116 | 116 | verbesserte Selbststeuerung | Die Patientin ist außerhalb der Tagesklinik on der Lage sich selbst eine gute Tagesstruktur einzurichten | Impulskontrolle: "normal" lautes Sprechen, weniger intensive Durchbrüche bezogen auf Wut und Angst | Sich nicht mehr in besonders gefährliche Situationen zu bringen |
| 18 | 380 | 380 | 380 | gestörtes Essverhalten eliminieren | regelmäßige Mahlzeiten, normale Portionen | keine HA | kein Erbrechen |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 21. Erstes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 T | Bsp. 1-1 T | Bsp. 2-1 T | Bsp. 3-1 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 382 | 382 | 382 | Symptome der Bulimie vermindern, -→ Erbrechen und Fressanfälle reduzieren | Erbrechen, Fressanfälle werden weniger | Keine weitere Gewichtsreduktion | Gesundes Gewicht erreichen (50/51kg) |
| 20 | 501 | 501 | 501 | Adäquater Umgang mit Krebs-OP | Reduktion der psychophysischen Anspannung | angemessener kognitiver Umgang mit Thema Krebs/Krankheit | |
| 21 | 111 | 150 | 111 | Frau Mayer erkennt was "ihres" ist, was sie selbst will | Sie wählt die Ausbildung bei der sie sich selbst am wohlsten fühlt | Sie lässt sich nicht soviel von anderen beeinflussen (v.a. ihrer Mutter) | Sie kann sich besser gegen andere abgrenzen im Umgang. Akzeptiert Grenzen und setzt auch für andere Grenzen |
| 22 | 209 | 512 | 507 | Stabilisierung der sozialen Situation 1.) Eigene Wohnmöglichkeit finden, 2.) Auf Arbeitssuche gehen (Perspektive!) | Patient sucht sich Wohnungsangebote aus Zeitung und schaut sich Wohnungen / Zimmer an | Patient setzt selbst Wohnungsgesuche in die Zeitung | Ansprüche, was Arbeit betrifft hinunterschrauben |
| 23 | 105 | 105 | 105 | Zwangsgedanken, -handlungen und Vermeidungsverhalten reduzieren | Expositionsübungen im tagesklinischen Setting durchführen | Expositionsübungen in häuslichem Alltagssetting durchführen | |
| 24 | 215 | 215 | 121 | Rolle der eigenen Familie verstehen | Beziehung zu Vater klären | Beziehung zu Mutter/Großeltern | |
| 25 | 103 | 103 | 103 | Mit den Ängsten besser umzugehen lernen | Allein sein können | | |
| 26 | 380 | 381 | 380 | Gewichtszunahme und Normalisierung des Essverhaltens | Wöchentliche Gewichtszunahme von mindestens 500g | Regelmäßige Mahlzeiten, ausreichende Menge, Essprotokoll | |
| 27 | 110 | 110 | 115 | Entwicklung von mehr Identität | Sich besser wahrnehmen | Gefühl und Konflikt verbalisieren können | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 21. Erstes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 T | Bsp. 1-1 T | Bsp. 2-1 T | Bsp. 3-1 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 150 | 362 | 150 | Krankheitsmodell für histrionische Persönlichkeit erarbeiten und Somatisierungstendenzen einordnen | Patientin akzeptiert kognitives Modell, kann Gedanken und Verhaltensweisen in lebensgeschichtliche Zusammenhänge / Persönlichkeitsstruktur einordnen | Patientin akzeptiert körperliche Beschwerden als psychisch mitbedingt und nicht primär somatisch | |
| 29 | 103 | 103 | 201 | Panangst "entwickeln" zur Furcht vor z.B. Trennung | Im Konkreten verstehen wovor sie Angst hat | Die situative Bezogenheit der Angst erarbeiten | |
| 30 | 215 | 125 | 215 | Beziehung zur Mutter klären | Beschützerrolle ein Stück ablegen können | Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt etwas lösen | |
| 31 | 411 | 411 | 411 | Keinen Alkohol trinken | | | |
| 32 | 115 | 116 | 116 | Gefühle adäquat wahrnehmen und gegebenenfalls regulieren | Patientin kann ihre Gefühle von denen anderer (besonders der Schwester) unterscheiden | Patientin muss sich in Gruppensituationen nicht mehr durch "unechtes" Verhalten anpassen, sondern kann ihre Gefühle und Sichtweisen vertreten | |
| 33 | 214 | 111 | 214 | eigene und fremde Grenzen einhalten und wahrnehmen | sich nicht alles aufbürden und zu Herzen nehmen | anderen die Meinung sagen, was sie stört, ärgert etc. auf adäquate Weise | sich ohne schlechtes Gewissen anderen öffnen zu können |
| 34 | 380 | 381 | 380 | essverhalten normalisieren, Gewichtszunahme | Gewichtszunahme | Fähigkeiten entwickeln, das Essen selbstverantwortlich zu sich zu nehmen | |
| 35 | 115 | 115 | 115 | Eigene Gefühle wahrnehmen und benennen | Stärker über erlebte Affekte sprechen | | |
| 36 | 111 | 111 | 111 | Lernen sich abzugrenzen / Nein sagen | Eigene Grenzen und die des anderen erkennen und akzeptieren | Nein-Sagen | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 21. Erstes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 1 T | Bsp. 1-1 T | Bsp. 2-1 T | Bsp. 3-1 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | 130 | 130 | 130 | Missbrauch i. d. Vergangenheit wieder in Vergangenheit zu bekommen | Missbrauch als Ausrede, Entschuldigung nicht für gegenwärtige Beziehungen zu benutzen | Aufgabe der dauernden Beschäftigung mit Missbrauch | |
| 38 | 111 | 150 | 115 | Orientierung am eigenen wollen | Klärung der Ambivalenz | | |
| 39 | 382 | 382 | 382 | Bulimische Symptome reduzieren | keine Fressanfälle mehr, bzw. wesentlicher Rückgang | kein Erbrechen mehr, bzw. wesentlicher Rückgang | |
| 40 | 394 | 394 | 394 | Erkenne, wenigsten ansatzweise begreifen, dass die versch. körperlichen Symptome etwas mit psychischer Problematik zu tun haben | Symptomreduzierung durch Sprechen über Probleme | Symptomtagebuch | |

| | |
|---|---|
| Nr.- Patientennummer<br>Therapiezielkategorie: K1 – Kodierer 1<br>K2 – Kodierer 2<br>K3 – Kodierer 3 | Ziel 1 T – erstes Therapieziel aus Therapeutensicht<br>Bsp. 1-1 T – erstes Beispiel zum ersten Therapieziel aus Therapeutensicht<br>Bsp. 2-1 T – zweites Beispiel zum ersten Therapieziel aus Therapeutensicht<br>Bsp. 3-1 T – drittes Beispiel zum ersten Therapieziel aus Therapeutensicht |

Tabelle 22. Zweites Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 T | Bsp. 1-2 T | Bsp. 2-2 T | Bsp. 3-2 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 374 | 371 | 394 | Teilursachen der starken Rückenschmerzen erkennen, zugrundeliegende Konflikte aufdecken, Besserung der körperlichen Schmerzen | Wenn Pat. psychische Teilursachen ihrer Beschwerden erkennt, wenn sie erkennt, für was die Beschwerden in ihrem Leben stehen- unerfüllter Kinderwunsch/Angst vor Verantwortung? | Evtl. Nachlassen der Beschwerden (Schmerzen sollen nicht mehr das ganze Leben beherrschen) | |
| 2 | 390 | 111 | 110 | Mehr Selbstvertrauen, bessere Verbindung zum eigenen Körper → Körperwahrnehmung verbessern | Gewicht und Aussehen akzeptieren | mehr auf eigene Gefühle und Wünsche achten | Abgrenzung, wo dies nötig, z.B. gegenüber Mutter → eigenen Standpunkt finden und formulieren |
| 3 | 111 | 111 | 214 | Grenzen ziehen lernen, z.B. den Söhnen gegenüber und Ablösung von ihnen | Wenn sie fähig wird, ihren Söhnen das Geld zu "verweigern"; sie zur Selbständigkeit anregen, festes Taschengeld + Mithilfe im Haushalt (Aufgaben verteilen) | Söhne weniger fest umklammern, ihnen + sich mehr Freiraum und Verantwortung geben | |
| 4 | 390 | 501 | 394 | Auseinandersetzung mit möglichen symptomauslösenden. Kolitisschüben | Zunahme der Introspektionsfähigkeit, | des Psychogeneseverständnisses, | der Sorge um sich selbst |
| 5 | 126 | 126 | 126 | Ablösung von verstorbenem Ehemann, Trauerprozess fortsetzen/bzw. zum Ende bringen; Ehemann realistischer sehen- ihn nicht mehr idealisieren | Wenn Pat. fähig wird, ihren Ehemann nicht nur zu idealisieren → er war der Beste + "nicht von dieser Welt" | Abschied nehmen können: evtl. in Form von "Ritualen" bzw. in "Bildern" loslassen | Wenn sie neuen Partner nicht mit Verstorbenem vergleicht |
| 6 | 382 | 382 | 382 | Eindämmen der Essstörung | Nicht mehr Erbrechen | normale Essstruktur | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 22. Zweites Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 T | Bsp. 1-2 T | Bsp. 2-2 T | Bsp. 3-2 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 116 | 116 | 116 | Trotz Konfliktsituation keine Impulsdurchbrüche, also besserer, konstruktiver Umgang mit Konflikten, Problemen | Wahrnehmen und Erkennen eigener Gefühle | Zulassen von Gefühlen | Steuerung von massiven Gefühlen |
| 8 | 111 | 214 | 214 | Soziale Kompetenzen erweitern, Selbstsicherheit stärken, sich in Beziehung setzen | Auf andere von sich aus zugehen | Anderen von sich erzählen / Offenheit anderen gegenüber | Besseres konkurrieren, ohne sich gleich zurück zu ziehen |
| 9 | 207 | 109 | 150 | Erkennen dass sie sich zum Opfer macht | Erkennen der eigenen Täterseite an möglichen Opfersituationen | mehr Realitätswahrnehmung | |
| 10 | 110 | 111 | 111 | Selbstvertrauen / Selbstsicherheit steigern, Innere eigene Stärken erkennen und entwickeln, eigene Gefühle wahrnehmen und bemerken können | Nein-Sagen, sich abgrenzen können | Klares Benennen von Gefühlen und Problemen (auch in Konfliktsituationen) | Offener werden |
| 11 | 116 | 116 | 116 | Affektsteuerung | Angst im Signalcharakter verstehen | Depression als Ergebnis der lebensgeschichtlichen Gewordenheit andenken | dadurch Verbesserung der sozialen Kontaktfähigkeit |
| 12 | 394 | 141 | 394 | Körperbeschwerden als Teil eines Konflikts wahrnehmen | Symptome stehen nicht mehr im Vordergrund | Beschwerden gehen zurück | |
| 13 | 382 | 382 | 382 | Essverhalten normalisieren | Keine Ess-/Brechanfälle mehr | | |
| 14 | 506 | 506 | 342 | Strukturierung und Stabilisierung des Alltags trotz Übelkeit und Kopfweh | Führen eines Protokolls über Unternehmungen (z.B. Schwimmen gehen, ...) | Eigeninitiative -→ sich mit Freunden treffen, Kino, ... | |
| 15 | 115 | 141 | 117 | Wahrnehmen und Benennen eigener Gefühle (z.B. Ärger, Wut, Sorge, Trauer) | Am Gesichtsausdruck (nicht mehr ständiges Lächeln) | Überangepasstheit verschwindet, Patientin wird "aufmüpfig" | Sprechen über Gefühle, zeigen der Gefühle in Beziehungen |
| 16 | | | | kein Ziel benannt | | | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 22. Zweites Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 T | Bsp. 1-2 T | Bsp. 2-2 T | Bsp. 3-2 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 207 | 207 | 214 | Verbesserung des Sozialverhaltens | akzeptieren, dass andere Menschen auch andere Meinungen haben | sich konstruktiv auseinandersetzen können, ohne massiv verbal aggressives Verhalten | eigene Gedanken und Gefühle mitteilen können, ohne den anderen damit zu überrollen. |
| 18 | 115 | 141 | 115 | Zugang zu eigenen Affekten | Ausformulierung eigener Affekte | Zugang zu eigenem Körper | Bedürfnisse erkennen und durchsetzen |
| 19 | 110 | 111 | 111 | Stärkung des Selbstwertgefühls, "Das Eigene finden" | Außenorientierung geht mehr über die Innenorientierung. Nicht immer auf die anderen schauen "was tun die, was sagen die, ..." | Was möchte ich für mich | Eigene Wünsche ausformulieren können - unabhängig von anderen |
| 20 | 116 | 104 | 104 | Stabilisierung des affektiven Befindens | stabile Stimmungslage, weniger agitiertes, depressives Befinden | aktives Herangehen an Probleme (Job, Ehe, ...) | |
| 21 | 501 | 501 | 110 | Frau Mayer kann besser mit ihrer Behinderung umgehen | Sie sorgt mehr um sich selbst, blendet den Mensch "unter der Gürtellinie" nicht mehr aus. | Sie hilft nicht mehr anderen Behinderten aus einem Helferinstinkt heraus | Sie ist sicherer im Umgang mit "Nicht-Behinderten" |
| 22 | 506 | 506 | 151 | Kleine Brötchen Backen, Freizeitgestaltung, Strukturierung des Alltags, besserer/konstruktiverer Umgang mit sich und dem Alleinsein | Dinge für sich entwickeln, die kein Geld oder wenig kosten → Freude am Kleinen finden | Wegkommen vom Schwarz Weiß denken | Anspruchshaltung geht zurück |
| 23 | 103 | 103 | 103 | Agoraphobische Ängste und Vermeidungsverhalten reduzieren | Expositionsübungen in Tagesklinik durchführen | Aufsuchen und Bewältigen angstauslösender Situationen im Alltag | Reduziertes psychophysisches Anpassungsniveau |
| 24 | 118 | 118 | 118 | Umgang mit übertriebenen Anforderungen an sich selber | weniger Perfektionismus | mal fünfe gerade sein lassen | zufrieden sein, mit dem was erreicht wurde |
| 25 | 111 | 116 | 214 | Grenzen des anderen und eigene Grenzen wahren | Impulsdurchbrüche werden weniger | Konstruktiver Umgang mit Konflikten | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 22. Zweites Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 T | Bsp. 1-2 T | Bsp. 2-2 T | Bsp. 3-2 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | 380 | 380 | 380 | Zusammenhänge zwischen Essen und der zugrundeliegenden Probleme erarbeiten und alternative Verhaltensweisen ermöglichen | Selbstbeobachtung anhand des Essprotokolls führen | Alternative Gedanken und Verhaltensweisen erproben | Affektiver Zugang zu belastenden Themen (Vater!) |
| 27 | 116 | 116 | 114 | Spannung ertragen lernen ohne Impulsdurchbrüche | Weniger Selbstverletzung | Verbalisieren von Spannung | |
| 28 | 104 | 104 | 150 | Erklärungsmodell für depressive Episoden und Ableitung prophylaktischer Aspekte | mit kognitivem Modell arbeiten können | Anerkennen interpersoneller Bedürfnisse und Nähe, Zuwendung, Unterstützung | Diese nicht durch oberflächliches Verhalten befriedigen wollen |
| 29 | 116 | 116 | 114 | Statt Handeln im Impuls darüber nachdenken was sich ereignet und was schrittweise zu tun ist | Im Zwischenschritt Verhaltenstherapie um suizidale Handlung zu vermeiden | | |
| 30 | 118 | 118 | 118 | Perfektionismus ablegen / vermindern | Nicht sofort alles aufräumen | etwas dreckig sein lassen können | der eigenen Familie nicht alles hinterher räumen |
| 31 | 126 | 126 | 126 | Trauerarbeit | innerer Abstand zum Tod | Veränderung des sozialen Netzes | Beziehung - Familie |
| 32 | 103 | 103 | 103 | Panik- und Angstzustände in einen Kontext bringen und diese reduzieren | Patientin spürt den Zusammenhang zwischen ihrer Lebenssituation und der "Phase der Angstzustände" | Patientin kann wieder in große Kaufhäuser und auch mit dem Bus fahren | |
| 33 | 115 | 117 | 115 | Offenheit gegenüber eigenen Affekten | den eigenen Panzer Schutzschild aufzugeben | sagen was sie wirklich fühlt | |
| 34 | 104 | 104 | 104 | Depressive Verstimmungen verstehen lernen, Selbstproblematik bearbeiten | Flexibler Umgang mit Depression, nicht nur Flucht ins Abnehmen | Eigene Beobachtung und Reflexion von Situationen, in denen sich die Patientin bewähren muss. Z.B.: sich abgrenzen sich um Ausbildungsplatz bemühen, etc. | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 22. Zweites Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 2 T | Bsp. 1-2 T | Bsp. 2-2 T | Bsp. 3-2 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 35 | 101 | 101 | 101 | Ablösung von den Eltern | Grenzen setzen, nicht ständig zu Hause arbeiten | | |
| 36 | 115 | 115 | 214 | Eigene Gefühle wahrnehmen und benennen | In Auseinandersetzung gehen | Eigene Meinung entwickeln | |
| 37 | 202 | 202 | 201 | Verbesserung der Partnerbeziehung | Schlafen im gemeinsamen Ehebett | Misstrauen gegenüber Partner abbauen | |
| 38 | 199 | 109 | 150 | eigene Täterschaft am Lebensprozess wahrnehmen | weg von der Vorstellung ich bin ein Opfer | erwachsene + Eigenverantwortlichkeit | milder im Über-Ich |
| 39 | 110 | 111 | 110 | Stärkung des Selbstwertes | Bewusstwerden eigener Stärken und Schwächen | Verbesserung des Körpergefühls | sich selbst lieben lernen |
| 40 | 215 | 141 | 121 | Erkennen + ansatzweise Lösen ihrer Konflikte in bezug auf Eltern /Verwandte/ ihre türkische Kultur | Erkennen und wahrhaben wollen der Problehme im bereich Familie + Schule + Freunde | Sprechen über die damit verbundenen Gefühle | Kompromisse mit Eltern treffen |

Nr.- Patientennummer
Therapiezielkategorie: K1 – Kodierer 1
K2 – Kodierer 2
K3 – Kodierer 3

Ziel 1 T – zweites Therapieziel aus Therapeutensicht
Bsp. 1-1 T – erstes Beispiel zum zweiten Therapieziel aus Therapeutensicht
Bsp. 2-1 T – zweites Beispiel zum zweiten Therapieziel aus Therapeutensicht
Bsp. 3-1 T – drittes Beispiel zum zweiten Therapieziel aus Therapeutensicht

Tabelle 23. Drittes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 T | Bsp. 1-3 T | Bsp. 2-3 T | Bsp. 3-3 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 126 | 101 | 102 | Mit jetziger Lebenssituation klar kommen: ein erfülltes Leben auch ohne Kinder, denen sie nachtrauert. Was steht hinter Kinderwunsch? | Wenn Pat. Abschied nehmen lernt von unerfüllten Bedürfnissen (z.B. Anerkennung durch ihre eigenen Eltern und eigener unerfüllter Kinderwunsch) | Neue Wege finden, eigene Bedürfnisse zu befriedigen trotz Rückenbeschwerden | |
| 2 | 126 | 126 | 101 | Umgehen mit Trennung (Tod der Oma) und Abschied (Loslösung der Tochter); Abgrenzung/Grenzen setzen können | Älteste Tochter (15 Jahre) loslassen können- Abnablungsprozess in Gang setzen, z.B. eigene Wege gehen | Abgrenzung von eigener Mutter, die sich einmischt: z.B. ihr deutlich machen, wo Grenzen sind | |
| 3 | 118 | 111 | 111 | Patientin sollte lernen, sich um sich zu kümmern, neue Perspektiven entwickeln/Hobbys, lernen, es sich gut gehen zu lassen/Angstfrei leben lernen; erkennen, dass sie alleine für ihr Leben verantwortlich ist | Wenn sie Vergangenheit (schlagende Männer) innerlich loslässt und keine Angst mehr empfindet bei jedem Geräusch | Eigene Fähigkeiten/Stärken entdecken, Umsetzen kleiner Ziele, z.B. unter Menschen gehen (Volkshochschule, Verein, etc.), Kontakte zu anderen aufnehmen | |
| 4 | 505 | 505 | 505 | Wiedereingliederung in Arbeitsleben | Abhängigkeit vs. Autonomie | | |
| 5 | 394 | 501 | 391 | Körperl../Seelische Erschöpfbarkeit/Müdigkeit sollte sich bessern; Ursachen des Müde-Seins erarbeiten/herausfinden und mehr Lebensfreude entdecken | Wenn Pat. sich tagsüber weniger hinlegen muss/ oder gar nicht, wenn Pat. das Tagesprogramm so schafft, dass sie am Abend nicht völlig erschöpft ist | Wenn Pat. sich mehr belasten kann, ohne so stark zu ermüden | Wenn Pat. neue Wege findet, sich zu erfreuen → "lockerer lassen" |
| 6 | 110 | 111 | 110 | Verbesserung des Selbstwertgefühls | mehr Annahme dem eigenen Körper gegenüber mit größerer Toleranz bezüglich des Gewichts | Leistung als eigene anerkennen | Verantwortung im häuslichen übernehmen und sich auch dadurch besser fühlen |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 23. Drittes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 T | Bsp. 1-3 T | Bsp. 2-3 T | Bsp. 3-3 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 505 | 505 | 101 | Beruflich: Finden einer Arbeitsstelle; Loslösen/Ablösen vom Elternhaus → mehr Selbständigkeit | Bewerbungen schreiben | Vorstellungsgespräche führen | Eigenverantwortlich handeln |
| 8 | 505 | 505 | 208 | Neue berufliche Perspektiven entwickeln | Auseinandersetzen mit beruflichen Fragen | Gedanklich berufliche Ziele entwickeln | Möglichkeiten finden, die gedanklich entwickelten Ziele zu verwirklichen |
| 9 | 116 | 116 | 116 | Impulssteuerung | Erkennen dass sie ihr Impulsverhalten noch wechselt | mögliche Gegensteuerung aus dem Verständnis entwickeln | |
| 10 | 111 | 111 | 111 | Eigenständiger werden | Grenzen setzen und sich abgrenzen (auch von den Wünschen anderer) | Nein-Sagen | |
| 11 | 505 | 505 | 505 | Wiedereingliederung ins Berufsleben | | | |
| 12 | 199 | 141 | 214 | Eigene Interessen als Teil eines Konflikts ansehen | Symptome stehen nicht im Vordergrund | Beschwerden gehen zurück | |
| 13 | 201 | 201 | 201 | In der Beziehung zum Ehemann klare Zugewandtheit und klare Abgrenzung; Erleben dass beides nebeneinander möglich ist | Flexiblerer Umgang mit Ehemann und Familie | Das eigene Bedürfnis nach Nähe und Autonomie besser spüren | Eigene Ansprüche nach Perfektion erkennen und mildern |
| 14 | 115 | 115 | 117 | Bessere Wahrnehmung eigener Gefühle und das Äußern dieser in Beziehungen, insbesondere Ärger oder Aggression | Mit anderen in Auseinandersetzungen gehen | | |
| 15 | 101 | 101 | 101 | Abgrenzung und beginnende Ablösung vom Elternhaus. Eigenständigkeit fördern / Selbstbewusstsein | Erkennen und Wahrnehmen eigener (!) Wünsche | Entdecken der eigenen (!) Weiblichkeit (des "Frau-Seins") | Selbstbewusstes Auftreten |
| 16 | | | | kein Ziel benannt | | | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 23. Drittes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 T | Bsp. 1-3 T | Bsp. 2-3 T | Bsp. 3-3 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 110 | 111 | 110 | Selbstwert, Identität | Die schüchternen Seiten mehr integrieren und sich trauen diese in Kontakt zu bringen | Berufliche Identität mehr entwickeln: Realistische Ziele entwickeln | |
| 18 | 111 | 214 | 214 | Selbstsicherheit / Verbesserung der sozialkommunikativen Fähigkeiten | seine Meinung sagen und vertreten | Selbstsicheres Auftreten - eigene Wünsche durchsetzen | |
| 19 | 101 | 101 | 101 | Ablösung von den Eltern, Beziehungsregulierung (Partner) | Eventuell offene Aussprache mit Eltern und Partner | Nicht das Spiel der Eltern mitspielen (Diäten, "Schlank muss man sein") | |
| 20 | 110 | 111 | 111 | Stabilisierung des Selbstwertes | aktives Herangehen an Probleme (Job, Ehe, ...) | Erwartungen an die eigene Leistung senken, angemessener | |
| 21 | | | | kein Ziel benannt | | | |
| 22 | 141 | 111 | 111 | Selbsterkenntnis bzw. eigene Beziehungsmuster erkennen und verändern (Verständnis für eigene Unzulänglichkeiten entwickeln, was trägt Patient dazu bei, dass Beziehungen unbefriedigend werden, wie wirkt Patient auf andere) | Patient sieht mehr Eigenanteil an seinen Problemen | Patient übernimmt mehr Eigenverantwortung (!!) für sich | Patient gestaltet Beziehungen anders |
| 23 | 111 | 214 | 111 | Selbstsicherheit und sozial kompetentes Verhalten steigern | innerpsychische Prozesse mitteilen können | adäquaterer Ausdruck von negativen Gefühlen (Angst, -rger, ...) | eigene Stärken und Schwächen konstruktiv (für persönliche Entwicklung) nutzen und akzeptieren |
| 24 | 394 | 343 | 343 | verbesserter Umgang mit Symptomen (Diarrhöe) | psychosoziale Komponenten verstehen | Verminderung d. Stuhlfrequenz | |
| 25 | | | | kein Ziel benannt | | | |
| 26 | 110 | 111 | 111 | Selbstwert stabilisieren | Eigenes Verletzt sein/ eigene Schwächen und Bedürftigkeiten eingestehen | Eigene Wünsche und Sehnsüchte aussprechen | Eigene (Lebens-)Ziele formulieren, fordern |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 23. Drittes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 T | Bsp. 1-3 T | Bsp. 2-3 T | Bsp. 3-3 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 214 | 214 | 214 | Bessere Kommunikationsfähigkeit | Sich anderen mitteilen | Über persönliches Sprechen | In der Gruppe sprechen |
| 28 | 199 | 199 | 199 | Histrionisches Erleben und Verhalten reduzieren | Bedürfnisse, Erwartungen auf erfüllbares Maß zurücknehmen | ständiges Verlangen nach Aufmerksamkeit reduzieren | systematischer, problemfokussierter denken |
| 29 | 101 | 101 | 101 | Ablösung und Einzug in die eigene Wohnung | | | |
| 30 | 111 | 111 | 214 | Eigene Wünsche durchsetzen können | sich etwas gutes tun können | nicht immer die anderen in den Vordergrund stellen | |
| 31 | 125 | 125 | 199 | Neue Orientierung | | | |
| 32 | 111 | 115 | 151 | Die Sorge für sich selbst stärken | Patientin erkennt ihre eigenen Bedürfnisse und setzt sich für diese eigenen ein | Patientin reduziert Alkohol (u.a. wegen der Kolitis) | Patientin lernt sich gerade im Haushalt von den Familienmitgliedern abzugrenzen (beim Putzen, ...) |
| 33 | 386 | 387 | 380 | Gewichtsreduktion | vernünftiges Essverhalten | Gewichtsabnahme | |
| 34 | 207 | 207 | 207 | Soziales Netz - sowohl in Klinik wie im Alltag - knüpfen, stabile Beziehungen einbauen | Reflexion über Beziehungen zum Team und Mitpatienten | Besprechen ihrer sozialen Aktivitäten und Beziehungshaltung in der Familie | dito im Freundeskreis |
| 35 | 380 | 380 | 380 | Regelmäßiges Essen | | | |
| 36 | 506 | 130 | 130 | Konstruktiver mit Vergangenheit umgehen, Verantwortung im Hier und Jetzt übernehmen | Nicht anderen die Schuld zuschieben | Eigene Lösungen finden | Neues entdecken, z.B. Reiten anfangen |
| 37 | 207 | 210 | 210 | eigene Grenzüberschreitungen erkennen | Dominanz gegenüber anderen erkennen | | |
| 38 | 505 | 505 | 508 | Herstellung der Arbeitsfähigkeit | Bearbeitung des sekundären Krankheitsgewinns | | |
| 39 | 115 | 115 | 214 | Eigene Gefühle wahrnehmen | | | |

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 23. Drittes Therapieziel aus Therapeutensicht und Zuordnung in das Kategorisierungssystem (Fortsetzung)

| Nr. | K1 | K2 | K3 | Ziel 3 T | Bsp. 1-3 T | Bsp. 2-3 T | Bsp. 3-3 T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | 111 | 111 | 111 | Selbstständiger werden + eigene mögliche Wege gehen | Ausformulierung eigener Wünsche | Wegkommen vom Strafgedanken (Krankheit als Strafe) | Eigene Entscheidungen treffen + dazu stehen |

| | |
|---|---|
| Nr.- Patientennummer<br>Therapiezielkategorie: K1 – Kodierer 1<br>K2 – Kodierer 2<br>K3 – Kodierer 3 | Ziel 3 T – drittes Therapieziel aus Therapeutensicht<br>Bsp. 1-3 T – erstes Beispiel zum dritten Therapieziel aus Therapeutensicht<br>Bsp. 2-3 T – zweites Beispiel zum dritten Therapieziel aus Therapeutensicht<br>Bsp. 3-3 T – drittes Beispiel zum dritten Therapieziel aus Therapeutensicht |

# 9. Danksagung

Herrn Prof. Dr. von Wietersheim möchte ich herzlich für die Überlassung des Themas bedanken. Ebenso gilt mein Dank für seine Beratung und geduldige Unterstützung.
Vielen Dank an Frau Edit Rottler für ihre Zeit und freundliche Hartnäckigkeit.
Herzlichen Dank auch an das gesamte Team der psychosomatischen Tagesklinik Ulm und an alle, die mich hierbei unterstützt haben.