

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft -

PSYCHOTHERAPIE-BASISDOKUMENTATION:
ANWENDUNG DES KATEGORIENSYSTEMS INDIVIDUELLER
THERAPIEZIELE AUF JUGENDLICHE IM RAHMEN VON
QUALITÄTSSICHERUNG IN DER STATIONÄREN PSYCHOTHERAPIE

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Wittkowski, Ulrike Sabine
aus Bonn
2006

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. T. Föhn

Tag der mündlichen Prüfung: 23.05.2006

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft -
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. T. Föhn

ZUSAMMENFASSUNG

PSYCHOTHERAPIE-BASISDOKUMENTATION: ANWENDUNG DES KATEGORIENSYSTEMS
INDIVIDUELLER THERAPIEZIELE AUF JUGENDLICHE IM RAHMEN VON
QUALITÄTSSICHERUNG IN DER STATIONÄREN PSYCHOTHERAPIE

Ulrike Sabine Wittkowski

Die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung stellt die Psychosomatik und Psychiatrie ebenso wie andere Fachgebiete vor neue Herausforderungen. Im Streben nach einer Verbesserung der Leistungen entstand mit der Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo) ein neuartiges Messinstrument, mit dem die Diskussion von Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychotherapie ermöglicht wird. Die Erhebung der Individuellen Therapieziele (ITZ) spielt dabei eine besondere Rolle. Die Psy-BaDo ist für den Erwachsenenbereich konzipiert und allgemein anerkannt.

In einer an der Berliner Charité durchgeführten Praktikabilitätsstudie wurde die Anwendung der Psy-BaDo erstmals im Kinder- und Jugendbereich untersucht und im Folgenden die Psy-BaDo-KJ für Kinder und Jugendliche entwickelt. Mit dem Datenmaterial dieser Studie sollte in der vorliegenden Arbeit geklärt werden, inwieweit sich das Kategoriensystem Individueller Therapieziele von Erwachsenen auf Jugendliche übertragen lässt bzw. welcher Modifikation es bedarf.

Die Inhaltsanalyse der ITZ aus der Praktikabilitätsstudie zeigte zunächst, dass das Kategoriensystem mit seinen Haupt- und Einzelkategorien grundsätzlich auch auf Jugendliche anwendbar ist. Um jedoch jugendspezifische Probleme besser erfassen zu können, wurde sowohl Veränderungs- als auch Erweiterungsbedarf für bestimmte Einzelkategorien gesehen. Es wird deshalb vorgeschlagen, das Kategoriensystem in der hier beschriebenen Modifikation für die Evaluation mit der Psy-BaDo-KJ zu übernehmen. Außerdem ergab die Inhaltsanalyse geschlechtsspezifische Unterschiede wie auch Differenzen in der Formulierung der Therapieziele durch Patienten und ihre Therapeuten, die in zukünftigen Studien berücksichtigt werden sollten.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	1
1.1 GRUNDLAGEN VON QUALITÄTSSICHERUNG	1
1.2 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE	3
1.3 DIE PSYCHOTHERAPIE-BASISDOKUMENTATION (PSY-BADo)	4
1.4 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE	8
1.5 DIE PSYCHOTHERAPIE-BASISDOKUMENTATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE (PSY-BADo-KJ)	9
1.6 EIGENE FRAGESTELLUNG	10
2. MATERIAL UND METHODEN.....	12
2.1 BASIS DER ARBEIT: DATENMATERIAL	12
2.1.1 <i>Stichprobe der Fremdstudie</i>	13
2.1.2 <i>Konzeption und Durchführung der Fremdstudie: Datenerhebung</i> ...	14
2.2 METHODEN DER EIGENEN DATENAUSWERTUNG.....	17
2.2.1 <i>Kategoriensystem Individueller Therapieziele der Psy-BaDo: Beschreibung der wichtigsten Merkmale und Aufgaben</i>	17
2.2.2 <i>Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele</i>	20
3. ERGEBNISSE.....	24
3.1 ANZAHL DER INDIVIDUELLEN THERAPIEZIELE: <i>Patienten und Therapeuten</i> ...	24
3.2 INHALTSANALYSE DER INDIVIDUELLEN THERAPIEZIELE NACH HAUPTKATEGORIEN	25
3.2.1 <i>Patienten</i>	26
3.2.2 <i>Therapeuten</i>	32
3.3 VERÄNDERUNGS- UND NEUVORSCHLÄGE FÜR EINZELKATEGORIEN	38
3.3.1 <i>Hauptkategorie 1</i>	38
3.3.2 <i>Hauptkategorie 2</i>	40
3.3.3 <i>Hauptkategorie 3</i>	42

3.3.4	<i>Hauptkategorie 4</i>	43
3.3.5	<i>Hauptkategorie 5</i>	44
3.3.6	<i>Restkategorie 9</i>	46
3.4	INHALTSANALYSE DER INDIVIDUELLEN THERAPIEZIELE	
	NACH EINZELKATEGORIEN	48
3.4.1	<i>Patienten</i>	48
3.4.2	<i>Therapeuten</i>	49
4.	DISKUSSION	52
4.1	ANZAHL DER INDIVIDUELLEN THERAPIEZIELE	53
4.2	INHALTSANALYSE DER INDIVIDUELLEN THERAPIEZIELE	
	NACH HAUPTKATEGORIEN	55
4.2.1	<i>Vergleich von Patienten und Therapeuten</i>	56
4.2.2	<i>Geschlechtsbezogener Vergleich</i>	58
4.3	VERÄNDERUNGS- UND NEUVORSCHLÄGE FÜR EINZELKATEGORIEN	60
4.3.1	<i>Hauptkategorie 1</i>	61
4.3.2	<i>Hauptkategorie 2</i>	62
4.3.3	<i>Hauptkategorie 3</i>	63
4.3.4	<i>Hauptkategorie 4</i>	64
4.3.5	<i>Hauptkategorie 5</i>	64
4.3.6	<i>Restkategorie 9</i>	66
4.4	INHALTSANALYSE DER INDIVIDUELLEN THERAPIEZIELE	
	NACH EINZELKATEGORIEN	66
4.4.1	<i>Vergleich von Patienten und Therapeuten</i>	67
4.4.2	<i>Geschlechtsbezogener Vergleich</i>	68
4.5	AUSBlick.....	69
5.	LITERATURVERZEICHNIS	71
6.	DANKSAGUNG	75
7.	LEBENS LAUF	76

8. ANHANG	I-XVI
<i>Tabelle 1: Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ) der Psy-BaDo (Kurzform und Beschreibungen).....</i>	<i>I</i>
<i>Tabelle 2: Anzahl der Individuellen Therapieziele</i>	<i>IX</i>
<i>Tabelle 3: Ergebnisse der Kategorisierung der Individuellen Therapieziele der jugendlichen Patienten und ihrer Therapeuten.....</i>	<i>IX</i>
<i>Tabelle 4: Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele der Patienten</i>	<i>XII</i>
<i>Tabelle 5: Inhaltsanalyse der Haupttherapieziele der Patienten.....</i>	<i>XIII</i>
<i>Tabelle 6: Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele der Therapeuten....</i>	<i>XIII</i>
<i>Tabelle 7: Inhaltsanalyse der Haupttherapieziele der Therapeuten</i>	<i>XIII</i>
<i>Abbildung 1: ErgeDoku A-Bogen im Original (Patientenversion).....</i>	<i>XIV</i>

1. Einleitung

1.1 Grundlagen von Qualitätssicherung

In der Diskussion um die Entwicklung unseres Gesundheitssystems spielt seit etlichen Jahren im Kontext der Themen Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Kostenreduktion auch die Frage der Qualitätssicherung eine beherrschende Rolle. Dabei zeigt sich, dass der Begriff „Qualität“ in der Medizin fachspezifisch sehr unterschiedlich zu interpretieren und anzuwenden ist. Geht man von der Formulierung der *Internationalen Organisation für Standardisierung (ISO)* aus, so lautet die Definition für Qualität: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf ihre Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“ (ISO 9004, Teil 2, 1991, zitiert nach Vogel 2003). Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass Qualität das Verhältnis zwischen dem „Ist-Wert“ eines Produktes oder einer Dienstleistung und dem für diese geforderten „Soll-Wert“ darstellt (Vogel 2003). Somit steht eine hohe Angleichung des „Ist- Wertes“ an den „Sollwert“ für gute bzw. hohe Qualität. Es wird deutlich, dass Qualität nicht als unabhängiges Merkmal besteht, sondern nur im Zusammenhang mit bestimmten Zielvorstellungen gesehen und bewertet werden kann (Heuft & Senf 1998a; Mattejat & Renschmidt 1995; Vogel 2003). Qualitätssicherung beinhaltet demnach viele Aufgaben und Herausforderungen. Im Mittelpunkt sollte immer das Bemühen stehen, eine höhere Qualität zu erreichen: Es handelt sich nämlich um einen dynamischen Prozess, bei dem es darum geht, Qualität bei entsprechenden Mängeln zu verbessern und hohe Qualität zu gewährleisten. Maßstab für die Bemühungen um Qualität ist dabei stets der neueste Stand des medizinischen Wissens.

Die Weltgesundheitsorganisation forderte erstmalig in den 80er Jahren, qualitätssichernde Maßnahmen systematisch in die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten zu integrieren. Wörtlich hieß es: „Bis zum Jahre 2000 soll es in allen Mitgliedsstaaten Strukturen und Verfahren geben, die gewährleisten, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung laufend verbessert und

Gesundheitstechnologien bedarfsgerecht weiterentwickelt und eingesetzt werden.“ (Ziel 31, WHO 1984, zitiert nach Heuft & Senf 1998a).

In Deutschland wurde dieser Forderung seit 1988 entsprochen: Qualitätssichernde Maßnahmen für alle Bereiche der Medizin wurden im Gesundheits-Reformgesetz vorgeschrieben und fanden letztendlich die gesetzliche Verankerung im Fünften Sozialgesetzbuch: „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.“ (SGB V §135a (1)) (1989). Vorrangiges Ziel dieser gesetzlich postulierten Qualitätssicherung ist das Wohl des Patienten: Eine optimal auf seine Bedürfnisse zugeschnittene Behandlung soll sowohl eine hohe Wirksamkeit aufweisen als auch dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen. Aber nicht nur die Interessen der Patienten sollen durch diese gesetzlichen Regelungen vertreten werden. Eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung soll auch die Wirtschaftlichkeit steigern und damit den Kostenträger entlasten (Mattejat & Remschmidt 1995).

Qualitätssicherung an sich beinhaltet verschiedene Aspekte von Qualität: Es wird zwischen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität unterschieden (Donabedian 1966). Unter Strukturqualität versteht man neben anderem die räumlich-baulichen Voraussetzungen der Versorgungseinrichtung, die Gestaltung des Versorgungsangebotes als auch die verfügbaren personellen Ressourcen und die Qualifikation der Ärzte sowie anderer Berufsgruppen. Prozessqualität hingegen spiegelt die Qualität der Leistungen im Verlauf der Behandlung wider, angefangen bei korrektem diagnostischem Vorgehen bis hin zu validierten, wirksamen therapeutischen Maßnahmen. Die Bewertung dieser Leistungen im Hinblick auf Effektivität und Effizienz sowie des Behandlungserfolges ist schließlich Inhalt der Ergebnisqualität (Mattejat & Remschmidt 1995).

1.2 Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Schon lange bevor Qualitätssicherung gesetzlich vorgeschrieben worden ist, wurde in der Psychotherapie die Wirksamkeit und Güte von Behandlungen überprüft. So wurden bereits in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts im *Berliner Psychoanalytischen Institut* Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie durchgeführt (Fenichel 1930, zitiert nach Wiegard 2003). Auch die Entwicklung von Methoden zur Erfassung des Therapieerfolges in der Psychotherapie ist danach immer wieder Gegenstand der Forschung gewesen. Einen herausragenden Stellenwert hat in diesem Zusammenhang das „Goal Attainment Scaling (GAS)“ nach Kiresuk & Sherman (1968). Diese Messmethode fordert die Festlegung individueller Behandlungsziele als Erfolgskriterium und wertet den Therapieerfolg am Grad der Erreichung zuvor determinierter Zielindikatoren. Sie diente in vielfältiger Weise als Grundlage für die Entwicklung von zahlreichen anderen Methoden zur Erfassung des Therapieerfolges. Die Bemühungen richteten sich dabei vornehmlich auf die Beseitigung der Schwachstellen des „Goal Attainment Scaling“, nämlich die Probleme der Validität und Interpretation des resultierenden Zielerreichungsscores sowie die Manipulierbarkeit der Ergebnisse durch bewusst niedrige Ansetzung des erwarteten Erfolges. In diesem Zusammenhang sei auf die Arbeit „Goal Attainment Scaling in der Outcomemessung psychotherapeutischer Behandlungen“ von Flender (2000) verwiesen, die eine umfassende Übersicht über die in der Literatur dokumentierten Methoden der Erfassung von Therapieerfolg in der Psychotherapie sowie über die in diesem Bereich relevanten empirischen Studien gibt.

Ein neuartiges Element in der Gruppe der Messinstrumente stellt die Methode der Individuellen Therapieziele nach Heuft et al. (1995) dar. Sie hat zwar ihre Wurzeln ebenfalls im GAS nach Kiresuk & Sherman, bietet aber die Möglichkeit, neben individueller Erfolgsmessung auch Untersuchungen über Erfolgsquoten bestimmter Problembereiche durchzuführen. Mittlerweile ist diese Methode Teil einer etablierten Basisdokumentation in der Psychotherapie, die im Folgenden näher vorgestellt werden soll.

1.3 Die Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo)

Seit Einführung der Qualitätssicherung im Sozialgesetzbuch im Jahre 1989 sind verstärkt Bemühungen von Seiten der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu verzeichnen, allgemein akzeptierte und vergleichbare Strukturen einer Psychotherapie-Dokumentation zu konzipieren und in die Praxis einzuführen (Heuft & Senf 1998b). So entstand in Zusammenarbeit mit den in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften und mit der Vereinigung der leitenden Ärzte der Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland als gemeinsame Arbeitsgrundlage die Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo) (Heuft & Senf 1998a). In zwei Praktikabilitätsstudien 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; Heuft et al. 1996). 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. Die darüber hinaus erforderliche Strukturqualität wird unter anderem durch die Weiterbildungsordnung gesichert.

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

Die Psy-BaDo ist eine Instrumentenfamilie, die im Verlauf von Diagnostik und Therapie in mehreren definierten Schritten erhoben wird (vgl. Abb. 1, S. 5 zur Struktur der Psy-BaDo). Zu allen Abschnitten dieser Dokumentation werden mit größtenteils identischen Fragestellungen Auskünfte vom Patienten wie vom behandelnden Therapeuten erbeten.

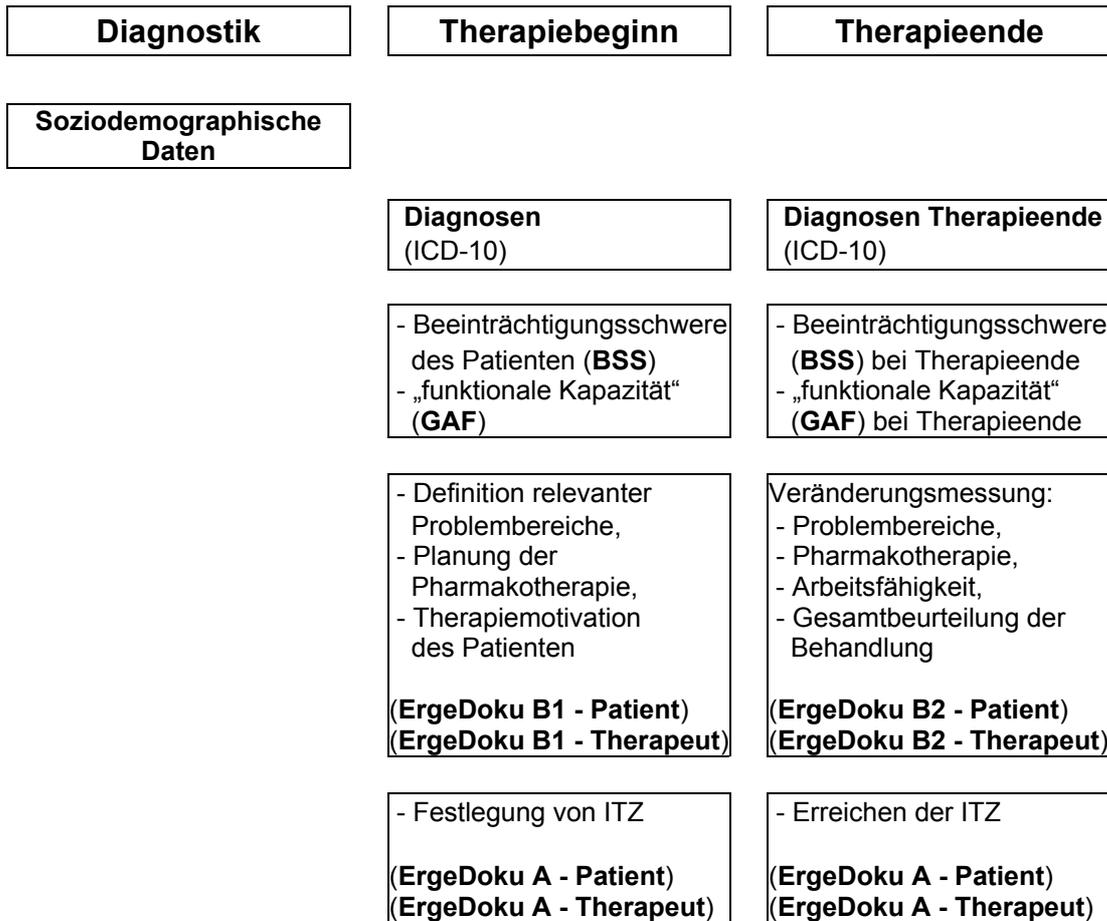


Abbildung 1: Struktur der Psy-BaDo (aus Heuft & Senf 1998a)

- In einem ersten Schritt werden durch Selbstauskunft des Patienten und Angaben des Therapeuten soziodemographische Daten auf Fragebögen erfasst. Die Dokumentation durch den Therapeuten beinhaltet die Verschlüsselung der Diagnose (nach ICD-10), die Einschätzung des Beschwerdegrades mit Hilfe des Beeinträchtigungsschwere-Scores (BSS) nach Schepank (1995) sowie des Ausmaßes der „funktionalen Kapazität“ des Patienten mittels der „Global Assessment of Functioning Scale“ (GAF) nach DSM-IV (1996).
- Der zweite Schritt der Basisdokumentation steht am Beginn der Behandlung: Nun spielt die Erhebung der Individuellen Therapieziele (ITZ) eine zentrale Rolle. 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 ErgeDoku A-Bögen (Patienten- und Therapeutenversion) bis zu fünf 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. Ebenfalls zu Therapiebeginn werden Patienten und Therapeuten gebeten, in einer allgemeinen Veränderungsdokumentation (ErgeDoku B1-Bögen; Patienten- und Therapeutenversion) darzulegen, wie wichtig ihnen eine Veränderung in bestimmten, vorgegebenen Problembereichen im Rahmen dieser Psychotherapie erscheint. Auf einer Ratingskala von *extrem wichtig*, über *sehr wichtig*, *wichtig*, *wenig wichtig*, *unwichtig* bis hin zu *ist nicht mein Problem (Patient) bzw. kein relevanter Problembereich (Therapeut)* können Patient und Therapeut den Veränderungsbedarf in folgenden zehn Problembereichen einschätzen:

1. körperliche Befindensstörung
2. psychische Befindensstörung
3. Selbstwernerleben/Selbstannahme
4. soziale Probleme (wie z.B. Arbeits-, Wohnungs-, finanzielle Probleme)
5. Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich
6. Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich
7. Eigenständige Handlungskompetenz/Psychosoziale Fähigkeiten
8. Krankheitsverständnis
9. Zukunftsorientierung

10. Psychisches Wohlbefinden.

In einem gesonderten 11. Punkt nehmen Patient und Therapeut außerdem zur aktuellen Medikation Stellung. So wird u.a. vom Patienten die Bedeutung der Einnahme bestimmter Medikamente für sein Wohlbefinden (*unverzichtbar; wichtig; schädlich; kann ich nicht beurteilen*) erfragt. Der Therapeut soll u.a. Angaben zur Veränderung der Medikation machen: Ziele wie die „Aufrechterhaltung der Medikation; die Einstellung/Umstellung; Reduktion oder das Absetzen von Medikamenten“ sollen präzisiert werden.

- Der dritte Schritt der Basisdokumentation erfasst das Ergebnis der Behandlung. Erneut werden sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten jeweils ihre ErgeDoku A-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*). Außerdem werden ihnen die ErgeDoku B2-Bögen (ebenso Patienten- und Therapeutenversion) der allgemeinen Veränderungsdokumentation mit der Liste der zehn oben genannten Problembereiche vorgelegt. Diesmal soll eingeschätzt werden, inwieweit die Behandlung eine Veränderung (*deutlich gebessert; etwas gebessert; nicht verändert; etwas verschlechtert; deutlich verschlechtert; nicht zu beurteilen; war nicht mein Problem (Patient) bzw. kein relevanter Problembereich (Therapeut)*) in den verschiedenen Problembereichen bewirkt hat, wobei die anfänglich geäußerten Veränderungswünsche nicht einsehbar sind.

Abschließend sollen Therapeut und Patient auf den ErgeDoku B2-Bögen die Arbeitsfähigkeit des Patienten bei Therapieende einschätzen, und im Allgemeinen bewerten, ob sich die Behandlung für den Patienten gelohnt habe (*sehr gelohnt; gelohnt; unentschieden; nicht gelohnt; eher geschadet*).

Vom Therapeuten werden am Behandlungsende weitere Angaben erbeten, u.a. erneut die Diagnosen im Lichte der abgelaufenen Behandlung (ICD-10), die Beeinträchtigungsschwere (BSS) und die „Global Assessment of Functioning Scale“ (GAF) des Patienten bei Therapieende.

Die Psy-BaDo beinhaltet ebenfalls ein Kategoriensystem für die inhaltliche Charakterisierung der Individuellen Therapieziele (=KITZ), wodurch die Verschlüsselung der ITZ in Form einer dreistelligen Ziffer ermöglicht wird. Das Kategoriensystem besteht aus fünf Hauptkategorien, denen 130 Einzelkategorien untergeordnet sind.

1.4 Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind durch die veränderte Gesetzeslage und den steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zwingend notwendig geworden (Englert & Poustka 1995).

Anfang der 90er Jahre wurden in den USA von der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Qualitätsstandards für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie bezogen auf spezifische Krankheitsbilder, wie z.B. das Hyperkinetische Syndrom (1991), formuliert und veröffentlicht (zitiert nach Döpfner & Lehmkuhl 1993).

Dies gab den Anstoß, auch innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie verstärkt die Diskussion über die Notwendigkeit von Qualitätsstandards, ebenso wie über deren Nutzen und Risiken, zu führen (Döpfner & Lehmkuhl 1993).

Die wesentliche Grundlage für systematische Qualitätsanalysen mit den Teilaspekten der Beurteilung des Schweregrads der Symptomatik, der Therapieindikation, des Behandlungsmodus wie auch des Therapieverlaufs und -erfolgs ist eine adäquate Dokumentation (Gaebel & Wolpert 1994). Um die

Qualitätssicherung voran zu treiben, mussten deshalb zunächst geeignete Dokumentationssysteme entwickelt werden.

Waren noch Anfang der 90er Jahre Instrumente zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation „Mangelware“ (Mattejat & Remschmidt 1993), zeigte sich Mitte der 90er Jahre ein erster Trend zum Wechsel: Mit dem *Frankfurter Dokumentationssystem* publizierten Englert & Poustka (1995) das erste, etablierte klinikübergreifende Dokumentationsschema. Aber auch die *Göttinger Versorgungsdokumentation* (Lorenz 1996) und die *Basisdokumentation* der Kommission „Qualitätssicherung“ der drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Englert et al. 1998) verdeutlichen eindrücklich die Bemühungen, den Forderungen nach Entwicklung und Erprobung von Dokumentationssystemen für die Qualitätssicherung nachzukommen.

In diesem Zusammenhang stellt die Psychotherapie-Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Psy-BaDo-KJ) (Winter et al. 2005) einen neuen Ansatz dar, in der Kinder- und Jugendpsychotherapie ein tragfähiges Evaluationsinstrument zu implementieren. Als Grundlage diente die für den Erwachsenenbereich entwickelte Psy-BaDo von Heuft & Senf (1998a). Sie wurde im Rahmen einer Praktikabilitätsstudie bei stationär behandelten Jugendlichen erstmals angewandt (Wiegard 2003). Die Psy-BaDo-KJ soll im Folgenden näher beschrieben werden.

1.5 Die Psychotherapie-Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Psy-BaDo-KJ)

Im Rahmen einer Studie an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité, CVK, in Berlin in den Jahren 1997 – 2002 wurde erstmalig untersucht, ob die Psy-BaDo, die sich als Evaluationsinstrument im Erwachsenenbereich erfolgreich etabliert hat und als Ausgangsinstrument dieser Praktikabilitätsstudie diente, auch bei Kindern und Jugendlichen zur Qualitätssicherung im klinischen Alltag eingesetzt werden kann (Wiegard 2003; Winter et al. 2005). Im Gegensatz zu den oben

erwähnten, etablierten Dokumentationssystemen der Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, die eine indirekte Evaluation ermöglichen, lässt die Psy-BaDo eine direkte Evaluation zu: Die Patienten selbst werden nach Veränderungen befragt (Winter et al. 2005). Außerdem zeichnet sie sich durch die Möglichkeit aus, Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen sowohl quantitativ als auch qualitativ zu beurteilen (Heuft et al. 1995).

Es zeigte sich, dass die Psy-BaDo in ihrer Grundstruktur eine geeignete Basis zur Entwicklung eines neuen Evaluationsinstrumentes im Rahmen der Qualitätssicherung für stationär behandelte Jugendliche darstellt (Wiegard 2003; Winter et al. 2005). Dem gesehenen Veränderungsbedarf in einigen Aspekten wurde in einer kinder- und jugendadäquaten Modifizierung der Psy-BaDo, die auf der Grundlage einer Expertenbefragung erfolgte, Rechnung getragen: Es entstand die Psychotherapie-Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Psy-BaDo-KJ).

Im Rahmen der statistischen Auswertung der genannten Praktikabilitätsstudie wurde u.a. das Kategoriensystem Individueller Therapieziele der Psy-BaDo für Erwachsene benutzt, um z.B. relative Häufigkeiten Individueller Therapieziele (ITZ) darzustellen. Es wurde jedoch nicht weiter untersucht, inwieweit das Kategoriensystem für Erwachsene ausreicht, die ITZ von jugendlichen Patienten inhaltsanalytisch zuzuordnen bzw. inwieweit es für die Anwendung im Kinder- und Jugendbereich erweitert werden müsste. Dies soll nun Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein.

1.6 Eigene Fragestellung

Im Rahmen dieser Arbeit soll die Anwendung des Kategoriensystems der Psy-BaDo für Erwachsene im Kinder- und Jugendbereich weiter untersucht werden: Es soll geklärt werden, inwieweit die individuell von jugendlichen Patienten und deren Therapeuten formulierten Therapieziele mit Hilfe des Kategoriensystems der Psy-BaDo für Erwachsene kategorisiert werden können, d.h. in welchem Umfang die Individuellen Therapieziele (ITZ) von Jugendlichen inhaltlich den

schon vorhandenen Kategorien zugeordnet werden können. Hierbei stehen vier Fragen im Vordergrund:

1. Kann das äußere Gerüst – die fünf Hauptkategorien – so bestehen bleiben oder besteht Erweiterungsbedarf?
2. Welche Einzelkategorien sind ohne Veränderungen bei Jugendlichen anwendbar?
3. Bei welchen Einzelkategorien muss eine jugendadäquate Umformulierung vorgenommen werden?
4. Wo sind Lücken bzw. besteht Bedarf an neuen Kategorien, die speziell auf die Probleme von Jugendlichen ausgerichtet sind?

Gleichzeitig soll im Rahmen der Inhaltsanalyse der ITZ dargestellt werden, welche Therapieziele die Patienten und ihre Therapeuten formulieren und mit welcher Häufigkeit diese bestimmten, inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden. Mit Hilfe dieser Zuordnung sollen dann weitergehende Fragen beantwortet werden:

- Unterscheiden sich Patienten und Therapeuten in der Häufigkeit, mit der sie bestimmte Inhaltsbereiche in den ITZ nennen?
- Ergeben sich innerhalb der Patientengruppe geschlechtsspezifische Schwerpunkte in der Häufigkeit bestimmter Kategorien?
- Inwieweit sehen die Therapeuten für weibliche und männliche Patienten gleiche oder unterschiedliche Therapieziele?

2. Material und Methoden

2.1 Basis der Arbeit: Datenmaterial

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurde in den Jahren 1997 – 2002 an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité (Humboldt-Universität Berlin) eine Praktikabilitätsstudie durchgeführt. Es wurde untersucht, ob die Psy-BaDo, die sich als Evaluationsinstrument im Erwachsenenbereich erfolgreich etabliert hat, auch bei Jugendlichen zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung im klinischen Alltag eingesetzt werden kann. Im Rahmen dieser Studie wurden jedoch nur bestimmte Teile der Psy-BaDo verwendet. Dies entspricht der Idee der Autoren der Psy-BaDo, nicht zwangsläufig die gesamte Basisdokumentation sondern gegebenenfalls auch nur bestimmte Teile modular einzusetzen (Heuft & Senf 1998b).

Sowohl die ErgeDoku A-Bögen (Individuelle Therapieziele) als auch die ErgeDoku B1/B2-Bögen (allgemeine Veränderungsdokumentation zu Behandlungsbeginn (B1) und -ende (B2)) in der Patienten- und Therapeutenversion wurden auf ihre Anwendbarkeit im Jugendbereich überprüft. Auf weitere Dokumentationsteile (Bögen zu Patientenangaben bei Diagnostik / Behandlungsbeginn, zu Therapeutenangaben bei Diagnostik / Behandlungsbeginn / -ende) der Psy-BaDo wurde verzichtet, weil die hierdurch zu sammelnden Daten an der Klinik routinemäßig mit einem vergleichbaren Instrument, der „Frankfurter Basisdokumentation“, erhoben werden.

Die Ergebnisse der geschilderten Praktikabilitätsstudie sind mittlerweile veröffentlicht worden (Wiegard 2003; Winter et al. 2005).

Das Datenmaterial dieser Studie wurde für weitere Auswertungen der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Direktor: Prof. Heuft) des Universitätsklinikums Münster zur Verfügung gestellt und bildet damit die Grundlage der vorliegenden Arbeit.

2.1.1 Stichprobe der Fremdstudie

Bei der an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité in Berlin durchgeführten Studie wurden die Daten von 102 jugendlichen Patienten (n=102) erhoben und ausgewertet.

Der Anteil der Mädchen an dieser Patientenstichprobe lag wesentlich höher als der Anteil der Jungen: 72 Mädchen im Vergleich zu 30 Jungen.

Das Alter der Jugendlichen reichte von 12,0 Jahren bis 17,9 Jahren. Bei den Mädchen lag es zwischen 12,5 und 17,9 Jahren, bei den Jungen hingegen zwischen 12,0 und 17,7 Jahren. Im Durchschnitt lag das Alter insgesamt bei 15,6 Jahren - bei den Mädchen mit 15,8 Jahren etwas höher als bei den Jungen mit 15,0 Jahren.

Alle Jugendlichen, deren Daten in die Studie aufgenommen und ausgewertet wurden, wurden stationär behandelt, wobei weder Aufnahmepflicht bestand noch die stationäre Behandlung durch Zwangseinweisung zustande kam. Im Durchschnitt dauerte die stationäre Behandlung 75 Tage.

In der Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 zeigten sich innerhalb der Stichprobe folgende Schwerpunkte: Insgesamt 41% der Diagnosen waren dem Bereich F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und 30% der Diagnosen dem Bereich F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zuzuordnen.

Für die prozentuale Verteilung der genannten und weiterer Diagnosen ergaben sich jedoch teilweise deutliche Geschlechtsunterschiede. Der größte Unterschied zeigte sich im Bereich F5: 56% der Diagnosen für die Mädchen wurden diesem Bereich zugeordnet im Vergleich zu 3% der Diagnosen für die Jungen. Einen genaueren Überblick über die Diagnosen innerhalb der Patientenstichprobe, getrennt nach Geschlecht, soll die Abbildung 2 (S. 14) geben. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Mädchen im Rahmen dieser Studie überpräsentiert waren, die Häufigkeiten in der Abbildung sich also auf unterschiedliche Gruppengrößen (Mädchen n=72 und Jungen n=30) beziehen.

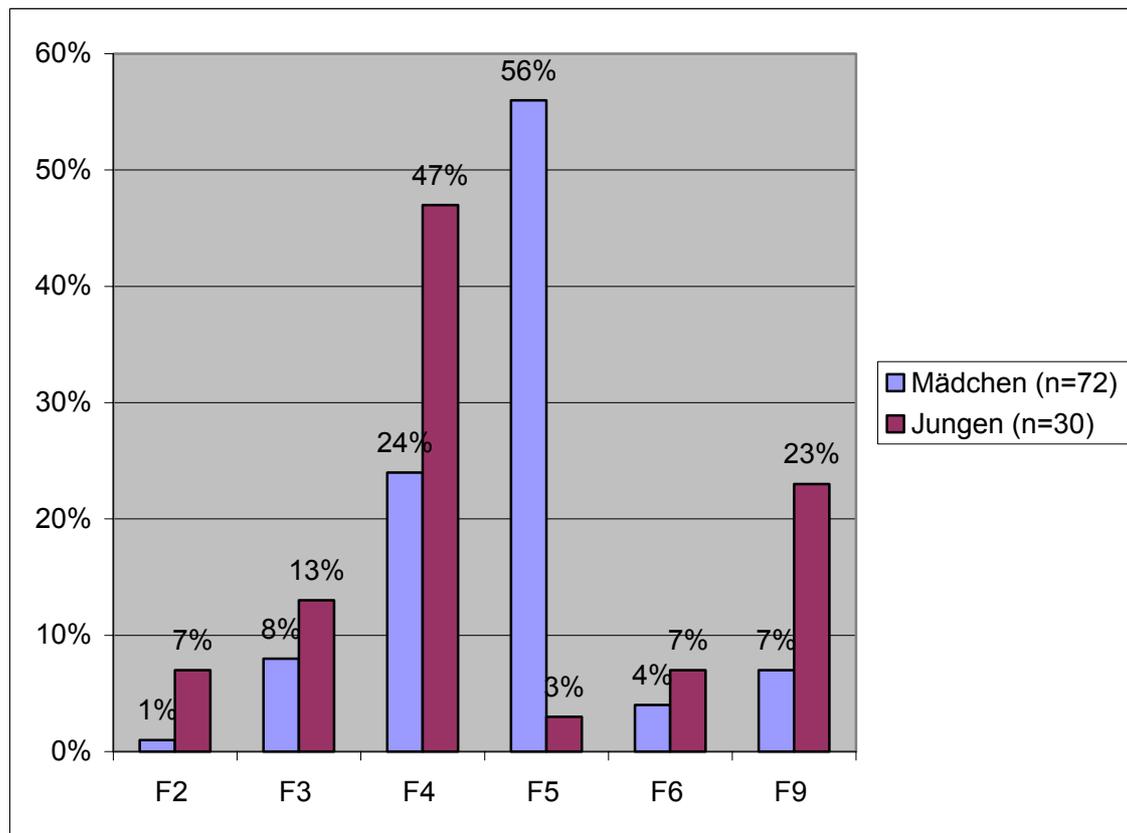


Abbildung 2: Verteilung der Diagnosen (ICD-10) nach Geschlecht (aus Wiegard 2003)

F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3 – Affektive Störungen; F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F9 – Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit / Jugend

Die Behandlung der Jugendlichen im stationären Bereich wurde durch 10 Therapeutinnen und 2 Therapeuten gewährleistet, wobei 4 der Behandelnden Psychologen und 8 Mediziner waren.

2.1.2 Konzeption und Durchführung der Fremdstudie: Datenerhebung

Die Teilnahme an der Studie war an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Die Patienten mussten mindestens zwölf (12,0) Jahre alt sein, sollten aber die Volljährigkeit noch nicht erreicht haben.

- Weiter war ein mindestens fünfwöchiger stationärer Aufenthalt erforderlich, um eine sinnvolle Verlaufsdokumentation und Bewertung vornehmen zu können.
- Ausgeschlossen wurden jugendliche Patienten, die „nicht realitätsgebunden und in ausreichendem Maße Ich-strukturiert schienen“ (Wiegard 2003), z.B. aufgrund einer Psychose, um die Bögen zu bearbeiten oder Individuelle Therapieziele zu formulieren.

Allen in die Studie aufgenommenen jugendlichen Patienten sowie ihren Therapeuten wurde die Ergebnis-Dokumentation A (=ErgeDoku A) und die Ergebnis-Dokumentation B (sowohl ErgeDoku B1 als auch ErgeDoku B2) in der Patienten- bzw. Therapeutenversion der Psy-BaDo vorgelegt.

Mindestens vier der sechs Dokumentationsbögen (ErgeDoku A-Bogen, ErgeDoku B1- und B2-Bogen eines Patienten und seines Therapeuten) mussten bei Abschluss der Behandlung vorliegen, um eine Aufnahme in die Studie sicherzustellen.

Nach Erfüllung der geforderten Eingangsbedingungen erfolgte die Durchführung der Studie folgendermaßen: In der ersten Woche des stationären Aufenthaltes der jugendlichen Patienten stand die Herstellung eines Behandlungsbündnisses zwischen Patient und Therapeut im Vordergrund. Im Laufe der zweiten Woche sollten die Jugendlichen dann Individuelle Therapieziele (ITZ) formulieren, wobei diese eigenständig, möglichst konkret verfasst und mit bis zu drei Beispielen ergänzt werden sollten. Anhand dieser Beispiele sollten die Jugendlichen am Behandlungsende feststellen können, inwieweit sie das jeweilige Therapieziel erreicht hatten.

Bis zu fünf ITZ konnten benannt werden, wobei diese möglichst unterschiedliche Bereiche wie z.B. psychische, körperliche oder psychosoziale Probleme abdecken sollten. Das erstgenannte Therapieziel sollte auch gleichzeitig das Haupttherapieziel sein. Die Jugendlichen sollten diese ITZ entweder während ihrer Freizeit auf Station auf den ErgeDoku A-Bögen (schematischer Aufbau s. Abb. 3, S. 16) aufschreiben oder dies innerhalb der

Therapiestunden tun, wenn Zweifel daran bestanden, dass es sonst nicht gemacht werden würde.

Zeitgleich hatten auch die Therapeuten die Aufgabe, die ITZ für ihre Patienten zu definieren. Auch für sie galt die Forderung, diese Ziele möglichst konkret zu benennen und mit bis zu drei Kriterien zu versehen, anhand derer am Behandlungsende seitens des Therapeuten ein Behandlungserfolg beurteilbar sein sollte. Zusätzlich sollten die Therapeuten zu Behandlungsbeginn auf den ErgeDoku A-Bögen die Therapiemotivation des Patienten auf einer fünfstufigen Skala (*nicht motiviert; kaum motiviert; etwas motiviert; motiviert und sehr motiviert*) einschätzen.

Individuelle Therapieziele [ErgeDoku A]
(Therapeut: zusätzlich Motivationseinschätzung des Patienten)
1. Therapieziel (Hauptziel) 1 - 3 Beispiele (Kriterien), woran Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen können.
2. - 5. Therapieziel 1 - 3 Beispiele (Kriterien), woran Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen können.
<input type="checkbox"/> Mehr erreicht als das Therapieziel <input type="checkbox"/> Therapieziel erreicht <input type="checkbox"/> Therapieziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> Therapieziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> Therapieziel entfallen

Abbildung 3: Schematischer Aufbau des ErgeDoku A-Bogens (im Original 5 Druckseiten für bis zu 5 ITZ; s. Anhang)

Nach Ausfüllen der ErgeDoku A-Bögen von Seiten der Jugendlichen wurden die Bögen für die Dauer der Behandlung an die Therapeuten zurückgegeben.

Abweichend von der bei den Erwachsenen im stationären Setting üblichen Form, die Bögen dem Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag zu geben, um den Patienten bezüglich seiner Angaben nicht im Sinne von

„sozialer Erwünschtheit“ zu beeinflussen, war bei den Jugendlichen die Übergabe der Bögen im Umschlag nicht mehr vorgesehen. Die Bögen verblieben jedoch während der Behandlungsdauer beim Therapeuten.

Zum Ende der Behandlung wurde der ErgeDoku A-Bogen mit den ITZ sowohl den Jugendlichen als auch den Therapeuten wieder vorgelegt, damit jeder von ihnen unabhängig voneinander darüber urteilen konnte, inwieweit die zu Anfang der Therapie individuell formulierten Therapieziele im Laufe der Behandlung erreicht worden waren (*Ratingskala: mehr erreicht als das Therapieziel; Therapieziel erreicht; Therapieziel teilweise erreicht; Therapieziel nicht erreicht; Therapieziel entfällt*; vgl. Abb. 3 S. 16).

Die jugendlichen Patienten und ihre Therapeuten wurden ebenfalls gebeten, die allgemeine Veränderungsdokumentation der Psy-BaDo sowohl zu Behandlungsbeginn (ErgeDoku B1-Bögen) als auch zu Behandlungsende (ErgeDoku B2-Bögen) auszufüllen. Da diese Bögen (B1/B2) im Rahmen dieser Doktorarbeit nicht weiter ausgewertet wurden, wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die Erhebung dieser Bögen genauer zu beschreiben.

2.2 Methoden der eigenen Datenauswertung

2.2.1 Kategoriensystem Individueller Therapieziele der Psy-BaDo: Beschreibung der wichtigsten Merkmale und Aufgaben

Das Kategoriensystem Individueller Therapieziele (=KITZ) der Psy-BaDo für Erwachsene wurde empirisch unter der Hypothese erarbeitet, dass es eine endliche Anzahl von ITZ gibt, die man bestimmten Kategorien zuordnen kann (Heuft & Senf 1998a). Das KITZ musste jedoch zunächst in einer langwierigen Arbeit erstellt werden. So wurde das Kategoriensystem fortlaufend anhand von über 3500 abgeschlossenen verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungsepisoden inhaltsanalytisch entwickelt und validiert (Flender 2000). Die Grundlage stellte dabei eine an über 800 Therapiezielen des Heidelberger Katamneseprojektes erprobte Kategorienliste dar (Heuft et al. 1995).

Das Kategoriensystem besteht derzeit aus 5 Hauptkategorien und 130 Einzelkategorien. Es handelt sich um ein offenes Kategoriensystem, welches in der vorliegenden Form nur bedingt Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und bewusst Raum für das Hinzufügen von neuen Kategorien lässt, ohne dass hierdurch die Verschlüsselung der bereits vorliegenden Kategorien in Frage gestellt würde. So können weiterhin dreistellige Ziffern für neue Einzelkategorien „logisch“ hinzugefügt werden.

Nach Heuft & Senf (1998a) hat das Kodiersystem KITZ folgende zentrale Eigenschaften:

- Das Kategoriensystem ist phänomenologisch – nicht theoriegeleitet aufgebaut;
- die 130 Einzelkategorien sind zu 5 Hauptkategorien zusammengefasst;
- die Kategorien sind logisch unterschiedlich (nebeneinander gegenüber hierarchisch) angeordnet, jedoch nicht zwingend distinkt;
- die Kategorien stellen eine „Reduktion von Wirklichkeit“ dar.

Das Kategoriensystem hat unterschiedliche Funktionen, die in verschiedener Hinsicht genutzt werden können: Durch die inhaltsanalytische Zuordnung der ITZ zu den Kategorien können Therapieziele auf kategorialer Ebene zwischen Patienten und Therapeuten verglichen werden. Auch kann das Kategoriensystem beispielsweise dem Therapeuten bei der Formulierung der ITZ für seinen Patienten als Orientierungshilfe dahingehend dienen, dass die Kategorien potentiell veränderbare Problemlagen, Symptome und Konflikte darstellen und somit erfahrungsgemäß Ziel psychotherapeutischer Behandlung sein können. Der Therapeut kann sich auf diese Art und Weise einen Überblick verschaffen und Anhaltspunkte für die ITZ bekommen, die in der Therapie beachtet und bearbeitet werden sollen. Diagnosen und nosologische Einheiten sind nicht als ITZ anzusehen und finden somit auch keinen Platz in den Kategorien.

Die Inhalte der fünf Hauptkategorien umfassen folgende Themen:

- **Hauptkategorie 1:** intrapsychische Probleme und Konflikte
- **Hauptkategorie 2:** interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte
- **Hauptkategorie 3:** körperbezogene Probleme und Symptome
- **Hauptkategorie 4:** Medikamente; stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht
- **Hauptkategorie 5:** sozialmedizinische und Rehabilitationsziele.

Da an dieser Stelle die Abbildung aller den Hauptkategorien zugeordneten Einzelkategorien den Rahmen sprengen würde, soll für jede Hauptkategorie nur jeweils ein Beispiel einer Einzelkategorie genannt werden. Ziel der Therapie kann also die Arbeit an folgenden beispielhaften Problemen und Konflikten sein, wobei zentrale Charakteristika zur näheren Beschreibung der Einzelkategorien dargestellt sind:

Hauptkategorie 1: **103 Ängste** sowohl phobische wie angstneurotische Ängste

Hauptkategorie 2: **206 Einsamkeit und Kontaktstörung** Schaffung von Bezo-
genheit zu anderen Menschen, in Beziehung sein wollen,
Vertrauen/Misstrauen, allgemeine Beziehungsfähigkeit

Hauptkategorie 3: **380 Allgemein: Essstörung** solange nicht näher bekannt

Hauptkategorie 4: **403 Medikamentenabusus** (konflikthafter) Abusus bis zur
manifesten Suchterkrankung

Hauptkategorie 5: **501 Krankheitsbewältigung, Leben mit der Krankheit** so-
wohl chronische organische wie psychische Erkrankungen,
unabhängig vom Schweregrad.

Die erste Ziffer des dreistelligen Codes der Einzelkategorie spiegelt also die Zuordnung zu einer der fünf Hauptkategorien wider.

Jede Hauptkategorie enthält am Ende eine 99er Einzelkategorie (199; 299; 399; 499; 599). ITZ, die zwar im Rahmen der Inhaltsanalyse einer Hauptkategorie zugeordnet werden können, innerhalb der Hauptkategorie jedoch ein „nicht näher bezeichnetes Problemfeld“ darstellen, werden mit dieser Ziffer kategorisiert. Die Kategorie 999 hingegen soll die ITZ aufnehmen, die ein „nicht

näher bezeichnetes Problemfeld“ enthalten, jedoch „keiner der vorhandenen Hauptkategorien zuzuordnen“ sind. Diese Kategorie wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit, auch zur Abgrenzung zu den fünf Hauptkategorien, als Restkategorie 9 bezeichnet.

Die Einzelkategorien sind in der kompletten Fassung im Anhang aufgelistet, sowohl in der Kurzform als auch in der Form, die nähere Beschreibungen zu den einzelnen Kategorien enthält.

Auf die allgemeinen Kodierungsrichtlinien für die Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele soll nun im nächsten Abschnitt näher eingegangen werden.

2.2.2 Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele

Von den in der Fremdstudie erhobenen Daten (n=102) standen für die Auswertung im Rahmen der vorliegenden Arbeit n=100 Daten zur Verfügung. Pro Patient sollten dies eigentlich der vom Patienten ausgefüllte ErgeDoku A-Bogen (Individuelle Therapieziele) und der des zugehörigen Therapeuten sein. Da die übergebenen Daten nicht vollständig waren, waren in dieser Arbeit lediglich 93 Patientenbögen und 96 Therapeutenbögen auswertbar. Bei sieben Patienten lagen also keine ErgeDoku A-Bögen vor, die zugehörigen ErgeDoku A-Bögen der Therapeuten standen jedoch zur Verfügung, wohingegen es zu vier vorliegenden ErgeDoku A-Bögen von Patienten keinen zugehörigen Therapeuten-Bogen gab. Die restlichen 89 Bögen lagen in parallelisierter Patienten- und Therapeutenversion vor.

Die Anwendung des Kategoriensystems Individueller Therapieziele (KITZ) der Psy-BaDo für Erwachsene im Bereich der Psychotherapie bei Jugendlichen wurde anhand von insgesamt 653 Individuellen Therapiezielen (ITZ) untersucht: 264 dieser ITZ waren von den jugendlichen Patienten formuliert worden, 389 von ihren Therapeuten. Im Zuge der Kategorisierung der vorliegenden ITZ von den jugendlichen Patienten und ihren Therapeuten sollte empirisch überprüft werden, inwieweit das KITZ im Jugendbereich ausreicht bzw. verändert werden muss.

Die ITZ der Fremdstudie, die schon einmal klinikintern an der Uniklinik Berlin mit Hilfe des Kategoriensystems der Erwachsenen Psy-BaDo kategorisiert worden waren, wurden nun noch einmal unabhängig von der schon vorliegenden Kategorisierung neu kategorisiert und speziell auf folgende Fragestellungen untersucht: (1.) Reichen die Hauptkategorien aus, um den ITZ von Jugendlichen gerecht zu werden? (2.) Welche Einzelkategorien können im Jugendbereich ohne Veränderung übernommen werden? (3.) Bei welchen Einzelkategorien muss eine jugendadäquate Umformulierung erfolgen? (4.) In welcher Hinsicht besteht Bedarf an neuen Kategorien, die speziell auf die Problembereiche von Jugendlichen ausgerichtet sind?

Für die Inhaltsanalyse der ITZ wurden folgende Regeln festgelegt:

- Jedes definierte Individuelle Therapieziel sollte einer Kategorie zugeordnet werden, wobei die angegebenen Beispiele/Kriterien für die Zielüberwachung des ITZ zur möglichst genauen Kategorienzuordnung beitragen sollten. Dies sei anhand eines Beispiels verdeutlicht. Das Therapieziel eines Therapeuten lautete: „Regulierung des Essverhaltens“ mit den Kriterien „(1) Regelmäßige Essenaufnahme, (2) reduzierte Essanfälle, (3) reduziertes Erbrechen.“ Hier war durch die angegebenen Kriterien die spezifische Zuordnung zur Kategorie 382 (Bulimische Symptomatik) möglich. Ohne Präzisierung in den Kriterien hätte dieses ITZ allgemeiner der Kategorie 380 (Essstörung) zugeordnet werden müssen.
- Wenn jedoch die Beispiele/Kriterien weitere, neue Therapieziele beinhalteten als die, die im eigentlichen ITZ genannt wurden, so sollten diese nicht berücksichtigt und nicht kategorisiert werden. Auch dies sei am Therapieziel eines Therapeuten erläutert: „Identifikation mit der weiblichen Rolle vergrößern“, mit den Kriterien „(1) Erörterung der Themen Sexualität, Menstruation, Schwangerschaft, (2) Erörterung von sexuellen Phantasien.“ Dieses ITZ ist im Rahmen der Inhaltsanalyse der Kategorie 112 (Identität, genauer Geschlechtsidentität) zugeordnet worden. Die unter (1) genannten Kriterien entsprechen dieser

Kategorisierung. Das unter (2) genannte Kriterium ist inhaltlich jedoch der Kategorie 123 (Inneres Erleben von Sexualität) zuzuordnen. Es ist im Rahmen der Inhaltsanalyse aufgrund der zuvor erläuterten Regel aber nicht weiter berücksichtigt worden.

- In dem Fall, dass in ein und demselben Therapieziel zwei inhaltlich verschiedene Therapieziele zusammengefasst worden waren, gab es zwei Vorgehensweisen: Wenn die maximale Anzahl von fünf ITZ von Seiten des Patienten/Therapeuten bereits ausgenutzt worden war, so musste ein inhaltliches Hauptziel kategorisiert werden, gegebenenfalls das erstgenannte dem/den anderen vorgezogen werden. War die Gesamtanzahl von fünf ITZ noch nicht erreicht, so sollten die inhaltlich verschiedenen, formal jedoch zu einem ITZ zusammengefassten Therapieziele „auseinander gezogen“ und jeweils einer eigenen, unterschiedlichen Kategorie zugeordnet werden.
- Wenn Therapieziele mit inhaltlich neuen, noch nicht in Kategorien abgebildeten Problembereichen auftauchten, sollten diese separat gesammelt werden, um nachträglich über das weitere Vorgehen zu entscheiden: Bei mehrmaliger Nennung gleicher Problembereiche sollte dies zur Beschreibung einer neuen Kategorie in dem Kategoriensystem führen. Bei einmaliger oder seltener Nennung sollten diese Therapieziele einer der 99er Kategorien zugeordnet werden.

Außerdem sollte die Zuordnung eines jeden Individuellen Therapiezieles sowohl unter Berücksichtigung der Hauptkategorien als auch der Einzelkategorien erfolgen.

Vor allem bei ITZ, die im Grenzbereich zwischen zwei Kategorien lagen, wurden folgende von Heuft & Senf (1998a) formulierten, allgemeinen Kodierungsrichtlinien der Psy-BaDo beachtet:

- „Quantität: Welche Kategorie bildet möglichst viel der Information ab?“
- Spezifität: Wählen Sie bei verschiedenen möglichen Ebenen der Kategorien die spezifischere.

- Inhaltliche Subsumierbarkeit/Implikation: Wird eine der Kategorien durch die andere eher „mitgedacht“ als umgekehrt?
- Priorität intrapsychischer Themenfelder: Wenn ein Ziel im Grenzbereich zwischen einer intrapsychischen (100) und einer interaktionellen (200) Kategorie liegt, soll die intrapsychische Kategorie kodiert werden.
- Welche Kategorie wurde von dem Patienten/Therapeuten in seinen bisherigen ITZ noch nicht benannt?
- Versuchen Sie, immer die Perspektive des Patienten/Therapeuten einzunehmen: Welche Kategorie würde dieser wählen? Was scheint ihm wichtig zu sein?“

3. Ergebnisse

3.1 Anzahl der Individuellen Therapieziele: Patienten und Therapeuten

Insgesamt wurden 653 Individuelle Therapieziele (ITZ) von Patienten und Therapeuten genannt. Die jugendlichen Patienten definierten 264 ITZ. Die Therapeuten dagegen formulierten 389 ITZ: Das sind 125 mehr als ihre jugendlichen Patienten. In der Abbildung 4 wird die Anzahl der Therapieziele genauer aufgeschlüsselt:

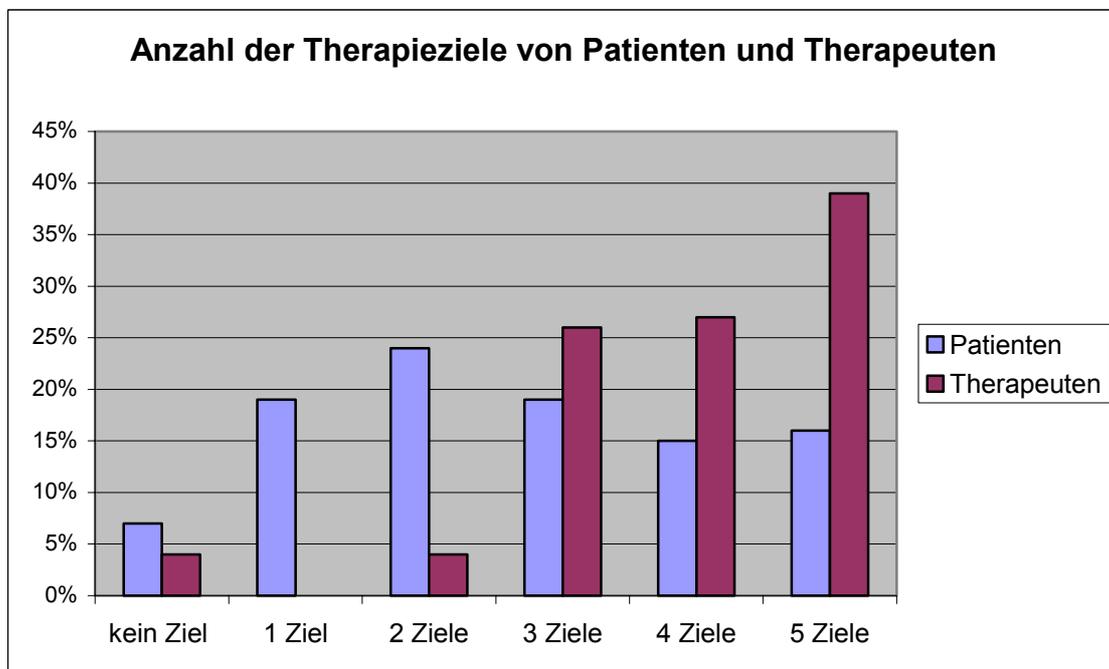


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der je Patient bzw. je Therapeut angegebenen Zahl von Therapiezielen

Unter der Rubrik „kein Ziel“ sind die fehlenden Therapieziele der 7 Patienten und 4 Therapeuten zusammengefasst, die im Rahmen der Datenauswertung nicht vorlagen (7% bei Patienten; 4% bei Therapeuten).

Während die Patienten in ähnlicher Häufigkeit 1 (19%), 2 (24%), 3 (19%), 4 (15%) oder 5 (16%) Ziele nannten, war die Verteilung der Anzahl der Therapieziele bei den Therapeuten wie folgt: Letztere formulierten kein Mal nur 1 Ziel, und die Nennung von 2 Zielen war mit 4% sehr selten. Mit 26% bei 3

Zielen und 27% bei 4 Zielen wurden bereits deutlich mehr Ziele genannt als von den Patienten. Am häufigsten (39%) nutzten die Therapeuten die Möglichkeit, die Höchstzahl von fünf Zielen zu nennen.

Im Durchschnitt formulierten die jugendlichen Patienten 2,64 ITZ, wohingegen die Therapeuten 3,89 ITZ pro Patient als indiziert sahen.

Zu beachten ist, dass bei insgesamt 4 Patienten in einem ITZ zwei kategorisierbare Ziele kombiniert genannt waren. Da die Gesamtzahl der ITZ die Höchstzahl von fünf noch nicht erreicht hatte, wurden bei diesen Patienten aus dem einen ITZ zwei ITZ mit einer jeweils eigenen Kategorisierung gemacht. Ebenso wurde bei 3 Therapeuten verfahren (zur Methodik siehe Abschnitt „2.2.2 Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele“). Zudem wurden von einem Therapeuten in einem ITZ drei kategorisierbare Ziele genannt; diese wurden ebenfalls einzeln gezählt, da auch hier die Höchstzahl von fünf ITZ nicht ausgenutzt worden war.

Von den 264 ITZ der Patienten entfielen 198 auf die weiblichen und 66 auf die männlichen Jugendlichen, das heißt die Mädchen nannten im Durchschnitt mit 2,83 ITZ pro Person mehr Therapieziele als die Jungen mit durchschnittlich 2,2 ITZ pro Person.

3.2 Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele nach Hauptkategorien

Nach Heuft & Senf (1998a) soll die Zuordnung der Individuellen Therapieziele (ITZ) sowohl unter Berücksichtigung der Hauptkategorien als auch der Einzelkategorien erfolgen.

Zunächst soll die Zuordnung der insgesamt 653 ITZ von Patienten und Therapeuten zu den fünf Hauptkategorien und der Restkategorie 9 erläutert werden: Es zeigte sich, dass die 653 ITZ inhaltlich den für die Erwachsenen entwickelten Hauptkategorien weitgehend zugeordnet werden konnten. Nur bei insgesamt 14 ITZ (2,1%) musste bei der Zuordnung auf die Restkategorie 9 ausgewichen werden, weil sie keinem der Problembereiche der fünf Hauptkategorien zugeordnet werden konnten. Dieses Vorgehen entspricht aber

dem bei Erwachsenen vorgesehenen Kodierprozess und stellt somit keine Besonderheit bei Jugendlichen dar.

Die Zuordnung der ITZ zu den fünf Hauptkategorien und der Restkategorie 9 soll im Folgenden getrennt nach Patienten und Therapeuten im Text beschrieben und in zugehörigen Abbildungen veranschaulicht werden.

3.2.1 Patienten

Bei der Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der Individuellen Therapieziele (ITZ) der jugendlichen Patienten auf die verschiedenen Hauptkategorien ergab sich folgende Verteilung (vgl. Abb. 5):

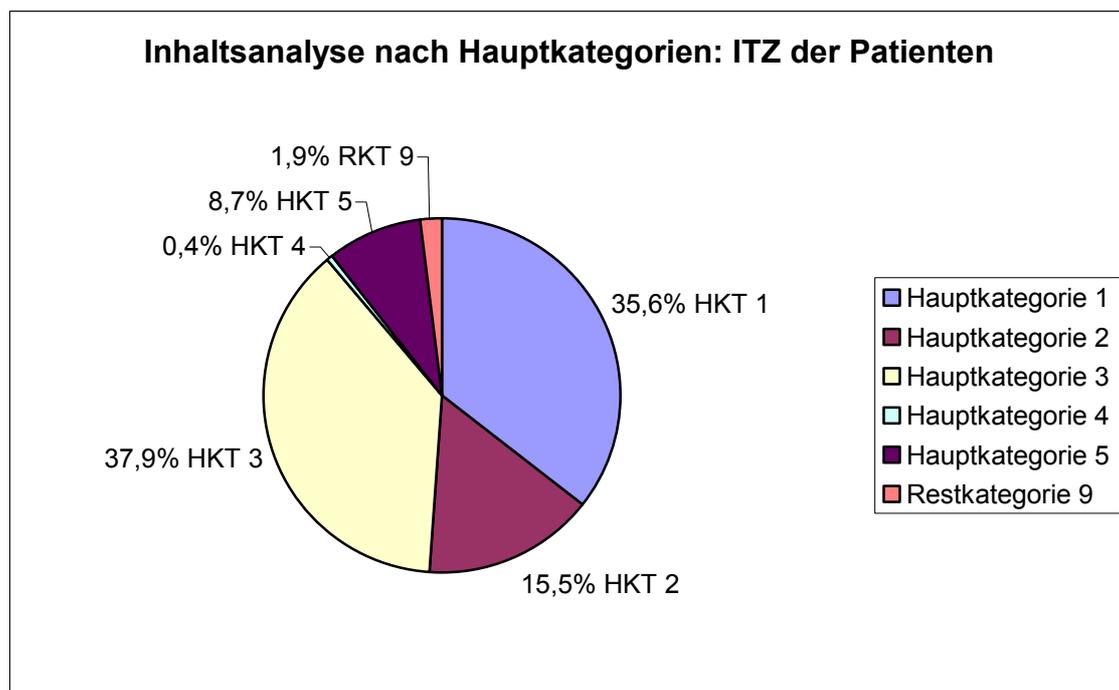


Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der von den Patienten angegebenen ITZ auf die verschiedenen Hauptkategorien (HKT: Hauptkategorie, RKT: Restkategorie)

37,9% der insgesamt 264 ITZ entfielen auf die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*), nur knapp mehr als der Anteil von 35,6% in der Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*). Mit großem Abstand folgte dann erst die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) mit einem Anteil von 15,5% der ITZ,

sowie die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) mit einem Anteil von 8,7%. Sehr schwach vertreten waren die Restkategorie 9 (*keiner der 5 anderen Hauptkategorien zuzuordnen*) mit 1,9% und die Hauptkategorie 4 (*Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) mit 0,4%.

Die jugendlichen Patienten setzten also im Rahmen der von ihnen formulierten Therapieziele einen deutlichen Schwerpunkt auf die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen und Symptomen* sowie *intrapyschischen Problemen und Konflikten*.

Betrachtet man die Verteilung der ITZ der jugendlichen Patienten auf die fünf Hauptkategorien und die Restkategorie 9 nach Geschlechtern getrennt, so werden Unterschiede hinsichtlich des inhaltlichen Schwerpunktes für den Behandlungsauftrag deutlich (vgl. Abb. 6 und Abb. 7).

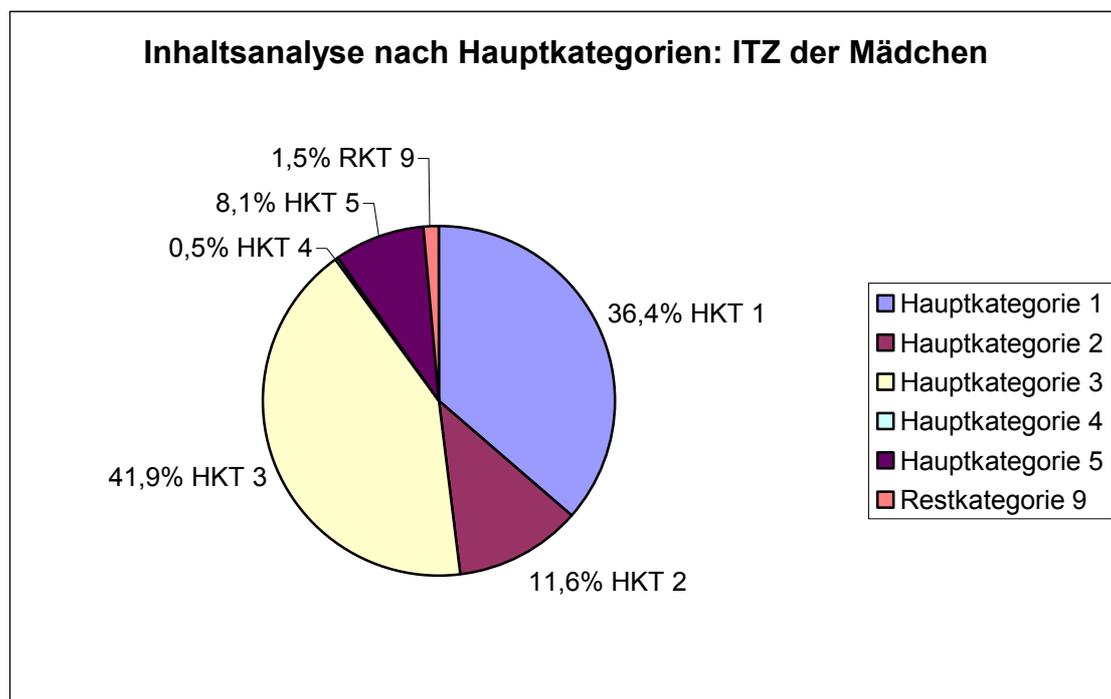


Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der von den weiblichen Patienten angegebenen ITZ auf die verschiedenen Hauptkategorien

Bei den 198 ITZ der Mädchen war die meistgenannte Hauptkategorie die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*) mit einem sehr

hohen Anteil von 41,9%. An zweiter Stelle stand die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*) mit 36,4% der Therapiezielnennungen. Die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) – an dritter Stelle – war mit einem Anteil von 11,6% vertreten, an vierter Stelle die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) mit einem Anteil von 8,1%. Den weitaus geringsten Anteil verzeichneten die Restkategorie 9 (*keiner der 5 anderen Hauptkategorien zuzuordnen*) mit einem Anteil von 1,5% und die Hauptkategorie 4 (*Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) mit einem Anteil von 0,5% an den Therapiezielnennungen. Der Schwerpunkt der Behandlung wurde von den Mädchen damit eindeutig in der Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen/Symptomen* und *intrapsychischen Problemen/Konflikten* gesehen.

Anders sieht dies bei der Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der 66 ITZ der Jungen auf die Hauptkategorien aus (vgl. Abb. 7):

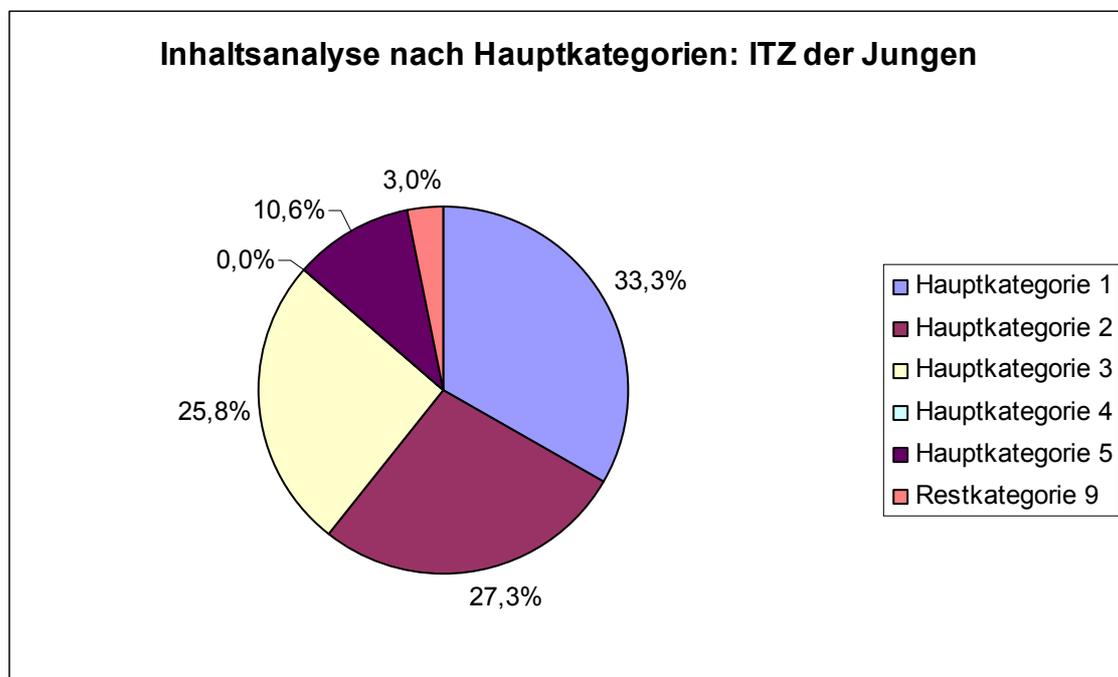


Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der von den männlichen Patienten angegebenen ITZ auf die verschiedenen Hauptkategorien

So zeigte sich, dass bei den Jungen an der Spitze der Therapiezielnennungen die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*) mit einem Anteil von 33,3% stand. An zweiter Stelle lag die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) mit einem Anteil von 27,3%, noch knapp vor der Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*), die mit einem Anteil von 25,8% vertreten war. Auf die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) entfielen 10,6% und auf die Restkategorie 9 (*keiner der vorhandenen Hauptkategorien zuzuordnen*) 3,0% Anteil an den Therapiezielnennungen. Die Hauptkategorie 4 (*Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) war unter den Therapiezielnennungen nicht vertreten. Die männlichen Patienten sahen also die Schwerpunkte ihrer Behandlung etwa gleichwertig in der Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen/Konflikten*, *interaktionellen, psychosozialen Problemen/Konflikten* und *körperbezogenen Problemen/Symptomen*.

Nach Heuft & Senf (1998a) ist das erstgenannte ITZ als das Haupttherapieziel der aktuellen Behandlung anzusehen. Die Verteilung der Haupttherapieziele der Patienten auf die Hauptkategorien sah folgendermaßen aus (vgl. Abb. 8):

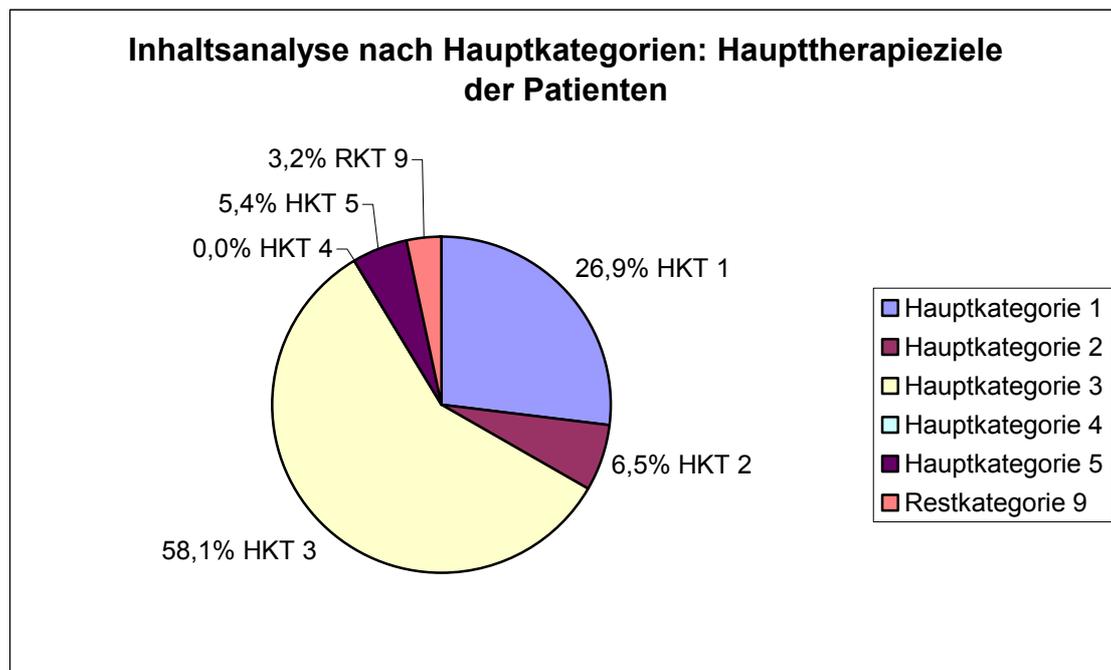


Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der von allen Patienten genannten Haupttherapieziele auf die Hauptkategorien

Insgesamt entfielen 58,1% der 93 Haupttherapieziele auf die Hauptkategorie 3, der Schwerpunkt wurde also sehr eindeutig auf die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen und Symptomen* gelegt. Mit einem Anteil von 26,9% der Haupttherapiezielnennungen, die auf die Hauptkategorie 1 entfielen, lag die Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen und Konflikten* in der Reihenfolge nach Prozenten an zweiter Stelle. An dritter und vierter Stelle lagen ungefähr gleichauf die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) und 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*), auf die jeweils 6,5% bzw. 5,4% entfielen. Das Schlusslicht bildete die Restkategorie 9 (*keiner der vorhandenen Hauptkategorien zuzuordnen*), auf die 3,2% entfielen. Die Hauptkategorie 4 (*Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) war weder bei den weiblichen noch bei den männlichen Jugendlichen als Haupttherapieziel vertreten. Auch hier soll die Aufteilung der Haupttherapieziele auf die Hauptkategorien nach Geschlechtern getrennt betrachtet werden (vgl. Abb. 9 und Abb. 10).

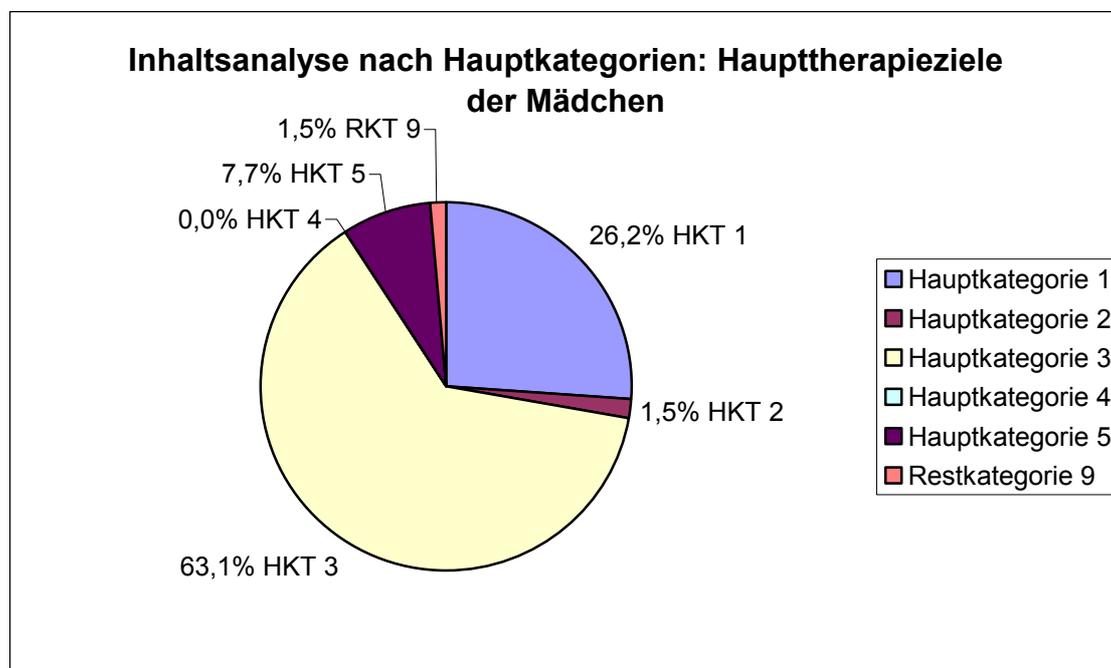


Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der von den weiblichen Patienten genannten Haupttherapieziele auf die Hauptkategorien

Bei den weiblichen Jugendlichen steht die Hauptkategorie 3 mit einem Anteil von 63,1% an erster Stelle, gefolgt von der Hauptkategorie 1 mit 26,2%, der Hauptkategorie 5 mit 7,7% und an letzter Stelle mit gleicher Häufigkeitsverteilung die Hauptkategorie 2 und die Restkategorie 9 mit jeweils 1,5%.

Für die männlichen Jugendlichen ergab sich bei der Häufigkeitsverteilung ihrer Haupttherapieziele auf die verschiedenen Kategorien folgende Reihenfolge (vgl. Abb. 10):

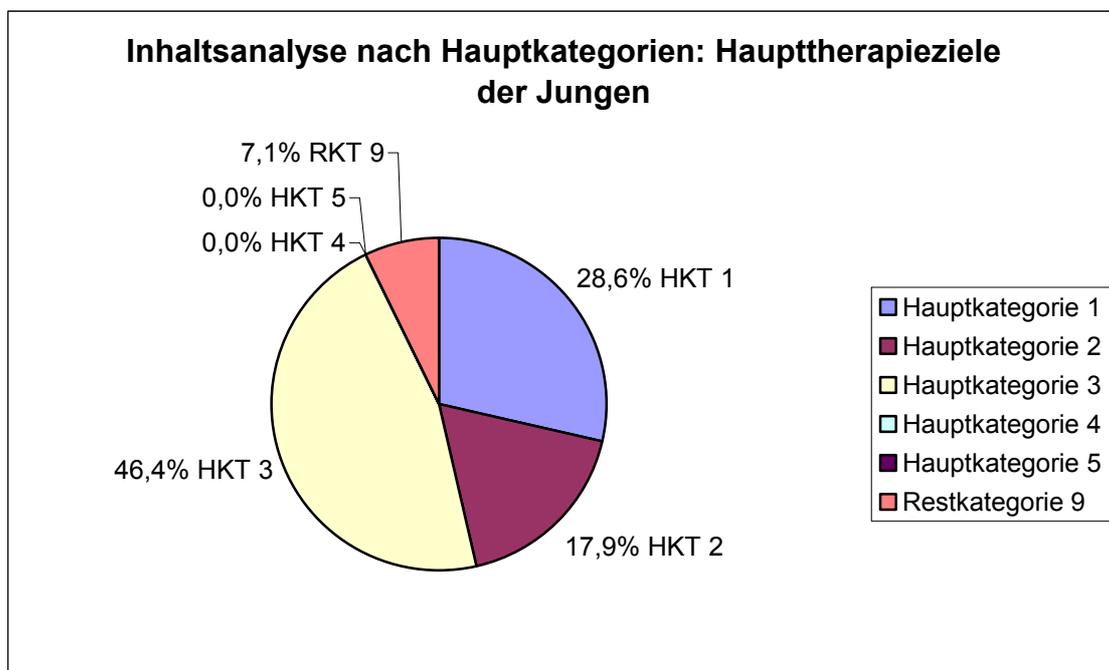


Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der von den männlichen Patienten genannten Haupttherapieziele auf die Hauptkategorien

46,4% entfielen auf die Hauptkategorie 3, 28,6% auf die Hauptkategorie 1, 17,9% auf die Hauptkategorie 2 und 7,1% auf die Restkategorie 9. Weder die Bearbeitung von Problemfeldern aus der Hauptkategorie 4 noch aus der Hauptkategorie 5 wurde von den männlichen Jugendlichen als Haupttherapieziel angesehen.

3.2.2 Therapeuten

Bei der Betrachtung der Zuordnung der Individuellen Therapieziele (ITZ) der Therapeuten zu den fünf Hauptkategorien und der Restkategorie 9 zeigte sich folgende Verteilung (vgl. Abb. 11):

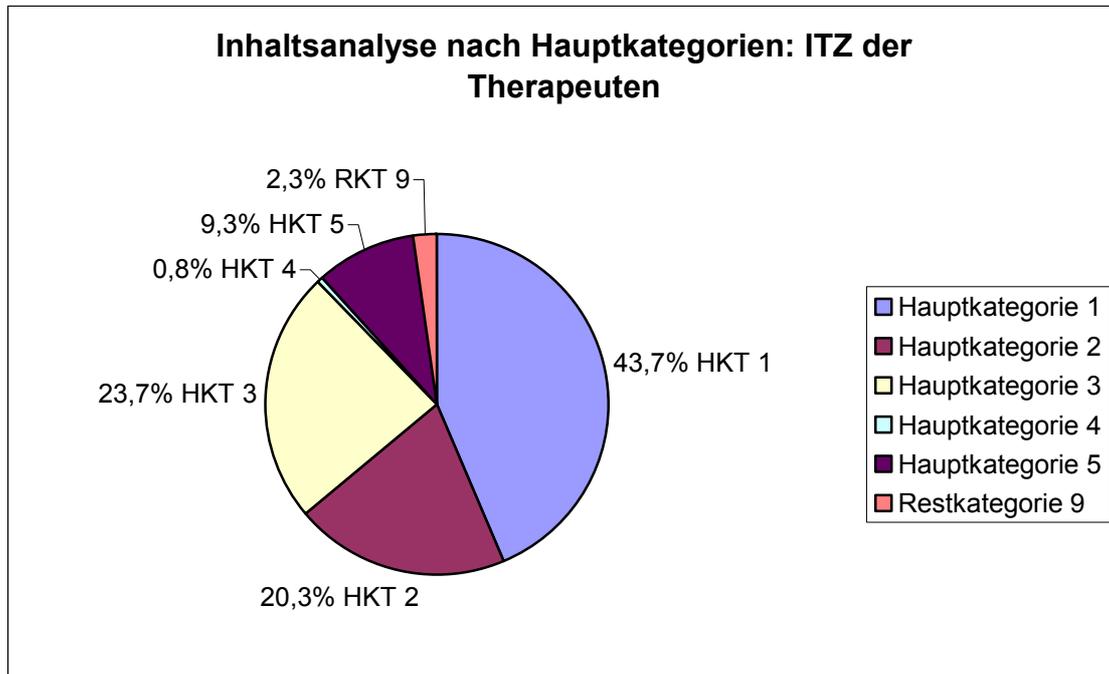


Abbildung 11: Prozentuale Verteilung der von den Therapeuten genannten ITZ auf die verschiedenen Hauptkategorien

43,7% der insgesamt 389 ITZ entfielen auf die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*), 23,7% auf die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*) und 20,3% auf die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*). 9,3% der ITZ entfielen auf die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*), 2,3% auf die Restkategorie 9 (*keiner der 5 anderen Hauptkategorien zuzuordnen*) und nur 0,8% auf die Hauptkategorie 4 (*Medikamente / stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*).

In der Akzentuierung der inhaltlichen Problemfelder, die die Therapeuten mit der Formulierung der ITZ für die jugendlichen Patienten setzten, zeigten sich Unterschiede zu den Zielsetzungen der Jugendlichen: Den Hauptschwerpunkt für den Zeitraum der Behandlung legten die Therapeuten eindeutig auf die

Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen und Konflikten*. Erst danach folgten an zweiter und dritter Stelle mit relativ gleicher Gewichtung die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen und Symptomen* sowie *interaktionellen, psychosozialen Problemen und Konflikten*.

Eine etwas andere Gewichtung für die Bearbeitung der verschiedenen Problembereiche ergibt sich jedoch, wenn man die ITZ, die die Therapeuten für ihre Patientinnen bzw. Patienten formulierten, getrennt betrachtet (vgl. Abb. 12 und Abb. 13).

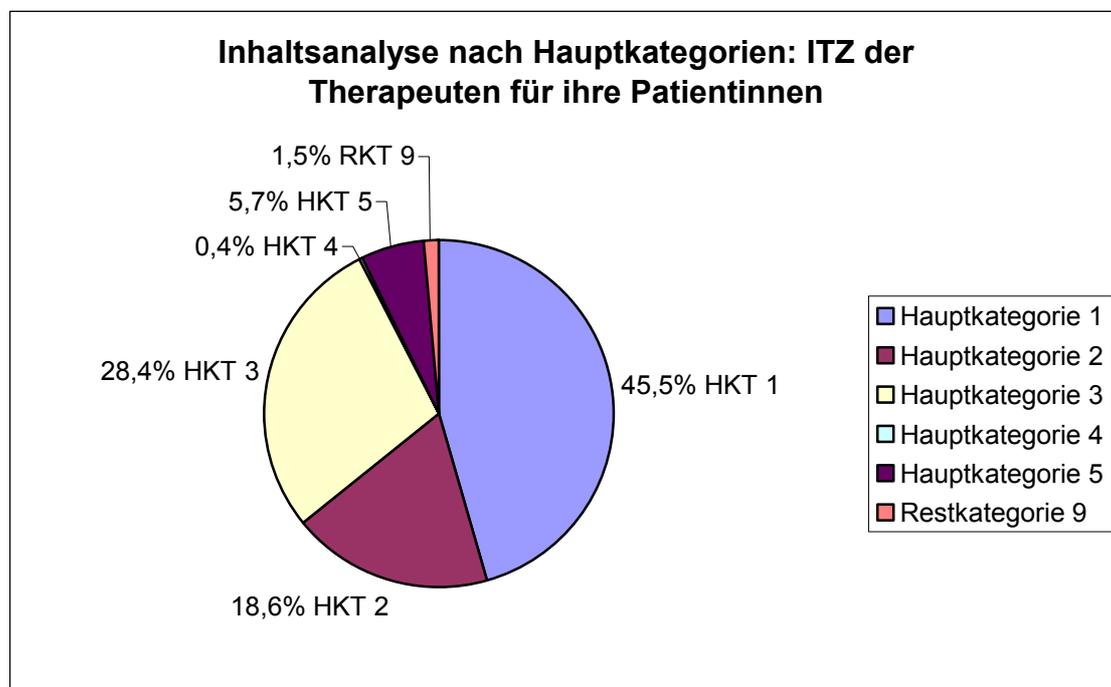


Abbildung 12: Prozentuale Verteilung der von den Therapeuten für die weiblichen Patienten genannten ITZ auf die Hauptkategorien

45,5% der 264 ITZ, die die Therapeuten für ihre weiblichen Patientinnen definierten, entfielen auf die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*), 28,4% auf die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*), 18,6% auf die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*), 5,7% auf die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*), 1,5% auf die Restkategorie 9 (*keiner der 5 anderen Hauptkategorien zuzuordnen*) und nur 0,4% auf die Hauptkategorie 4

(*Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*). Den Schwerpunkt der Behandlung für ihre weiblichen Patienten sahen die Therapeuten somit eindeutig in der Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen*, zweit- und dritrangig war die Bearbeitung von *körperbezogenen* bzw. *interaktionellen Problemen*.

Den Behandlungsauftrag für ihre männlichen Patienten sahen die Therapeuten mit folgenden Häufigkeiten (vgl. Abb. 13):

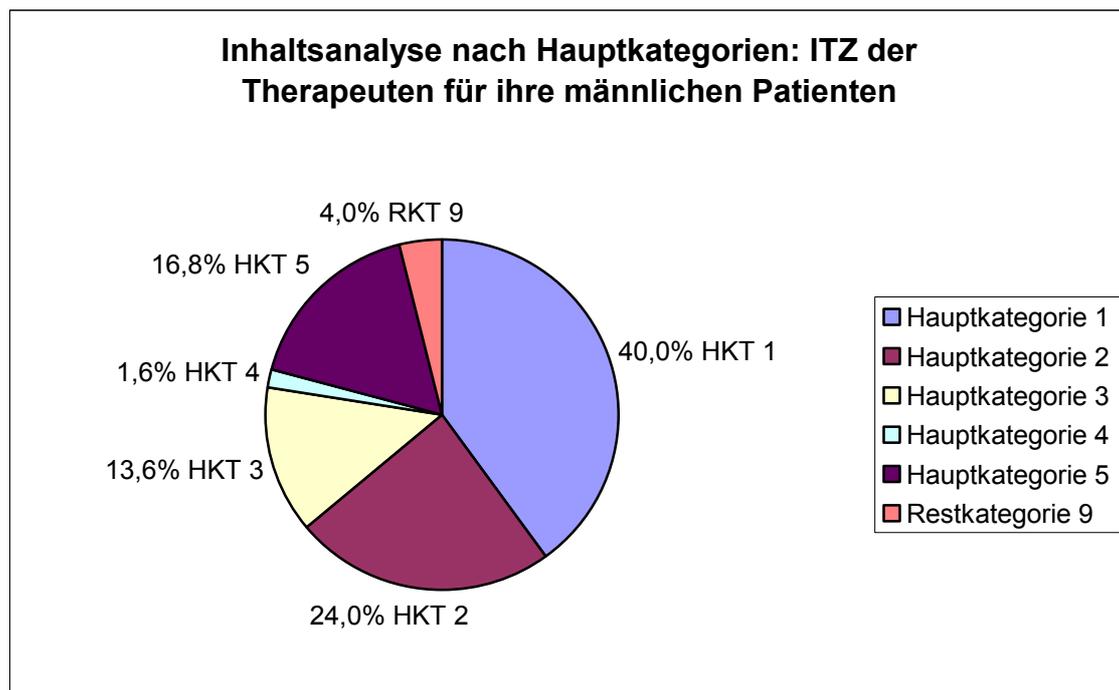


Abbildung 13: Prozentuale Verteilung der von den Therapeuten für die männlichen Patienten genannten ITZ auf die Hauptkategorien

40% der 125 ITZ entfielen auf die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*), 24% auf die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*), 16,8% auf die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*), 13,6% auf die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*), 4% auf die Restkategorie 9 (*keiner der 5 anderen Hauptkategorien zuzuordnen*) und 1,6% auf die Hauptkategorie 4 (*Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*). So sahen die Therapeuten den Schwerpunkt der Behandlung für ihre männlichen Patienten zwar auch eindeutig in der Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen*, an

zweiter Stelle lag jedoch hier die Arbeit an *interaktionellen Problemen* und an dritter Stelle noch vor den *körperbezogenen Problemen* die Bearbeitung von *sozialmedizinischen und Rehabilitationszielen*.

Die Verteilung der 1. Therapieziele und damit der Haupttherapieziele der Therapeuten auf die Hauptkategorien sieht folgendermaßen aus (vgl. Abb. 14):

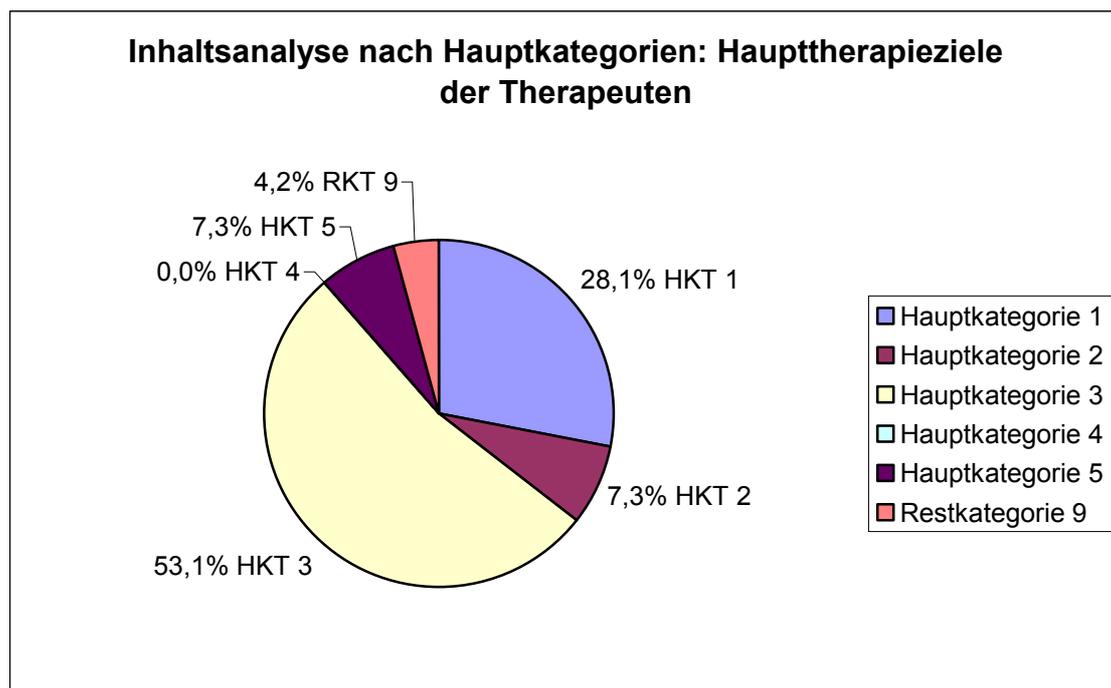


Abbildung 14: Prozentuale Verteilung der von den Therapeuten genannten Haupttherapieziele auf die Hauptkategorien

Gesamt betrachtet entfielen 53,1% der 96 Haupttherapieziele auf die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*), 28,1% auf die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*), jeweils 7,3% auf die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) und 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) und 4,2% auf die Restkategorie 9 (*keiner der 5 anderen Hauptkategorien zuzuordnen*). Die Hauptkategorie 4 (*Medikamente / stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) war unter den Haupttherapiezielen nicht repräsentiert. Die Therapeuten sahen also den Behandlungsschwerpunkt für ihre Patienten in der Bearbeitung

von *körperbezogenen Problemen und Symptomen* und danach erst in der Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen und Konflikten*.

Betrachtet man auch hier noch einmal die Häufigkeitsverteilung der Haupttherapieziele der Therapeuten getrennt für ihre Patientinnen und Patienten, so sieht dies folgendermaßen aus (vgl. Abb. 15 und Abb. 16):

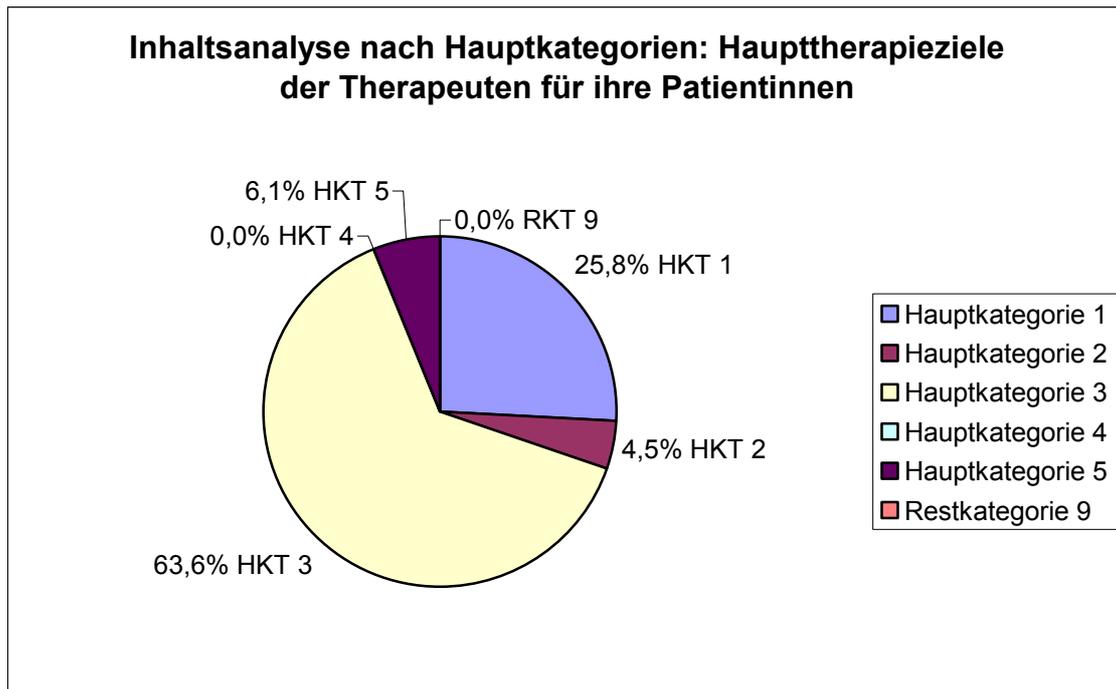


Abbildung 15: Prozentuale Verteilung der von den Therapeuten für ihre weiblichen Patienten genannten Haupttherapieziele auf die Hauptkategorien

63,6% der 66 Haupttherapieziele für die weiblichen Jugendlichen entfielen auf die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*), 25,8% auf die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*), 6,1% auf die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) und 4,5% auf die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*). Die Hauptkategorie 4 und die Restkategorie 9 waren unter den Haupttherapiezielen für die Patientinnen nicht vertreten.

Bei den Haupttherapiezielen der Therapeuten für die männlichen Jugendlichen ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung (vgl. Abb. 16):

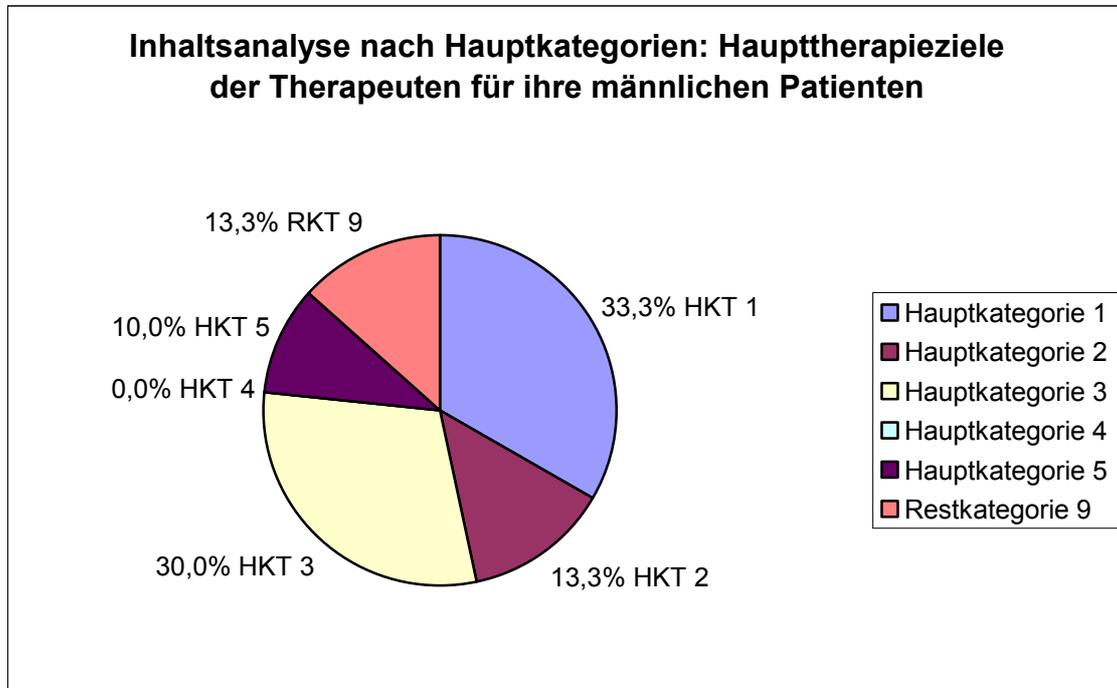


Abbildung 16: Prozentuale Verteilung der von den Therapeuten für ihre männlichen Patienten genannten Haupttherapieziele nach Hauptkategorien

33,3% der Haupttherapieziele der Therapeuten entfielen auf die Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*), 30% auf die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*), jeweils 13,3% auf die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) und 9 (*keiner der 5 anderen Hauptkategorien zuzuordnen*) und 10% auf die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*). Die Hauptkategorie 4 (*Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) war auch hier nicht vertreten.

3.3 Veränderungs- und Neuvorschläge für Einzelkategorien

Die Einzelkategorien des Kategoriensystems der Psy-BaDo für Erwachsene sollten daraufhin untersucht werden, inwieweit sie inhaltlich und in ihrer Formulierung für Jugendliche übernommen werden können, ob bezüglich Inhalt und Formulierung Veränderungsbedarf besteht oder neue Kategorien in das Kategoriensystem aufgenommen werden müssen, um spezifischen Problembereichen in diesem Alter Rechnung zu tragen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden im Folgenden getrennt nach Hauptkategorien beschrieben und die Veränderungen bei der folgenden Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele nach Einzelkategorien (siehe Abschnitt 3.4) genutzt.

3.3.1 Hauptkategorie 1

In der Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*) des Kategoriensystems für Erwachsene sind 38 Einzelkategorien plus die Kategorie 199 (*nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 1*) zusammengefasst. Von diesen insgesamt 39 Einzelkategorien wurden 29 für die Kategorisierung der Individuellen Therapieziele (ITZ) der jugendlichen Patienten und ihrer Therapeuten genutzt. Es ergab sich bei keiner dieser 29 verwendeten Einzelkategorien Veränderungsbedarf bezüglich Inhalt oder Formulierung – sie können also im Jugendbereich übernommen werden. Zu den restlichen 10 Einzelkategorien der Hauptkategorie 1 wurden keine ITZ zugeordnet. 7 dieser Einzelkategorien können ohne Veränderung für den Jugendbereich übernommen werden. Bei 3 nicht benutzten Kategorien bestand jedoch Veränderungsbedarf in der Formulierung bzw. bezüglich des Inhalts. In der Reihenfolge ihrer Kategorisierungsziffer waren dies die Einzelkategorien 122, 124 und 132.

Die Einzelkategorie 122 (*Inneres Erleben der Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder, Enkel (nachfolgende Generation)*) könnte zwar für den nicht seltenen Fall zutreffen, dass Jugendliche bereits eigene Kinder haben, die weitere Aufzählung *Stiefkinder, Adoptivkinder, Enkel* sollte jedoch „guten Gewissens“ gestrichen werden. So lautet ein Vorschlag für die veränderte Kategorie **122** „**Inneres Erleben der eigenen Kinder (nachfolgende Generation)** – das

Innere Erleben von Mitgliedern der eigenen Familie soll im Behandlungsverlauf verändert werden (z.B. Ambivalenzbefähigung; Differenzierung der Objekte usw.)“.

Bei der Kategorie 124 (*Rivalität und Konkurrenz*) besteht zwar kein Veränderungsbedarf in Bezug auf den Inhalt jedoch bezüglich der Beschreibung der Kategorie „in Partnerschaft und Beruf“. Jugendadäquater wäre folgende Formulierung der Kategorie **124 „Rivalität und Konkurrenz** – in Freundschaft, Partnerschaft und Schule (homo- sowie heterosexuelle Rivalität) als vor allem intrapsychisches Problem; cave: (201; 202) Partnerschaftsprobleme; cave: (207) Konfliktfähigkeit in Gruppen; cave: (208) Schulstörung“.

Die Kategorie 132 (*Alternsprozess*) muss inhaltlich verändert werden, da dieser Problembereich bei Jugendlichen so nicht gegeben ist. Jedoch könnte an diese Stelle ein bei Jugendlichen wichtiger Problembereich „die Pubertät“ rücken, da zu den Problemen des „Alternsprozesses“ bei Erwachsenen durchaus Parallelen bestehen. So lautet der Vorschlag für die Kategorie **132 „Pubertäts-/Reifungsprozess, Erwachsen werden/Prozess des Erwachsenwerdens** – intrapsychische Verarbeitung der sozialen wie auch körperlichen Veränderung (Bewusstwerden des eigenen Ichs; Eingliederung in die Gesellschaft der Erwachsenen; Auftreten des Geschlechtstriebes); cave: (112) Geschlechtsidentität; cave: (390) Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz im Allgemeinen“.

Im Rahmen der Auswertung der ITZ wurde außerdem der Bedarf einer neuen Einzelkategorie in der Hauptkategorie 1 deutlich: Inhalt dieser neuen Kategorie soll die *Selbstwahrnehmung/-einschätzung, Selbstreflexion im sozialen Raum* sein. Diese neue Kategorie wird deshalb notwendig, weil andere Einzelkategorien der Hauptkategorie 1 diesen Inhalt nur unzureichend beschreiben oder nur Teilaspekte in einem anderen Kontext aufgreifen, wie z.B. die in der Kategorie 150 genannte *Selbstreflexion*, die sich nur sehr spezifisch auf die Therapiemotivation / Hinwendung zu einer gegebenen Symptomatik bezieht, oder die in der Kategorie 115 genannte Selbstempathie, die wiederum sehr spezifisch auf die Wahrnehmung eigener Gefühle / Wünsche abzielt. So

lautet der Vorschlag für eine neue Kategorie **152 „Selbstwahrnehmung/-einschätzung, Selbstreflexion im sozialen Raum** – Schulung dieser Fähigkeiten, Selbstreflexion der eigenen Position in Familie/Gruppen, Kennenlernen der eigenen Grenzen“. Zum besseren Verständnis soll das Therapieziel eines Therapeuten als Beispiel für diese neue Kategorie angefügt werden, welches im Rahmen der Inhaltsanalyse der 152 zugeordnet worden ist: „Kennenlernen ihrer eigenen Stellung in ihrer Familie“ mit den Kriterien „(1) M. kann erkennen, was sie für eine wichtige Funktion in ihrer Familie hat, (2) M. kann erkennen, dass diese Funktion auch eine schwere Last ist.“

3.3.2 Hauptkategorie 2

Die Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) des Kategoriensystems der Psy-BaDo für Erwachsene besteht aus 14 Einzelkategorien sowie der Kategorie 299 (*nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 2*). Von diesen insgesamt 15 Einzelkategorien wurden 6 für die Kategorisierung der Individuellen Therapieziele (ITZ) von Patienten und Therapeuten in dieser Studie genutzt. Hiervon können 4 Einzelkategorien unverändert für die Kategorisierung der ITZ Jugendlicher übernommen werden. 7 der 8 nicht genutzten Einzelkategorien können ebenfalls unverändert für die Kategorisierung ITZ Jugendlicher verwendet werden. Veränderungsbedarf ergab sich bei folgenden 3 Einzelkategorien:

Die Kategorie 203 (Kinderwunsch, Schwangerschaft) bezieht sich im Erwachsenenbereich sowohl auf die konflikthafte Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsabbruch als auch auf den unerfüllten Kinderwunsch. In einem Kategoriensystem für Jugendliche besteht sicherlich Bedarf an einer Kategorie, die sich inhaltlich mit *Schwangerschaft* beschäftigt, da dies durchaus Thema für Mädchen sein kann, hingegen ist kaum anzunehmen, dass unerfüllter Kinderwunsch in diesem Alter schon eine Konfliktlage darstellt. So lautet der Vorschlag für diese Kategorie in jugendadäquater Umformulierung: Kategorie **203 „Schwangerschaft** – die konflikthafte Schwangerschaft, konflikthafte Erleben eines Schwangerschaftsabbruches“.

Die Kategorie 208 (*Arbeitsstörung, berufliche Probleme, Schwierigkeiten in der Ausbildung*) sollte jugendadäquat verändert werden. Statt von *Arbeitsstörung* oder *beruflichen Problemen* zu sprechen, sollte diese Kategorie mögliche *Lernstörungen* oder *schulische Probleme* beinhalten. *Schwierigkeiten in der Ausbildung* sind bei Jugendlichen ebenfalls ein wichtiges Thema und sollten zusätzlich Platz in der Kategorie finden. Der Vorschlag für eine jugendgerechte Umformulierung lautet damit: Kategorie **208 „Lernstörung, schulische Probleme, Schwierigkeiten in der Schule / Ausbildung** – die Behebung der Lernstörung (z.B. Rechtschreibschwäche) / der Schwierigkeiten in der Schule / Ausbildung steht als Therapieziel im Mittelpunkt, auch Reduzierung von freiwilligen Fehlzeiten („Schule schwänzen“).

Als letzte zu verändernde Kategorie in der Hauptkategorie 2 ist die 215 (*Veränderter Umgang mit familiären Beziehungen*) zu nennen. Um dem besonderen Stellenwert von Familie für Jugendliche gerecht zu werden, stellt sich jedoch die Frage, ob nicht zusätzlich zu einer Kategorienänderung noch eine weitere Kategorie eingefügt werden muss. Deshalb soll zunächst die Situation genauer erklärt werden, um dann die Vorschläge für beide Kategorien vorzustellen. Bei der Auswertung der Daten wurde sehr schnell ersichtlich, dass als ITZ nicht nur ein *veränderter Umgang mit familiären Beziehungen* bezogen auf den Patienten und dessen Verhalten genannt wurde, sondern auch weitere Familienmitglieder (v.a. die Kindseltern, aber auch Stiefeltern/Großeltern etc.) und deren Verhalten Gegenstand von ITZ waren, die eine Forderung nach einer Veränderung in deren Verhalten beinhalteten. Zum besseren Verständnis sei hier das konkrete Therapieziel eines Therapeuten aufgeführt: „Verbesserung der Krankheitseinsicht der Kindsmutter“, mit den Kriterien „(1) Besserung Kindsmutter-Sohn-Verhältnis, (2) Kindsmutter soll erlernen, wie viel Ablehnung sie ihrem Sohn entgegenbringt.“

Nach der Auswertung aller Daten, die sich im weiteren Sinne mit der Veränderung familiärer Beziehungen beschäftigten, erschien es am sinnvollsten, zum einen die Kategorie 215 aus der Erwachsenenversion zu übernehmen, jedoch in der Beschreibung zentrale Charakteristika hinzuzufügen, die verdeutlichen, dass es um einen *veränderten Umgang mit*

familiären Beziehungen aus der Patientenperspektive geht, zum anderen eine neue Kategorie 217 einzufügen, in der die Veränderung familiärer Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient und Erziehungsberechtigten im Mittelpunkt steht. Die Kategorien sollen folgendermaßen bezeichnet werden: Kategorie **215** „**veränderter Umgang des Patienten mit familiären Beziehungen** – im Vordergrund stehen Änderungen im Verhalten des Patienten in Bezug auf familiäre Beziehungen / steht die Initiative für Verhaltensänderung auf Patientenseite“. Dieser Kategorie wurde im Rahmen der Inhaltsanalyse folgendes Therapieziel einer Patientin zugeordnet: „Eine klare Einstellung zu meinem Vater zu haben (Ich weiß nicht, ob ich ihn gar nicht mehr sehen will oder....)“ mit den Beispielen der Patientin: „(1) keinen Kontakt mehr, (2) regelmäßigen Kontakt.“

Kategorie **217** „**Veränderung familiärer Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient / Erziehungsberechtigten** – thematisieren von familiären Konflikten, Suche nach Möglichkeiten der Veränderung in der Kommunikation / im Verhalten und sozialen Miteinander, Förderung von Verständnis auf beiden Seiten“. Das Therapieziel eines Therapeuten als veranschaulichendes Beispiel lautet: „Klarere Grenzstrukturen in der Familie“, mit den Kriterien „(1) D. weiß bei den Beurlaubungen, was von ihm erwartet wird, (2) Kindseltern formulieren ihre Erwartungen und bleiben auch im Verlauf der Behandlung dabei, (3) Kindseltern nehmen positives Verhalten wahr bzw. Abweichungen werden angemessen sanktioniert.“

3.3.3 Hauptkategorie 3

Die Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*) umfasst 48 Einzelkategorien, inklusive der Kategorie 399 (*Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 3*): Hiervon wurden 25 für die Kategorisierung der Individuellen Therapieziele (ITZ) von Patienten und Therapeuten verwendet; die restlichen 23 Kategorien fanden keine Anwendung in der Inhaltsanalyse.

Unter den 25 verwendeten Kategorien gab es keinen Veränderungsbedarf bezüglich des Inhaltes oder der Formulierung; sie können identisch in das Kategoriensystem bei Jugendlichen übernommen werden.

Bei 4 der 23 nicht verwendeten Kategorien ergab sich folgender Veränderungsbedarf: Nur unwesentlich müsste die Kategorie 341 (*Funktionelle Symptome im Zahn-Mund-Bereich*) verändert werden, in deren Beschreibung neben der Ausführung „insbesondere Symptombildungen aus dem zahnärztlichen Fachgebiet“ das Beispiel „Probleme mit Gebissprothesen“ auftaucht. Letztere können auch schon bei Jugendlichen insbesondere nach Verletzungen, die das Tragen einer Gebissprothese erfordern, einen möglichen Problembereich darstellen, weshalb das Beispiel weiterhin aufgeführt werden sollte. Zusätzlich wird jedoch vorgeschlagen, die Beschreibung dieser Kategorie im Jugendbereich durch ein weiteres Beispiel zu ergänzen, nämlich „Probleme mit Zahnstellungskorrekturen“.

Ebenfalls nur in geringfügiger Weise müsste die Kategorie **345** (*Funktionelle Unterleibsbeschwerden beim Mann*) in „**Funktionelle Unterleibsbeschwerden beim Jungen**“ und die Kategorie **346** (*Funktionelle Unterleibsbeschwerden bei der Frau*) in „**Funktionelle Unterleibsbeschwerden beim Mädchen**“ umgeändert werden. Die Kategorie 347 (*Fertilitätsproblematik – beide Geschlechter*) erscheint zunächst als ein bei Jugendlichen nicht vorhandener Konfliktbereich. Jedoch kann Infertilität auch schon bei Jugendlichen im Rahmen bestimmter Krankheitsbilder wie z.B. dem bilateralen Kryptorchismus, dem Klinefelter-Syndrom oder nach Bestrahlungstherapien im Kindesalter zu einem inneren Konflikt führen und somit durchaus Therapieziel einer Psychotherapie sein. Deshalb lautet der Vorschlag für eine jugendadäquate Umformulierung: Kategorie **347** „**Fertilitätsproblematik im Rahmen spezieller Krankheitsbilder** – wie z.B. dem bilateralen Kryptorchismus, dem Klinefelter-Syndrom oder nach Bestrahlungstherapien im Kindesalter.“

3.3.4 Hauptkategorie 4

Die Hauptkategorie 4 (*Medikamente / stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) besteht aus 12 Einzelkategorien inklusive der Kategorie 499 (*Nicht*

näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 4). Hiervon wurden 4 Einzelkategorien im Rahmen der Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele (ITZ) eingesetzt; die restlichen 8 fanden keine Verwendung. In dieser Hauptkategorie besteht noch weniger Veränderungsbedarf als schon in der vorangegangenen Hauptkategorie 3. In der verwendeten Kategorie 401 (*Coping notwendiger Medikamente, z.B. Diabeteseinstellung*) sollte die Beispielangabe „hier auch Durchführung einer prophylaktischen Medikation (z.B. Marcumar)“ angepasst werden. Eine Marcumar-Prophylaxe ist nämlich im jugendlichen Alter ein sehr seltenes Ereignis, so dass die Erwähnung eines anderen Beispiels vorgeschlagen wird. So sollte die Beschreibung der Kategorie 401 folgendermaßen geändert werden: „hier auch Durchführung einer Rezidivprophylaxe (z.B. Epilepsiemedikation).“ Hingegen erscheint die Nennung der *Diabeteseinstellung* auch bei Jugendlichen ein gutes Beispiel für das *Coping notwendiger Medikamente*, da gerade in diesem Alter die Akzeptanz einer konsequenten Diabetesmedikation nicht immer selbstverständlich ist.

3.3.5 Hauptkategorie 5

Die Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) besteht aus insgesamt 15 Einzelkategorien. Bei der Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele (ITZ) wurden 9 Einzelkategorien zugeordnet, die anderen 6 konnten nicht verwendet werden.

Veränderungsbedarf stellte sich bei insgesamt 5 Einzelkategorien heraus, wobei unter diesen nur eine im Rahmen der Inhaltsanalyse nicht benutzt worden war.

Eine der zu ändernden Kategorien ist die Kategorie 504 (*Klärung der sozialmedizinischen Situation zusammen mit dem Patienten*). Sie steht im Kategoriensystem für die Erwachsenen im engen inhaltlichen Zusammenhang mit der Kategorie 509 (*Befähigung zur selbstständigen Organisation sozialer Hilfen*). Der wichtige Unterschied besteht darin, dass die Kategorie 504 zunächst die Klärung der Situation umfasst, d.h. den Versuch die Auswirkung von Krankheit / Invalidität auf die soziale Stellung des Patienten zu klären, die

Kategorie 509 jedoch den nächsten logischen Schritt aufnimmt, und zwar den Patienten soweit zu fördern, dass dieser in der Lage ist, sich selbstständig *soziale Unterstützungsmöglichkeiten* zu organisieren. Bei Jugendlichen muss der Tatbestand berücksichtigt werden, dass die Erziehungsberechtigten eine wichtige Rolle bei der *Klärung der sozialmedizinischen Situation* des Patienten spielen und deswegen auch in einer jugendadaptierten Umformulierung dieser Kategorien genannt werden sollten. Da die Befähigung zur *selbstständigen Organisation sozialer Hilfen* bei Jugendlichen kein eigenes Therapieziel darstellen kann, wird vorgeschlagen, diese Kategorie 509 in einem jugendgerechten Kategoriensystem wegfällen zu lassen. Im gleichem Zuge müsste aber die Kategorie 504 folgendermaßen jugendadaptiert erweitert werden: **Kategorie 504 „Klärung und Organisation der sozialmedizinischen Situation unter Einbeziehung des Patienten und der Erziehungsberechtigten** – z.B. Entscheidung über Jugendhilfemaßnahmen (auch Suchtkrankenfürsorge, Familiengerechte Hilfe, Jugendpflege....)“.

Eine weitere veränderungsbedürftige Einzelkategorie ist die Kategorie 505 (*Motivierung zu, Planung und Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen*). Hier, wie auch schon bei der Kategorie 208, sollte der Schwerpunkt statt auf den beruflichen auf den schulischen Aspekt gesetzt werden, wobei die berufliche Komponente nicht ganz wegfällen sollte. Ein Vorschlag ist: **Kategorie 505 „Motivierung zu, Planung und Einleitung von schulfördernden Maßnahmen** – u.a. Entwicklung einer schulischen Perspektive, Anvisieren eines Schulwechsels (Wechsel des Schultyps), auch Entwicklung einer beruflichen Perspektive wie z.B. Motivierung zur Suche einer Ausbildungsstätte“.

Die Kategorie 508 (*Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit*) müsste um einen jugendspezifischen Problembereich erweitert werden. So tauchte bei der Auswertung der Individuellen Therapieziele immer wieder der Wunsch nach Wiedergewinnung der Schulfähigkeit sowohl auf Patienten- als auch auf Therapeutenseite auf. Dieser bei Jugendlichen so wichtige Aspekt sollte im Sinne von *Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit* in die Kategorie 508 aufgenommen werden. So soll letztere dann lauten:

Kategorie **508 „Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit (Schulfähigkeit)** – im Sinne von Training, nicht von Gesundung; z.B. über die erfolgreiche Teilnahme an ergotherapeutischen Behandlungselementen oder Belastungserprobung – auch außerhalb der Klinik bei stationärer Behandlung; Wunsch, wieder die Schule besuchen zu können / Reintegration in die Schule; cave: (391) gesund werden; cave: (396) fit werden“.

Die letzte veränderungsbedürftige Kategorie in der Hauptkategorie 5 ist die 512 (*Klärung bzw. Organisation der Wohnsituation*): Diese sollte den Besonderheiten der Wohnunterbringung von Minderjährigen Rechnung tragen. Der Vorschlag lautet: Kategorie **512 „Klärung bzw. Organisation der Wohnsituation / Fremdunterbringung** – Klärung der Frage, ob und bei welchem Familienmitglied (z.B. Kindsmutter, Kindsvater, Großeltern) die Unterbringung stattfinden kann; Unterbringung in besonderen Erziehungseinrichtungen (z.B. Heim, Internat); Umzug in eine Wohngemeinschaft“.

Neben den zu verändernden Kategorien stellte sich im Rahmen der Auswertung der Daten der Bedarf einer zusätzlichen Kategorie innerhalb der Hauptkategorie 5 heraus: So war häufiger die Planung bzw. Organisation der weiteren Behandlung Inhalt der Therapieziele. Dies könnte in einer neuen Kategorie berücksichtigt werden: Kategorie **515 „Klärung der somatischen / psychotherapeutischen Weiterbehandlung** – Organisation therapeutischer Maßnahmen im Anschluss an die laufende Behandlung; Planung einer ambulanten Weiterbehandlung“. Als Beispiel sei folgendes Therapieziel eines Therapeuten aus der Inhaltsanalyse der ITZ genannt: „langfristige ambulante therapeutische Anbindung anbahnen.“

3.3.6 Restkategorie 9

Die Restkategorie 9 besteht im Kategoriensystem der Psy-BaDo für Erwachsene nur aus der Einzelkategorie 999 (*Nicht näher bezeichnetes Problemfeld, keiner der vorhandenen Hauptkategorien zuzuordnen*), der alle die Individuellen Therapieziele (ITZ) zugeordnet werden, die bei der Inhaltsanalyse weder einer Einzelkategorie noch einer Hauptkategorie zugeschlagen werden

können. Dies kann auch aufgrund von formalen Fehlern bei der Benutzung der ErgeDoku A-Bögen der Fall sein, wenn z.B. gar kein Therapieziel formuliert wurde, sondern nur Beispiele / Kriterien aufgeschrieben wurden.

Die ITZ werden erst nach dem Schritt der Diagnostik und nach Abschluss eines Behandlungsbündnisses definiert. Dies erscheint logisch, da eine adäquate Therapie nur bei Kenntnis der genauen Diagnose bzw. Problemlage durchgeführt werden kann. Dennoch ist die Diagnosefindung ein dynamischer Prozess, der zu Behandlungsbeginn nicht immer vollkommen abgeschlossen ist, sondern sich im weiteren Therapieverlauf immer weiter validiert. Deswegen ist es verständlich, dass Diagnostik auch in den ITZ zum Thema gemacht werden sollte. Dadurch wird der Bedarf einer neuen Kategorie zur Diskussion gestellt, der die Diagnostik im Allgemeinen mitaufnimmt. Denn die Kategorie 301 (*Klärung des organischen Befundes*) bezieht sich nur sehr spezifisch auf körperbezogene Probleme und Symptome und lässt keinen Raum für das weite Feld der psychischen Störungen im Jugendalter. Da solch eine neue Kategorie nicht im eigentlichen Sinne einer der fünf Hauptkategorien zugeordnet werden kann, wird deshalb der Vorschlag gemacht, eine weitere Einzelkategorie der Restkategorie 9 hinzuzufügen: Kategorie **901** „**Diagnostik** – Diagnosefindung, Klarheit über Diagnose erlangen“. Das Beispiel eines ITZ eines Therapeuten soll dies verdeutlichen: „Klärung des Therapieauftrages hinsichtlich möglicher Posttraumatischer Belastungsstörung“, mit den Kriterien: „(1) Klärung der aktuellen Bedeutung der Gewalterfahrungen für sein Leben derzeit, (2) Klärung eventueller posttraumatischer Symptome.“

Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass Therapieziele dieser Kategorie „Diagnostik“ für sich alleine keinen langfristigen, stationären Aufenthalt rechtfertigen können.

3.4 Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele nach Einzelkategorien

3.4.1 Patienten

Betrachtet wurde bis jetzt nur die Häufigkeitsverteilung der Individuellen Therapieziele (ITZ) auf die Hauptkategorien. Jede Hauptkategorie besteht jedoch aus endlich vielen Einzelkategorien. Deshalb soll nun analysiert werden, in welcher Häufigkeit bestimmte Einzelkategorien – unter Berücksichtigung der in Abschnitt 3.3 beschriebenen Veränderungs- und Neuvorschläge – innerhalb der jeweiligen Hauptkategorien genannt wurden. Aufgrund der sonst zu kleinen Fallzahlen wurden die weiblichen und männlichen Jugendlichen hier nicht getrennt, sondern nur als Gesamt betrachtet. Die Prozentangaben beziehen sich also auf die Gesamtzahl von 264 ITZ der jugendlichen Patienten.

Die drei am häufigsten genannten Einzelkategorien in der Hauptkategorie 1 (*intrapsychische Probleme und Konflikte*) waren die Kategorie 111 (Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit) mit einem Anteil von 5,3% und die Kategorien 103 (Ängste) und 116 (allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen / affektive Selbststeuerung) mit einem Anteil von jeweils 3,8%.

In der Hauptkategorie 2 (*interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) entfiel der größte Anteil mit 4,2% auf die Kategorie 217 (Veränderung familiärer Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient / Erziehungsberechtigten). An zweiter Stelle stand mit einem Anteil von 3,4% die Kategorie 206 (Einsamkeit und Kontaktstörung). Die Kategorien 208 (Lernstörung, schulische Probleme, Schwierigkeiten in der Schule / Ausbildung) und 215 (veränderter Umgang des Patienten mit familiären Beziehungen) standen mit einem Anteil von jeweils 2,7% an dritter Stelle.

Die mit Abstand am häufigsten genannte Einzelkategorie in der Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*) war die Kategorie 380 (allgemein: Essstörung, solange nicht näher bekannt) mit 11,7%, gefolgt von der Kategorie 390 (allgemein: Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz) mit 6,1%. Die dritthäufigst genannte Einzelkategorie war die im Rahmen von Essstörungen spezifischere 381 (Anorektische Symptomatik) mit 3,0%.

Da auf die Hauptkategorie 4 (*körperbezogene Probleme und Symptome*) insgesamt nur eine Nennung entfiel, erübrigt sich hier die weitere Analyse.

In der Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) entfielen 4,2% auf die am meisten genannte Einzelkategorie 508 (Sicherung und Wiedergewinnung von Leistungsfähigkeit / Schulfähigkeit), und nur 1,5% auf die Kategorie 501 (Krankheitsbewältigung, Leben mit der Krankheit) bzw. 1,1% auf die Kategorie 507 (Sicherung und Wiedergewinnung der sozialen Integration), die damit an zweiter bzw. dritter Stelle lagen.

Die Restkategorie 9 beinhaltet nur zwei Einzelkategorien: Auf die 901 (Diagnostik) entfiel genau ein ITZ, was einem Anteil von 0,4% an der Gesamtzahl der ITZ entspricht. Der Kategorie 999 (Nicht näher bezeichnetes Problemfeld, keiner der 5 Hauptkategorien zuzuordnen) wurden 1,5% der ITZ zugeordnet.

Betrachtet man die Einzelkategorien unabhängig von den Hauptkategorien, so ergab sich für die meistgenannten Einzelkategorien folgende Reihenfolge (vgl. Tab. 1, S. 51): Die am häufigsten genannte Kategorie war die 380 (Allgemein: Essstörung) mit 11,7%, gefolgt von der Kategorie 390 (Allgemein: Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz) mit 6,0%. An dritter Stelle lag die Kategorie 111 (Selbstsicherheit / Selbstwirksamkeit) mit 5,3%. Jeweils 4,2% entfielen auf die Kategorie 508 (Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit / Schulfähigkeit) und 217 (Veränderung familiärer Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient / Erziehungsberechtigten), die damit an vierter Stelle lagen.

3.4.2 Therapeuten

Wie bereits für die ITZ der jugendlichen Patienten, soll nun untersucht werden, ob in den einzelnen Hauptkategorien bestimmte Einzelkategorien gehäuft von den Therapeuten als ITZ genannt wurden. Auch hier wurden aufgrund der sonst zu kleinen Fallzahlen die ITZ der Therapeuten für die weiblichen und männlichen Patienten zusammen betrachtet. Die Prozentangaben beziehen sich hierbei auf die Gesamtzahl von 389 ITZ der Therapeuten.

Die drei meistgenannten Einzelkategorien in der Hauptkategorie 1 waren die Kategorie 101 (*Abhängigkeit und Loslösung*) mit einem Anteil von 6,9%, die Kategorie 116 (*Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen / affektive Selbststeuerung*) mit 4,1% und die Kategorie 110 (*Selbstwernerleben und Kränkungen*) mit 3,9%.

In der Hauptkategorie 2 ist die Kategorie 217 (*Veränderung familiärer Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient / Erziehungsberechtigten*) mit 6,9% die häufigst genannte Einzelkategorie, gefolgt von der Kategorie 206 (*Einsamkeit und Kontaktstörung*) und der Kategorie 214 (*soziale Kompetenz*) mit jeweils 3,9%.

Die meistgenannte Einzelkategorie der Hauptkategorie 3 ist die Kategorie 380 (*allgemein: Essstörung, solange nicht näher bekannt*) mit 5,4 %, an zweiter und dritter Stelle stehen die in Bezug auf Essstörungen spezifischeren Kategorien 382 (*Bulimische Symptomatik*) mit 3,1% und 381 (*Anorektische Symptomatik*) mit 2,8%.

In der Hauptkategorie 4 entfällt aufgrund der niedrigen Fallzahl von 3 ITZ die Häufigkeitsanalyse.

Die drei häufigstgenannten Einzelkategorien der Hauptkategorie 5 sind die 505 (*Motivierung zu, Planung und Einleitung von schulfördernden Maßnahmen*), die 508 (*Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit/Schulfähigkeit*) und die 512 (*Klärung bzw. Organisation der Wohnsituation / Fremdunterbringung*) mit jeweils 1,5%.

In der Restkategorie 9 entfielen 1,5% auf die Kategorie 901 (Diagnostik) und 0,8% auf die 999 (Nicht näher bezeichnetes Problemfeld, keiner der 5 Hauptkategorien zuzuordnen).

Die Reihenfolge der meistgenannten Einzelkategorien unabhängig von den Hauptkategorien im Rahmen der Inhaltsanalyse der ITZ der Therapeuten war somit folgende (vgl. Tab. 1, S. 51): Die beiden am häufigsten genannten Einzelkategorien waren die 101 (*Abhängigkeit und Loslösung*) und die 217 (*Veränderung familiärer Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient / Erziehungsberechtigten*) mit jeweils 6,9%. An zweiter Stelle lag die Kategorie

380 (*Allgemein: Essstörung*) mit 5,4%, an dritter Stelle die Kategorie 116 (*Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen / affektive Selbststeuerung*) mit 4,1%. Mit jeweils 3,9% waren die Kategorien 110 (*Selbstwernerleben und Kränkungen*), 206 (*Einsamkeit und Kontaktstörung*) und 214 (*Soziale Kompetenz*) vertreten, die damit im Ranking an vierter Stelle lagen.

Patienten	Therapeuten
380: allgemein Essstörung - 11,7%	101: Abhängigkeit/Loslösung - 6,9% 217: Veränderung familiärer Beziehung in gemeinsamer Arbeit - 6,9%
390: Körperwahrnehmung - 6,0%	380: allgemein Essstörung - 5,4%
111: Selbstwirksamkeit - 5,3%	116: Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen / Selbststeuerung - 4,1%
508: Schulfähigkeit - 4,2% 217: Veränderung familiärer Beziehung in gemeinsamer Arbeit - 4,2%	110: Selbstwernerleben - 3,9% 206: Einsamkeit/Kontaktstörung 3,9% 214: soziale Kompetenz - 3,9%

Tabelle 1: Prozentuale Häufigkeit der jeweils von Patienten und Therapeuten meistgenannten Einzelkategorien

4. Diskussion

Der besseren Übersicht halber soll noch einmal auf die Entstehung der Psy-BaDo-KJ eingegangen und herausgestellt werden, an welcher Stelle sich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in der Entwicklung des neuen Evaluationsinstruments in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einfügen lassen. In einer ersten Praktikabilitätsstudie an der Charité in Berlin wurde in den Jahren 1997-2002 untersucht, ob die Psy-BaDo, die sich als Evaluationsinstrument im Erwachsenenbereich erfolgreich etabliert hat, auch bei Kindern und Jugendlichen zur Qualitätssicherung im klinischen Alltag eingesetzt werden kann (Wiegard 2003; Winter et al. 2005).

Es zeigte sich, dass die Psy-BaDo in ihrer Grundstruktur eine geeignete Basis zur Entwicklung eines neuen Evaluationsinstrumentes darstellt. Dem gesehenen Veränderungsbedarf wurde in einer kinder- und jugendadäquaten Modifizierung der Psy-BaDo Rechnung getragen. So entstand die Psychotherapie-Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Psy-BaDo-KJ) (Winter et al. 2005): Die wesentliche Ergänzung stellt dabei die Einführung von ErgebnisDokumentationsbögen (ErgeDoku A-Bögen, ErgeDoku B1 / B2-Bögen) für die Eltern dar, die so aktiv in die Therapie miteinbezogen werden sollen. In der Psy-BaDo für Erwachsene liegen die ErgeDoku-Bögen nur in parallelisierter Patienten- und Therapeutenversion vor. Außerdem wurden die ErgeDoku-Bögen der Psy-BaDo jugendgerecht umformuliert: So ist bei jugendlichen Patienten auf den ErgeDoku A-Bögen (Individuelle Therapieziele) nur noch die Nennung eines Beispiels vorgesehen, an dem das Erreichen des Therapieziels beurteilt werden soll. Dies wurde auch in der Therapeutenversion der ErgeDoku A-Bögen geändert. Zudem fällt die Einschätzung der Therapiemotivation des Patienten seitens des Therapeuten zu Behandlungsbeginn weg. Die Ratingskala zur Beurteilung der ITZ bei Therapieende ist nicht geändert worden. Und, wie schon erwähnt, werden auch die Eltern gebeten, die aus ihrer Sichtweise wichtig erscheinenden Therapieziele für die Behandlung des Kindes zu formulieren.

Auch die ErgeDoku B-Bögen sind in der Weise verändert worden, dass die Items zu den verschiedenen Problembereichen jugendadäquat umformuliert worden sind.

Die neugestalteten Bögen der Psy-BaDo-KJ kamen im Rahmen einer weiteren Studie in den Jahren 2002-2003 an derselben Berliner Klinik zum ersten Mal zum Einsatz. Die Ergebnisse sind mittlerweile veröffentlicht (Winter et al. 2005). An dieser Stelle sei angemerkt, dass es sich in beiden Studien um eine selektive Stichprobe handelt, da jeweils ein hoher Anteil der Diagnosen nach ICD-10 zum Formenkreis der Essstörungen gehörte (Wiegard 2003; Winter et al. 2005). Dies ist durch die Spezialisierung der Jugendlichenstation der Berliner Klinik auf Patienten mit Essstörungen erklärbar.

In beiden Studien wurde eine Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele vorgenommen, um sie inhaltlich bestimmten Kategorien zuordnen zu können. Hierfür wurde das Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ) der Psy-BaDo benutzt.

Gegenstand dieser Arbeit war es nun, zu analysieren, inwieweit auch dieses Kategoriensystem jugendadäquat modifiziert werden müsste, um die Anwendung im Kinder- und Jugendbereich zu optimieren. Im Rahmen dieser Fragestellung wurden die Individuellen Therapieziele der ersten Praktikabilitätsstudie (Wiegard 2003) erneut einer Inhaltsanalyse unterzogen. Die Ergebnisse sollen im Folgenden diskutiert werden.

4.1 Anzahl der Individuellen Therapieziele

Die jugendlichen Patienten formulierten im Durchschnitt 2,64 Individuelle Therapieziele (ITZ), damit deutlich weniger als ihre Therapeuten, die im Durchschnitt 3,89 ITZ definierten.

Die durchschnittliche Anzahl der Therapieziele ist vergleichbar mit den Ergebnissen der zweiten Studie an der Berliner Klinik, in der die Psy-BaDo-KJ erstmalig im klinischen Alltag eingesetzt wurde (Winter et al. 2005): Die jugendlichen Patienten formulierten im Durchschnitt 2,7 ITZ, auch hier wieder weniger als ihre Therapeuten, die im Durchschnitt 3,7 ITZ nannten.

Zu Psy-BaDo-Studien im Erwachsenenbereich bestehen damit deutliche Unterschiede (Heuft et al. 1995; Heuft et al. 1996): Hier zeigte sich eine hohe Übereinstimmung von Patient und Therapeut hinsichtlich der absoluten Anzahl der Therapieziele.

Ein wahrscheinlicher Grund dafür, dass in der vorliegenden Fremdstudie Therapeuten mehr Ziele nannten als ihre jugendlichen Patienten, dürfte die Fähigkeit von Therapeuten sein, aufgrund ihrer praktischen und therapeutischen Erfahrung bereits zu Behandlungsbeginn mögliche Problembereiche zu erkennen und diese in Individuellen Therapiezielen zu formulieren. Bedenkt man zusätzlich, dass dem Therapeuten das Kategoriensystem Individueller Therapieziele bei der Formulierung von potentiell veränderbaren Problemlagen als Orientierungshilfe vorliegt (Heuft & Senf 1998a), erscheint es noch verständlicher, dass Therapeuten mehr ITZ formulieren. Letzteres Argument steht jedoch im Widerspruch zu Erfahrungen aus dem Erwachsenenbereich, wo die Patienten auch ohne diese Orientierungshilfe sowie ohne praktische und therapeutische Erfahrung ähnlich viele Therapieziele wie ihre Therapeuten formulierten. Die Unterschiede im Jugendbereich scheinen also eher auf die Tatsache hinzudeuten, dass es jugendlichen Patienten schwerer fällt, bestimmte Problembereiche zu artikulieren und diese explizit in Individuellen Therapiezielen in Worte zu fassen. Denn dass sie sich des Veränderungsbedarfs in bestimmten Problembereichen durchaus bewusst sind, zeigt die Auswertung der ErgeDoku B-Bögen der gleichen Studie (Wiegard 2003).

Grundsätzlich entscheidend und bei der Analyse zu berücksichtigen ist jedoch die Art und Weise der Therapeuten, in der sie ihre Patienten in die Module des Dokumentationssystems einführen und im Besonderen die Bedeutung der Individuellen Therapieziele nahe bringen, wobei vor allem die Erläuterung der möglichst konkreten Formulierung der ITZ und der Erfassung verschiedener Problembereiche (z.B. körperliche, psychische, psychosoziale Probleme) wesentlich erscheint.

Die Anzahl der ITZ sollte jedoch nicht überbetont werden. Vielmehr sollte die Qualität der ITZ mit der Forderung nach konkreter Formulierung und

gewünschter Verschiedenartigkeit (Abdeckung von psychischen, körperlichen oder psychosozialen Problembereichen) eine ebenso große Rolle spielen wie die Quantität. Bei der Qualität der ITZ ist kritisch anzumerken, dass sowohl die jugendlichen Patienten als auch ihre Therapeuten dazu neigen, die Inhalte der von ihnen formulierten Therapieziele nicht eindeutig genug zu trennen, so dass bei der Inhaltsanalyse infolge der Überschneidungen Doppelkategorisierungen vorkommen. Umgekehrt werden z.T. auch verschiedene Inhalte in einem Therapieziel genannt. In den genannten Punkten liegen Verbesserungsmöglichkeiten auf Patienten- und Therapeutenseite.

Um eine breitere Diskussionsgrundlage zu haben, sollten Quantität und Qualität der von Jugendlichen und Therapeuten formulierten ITZ auch in weiteren Studien evaluiert werden.

4.2 Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele nach Hauptkategorien

Bei der Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele (ITZ) nach Hauptkategorien ergab sich kein Veränderungs- oder Erweiterungsbedarf in Bezug auf die fünf Hauptkategorien. So zeigte sich am Beispiel der beiden Berliner Studien mit der Psy-BaDo im Kinder- und Jugendbereich (Wiegard 2003; Winter et al. 2005), dass das Kategoriensystem aus dem Erwachsenenbereich bei der Inhaltsanalyse nach Hauptkategorien ohne größere Schwierigkeiten verwendet werden kann und sich mit den Ergebnissen dieser Arbeit vergleichbare Häufigkeitsverteilungen der ITZ auf die Hauptkategorien ergeben.

Im Folgenden soll zunächst die Inhaltsanalyse nach Hauptkategorien der ITZ von Patienten und Therapeuten vergleichend diskutiert werden, um dann in der weiteren Diskussion einen geschlechtsbezogenen Vergleich der Inhaltsanalyse der ITZ nach Hauptkategorien vorzunehmen.

4.2.1 Vergleich von Patienten und Therapeuten

Die prozentuale Verteilung der von den Patienten angegebenen Individuellen Therapieziele (ITZ) auf die verschiedenen Hauptkategorien (vgl. Abb. 5, S. 26) ist folgendermaßen charakterisiert: Jeweils gut ein Drittel der insgesamt 264 ITZ hatten die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen* (Hauptkategorie 3) sowie die Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen* (Hauptkategorie 1) zum Inhalt. Beim letzten Drittel entfiel eine Hälfte auf die Bearbeitung von *interaktionellen Problemen* (Hauptkategorie 2) und die andere Hälfte auf die von Problemen aus den restlichen Kategorien.

Die prozentuale Verteilung der von den Therapeuten genannten ITZ auf die verschiedenen Hauptkategorien (vgl. Abb. 11, S. 32) zeichnete sich dagegen dadurch aus, dass gut 20% der insgesamt 389 ITZ die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen* (Hauptkategorie 3) enthielten, aber fast doppelt so viele die Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen* (Hauptkategorie 1) zum Inhalt hatten. Weitere 20% entfielen auf die Bearbeitung von *interaktionellen Problemen* (Hauptkategorie 2), die übrigen ITZ auf die Bearbeitung von Problemen aus den verbleibenden Hauptkategorien 4 und 5 sowie der Restkategorie 9.

Der große Unterschied zwischen Patienten und Therapeuten liegt also darin, dass Patienten in ähnlicher Häufigkeit die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen* und *intrapsychischen Problemen* nennen, für die Therapeuten dagegen fast doppelt so häufig die Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen* als von *körperbezogenen Problemen* im Vordergrund steht. Erst danach folgen sowohl bei Patienten als auch bei Therapeuten die Bearbeitung von weiteren Problemen aus den anderen Hauptkategorien.

Analysiert man ausgehend von dieser Beobachtung jedoch das erstgenannte ITZ von Patienten und Therapeuten inhaltlich genauer, das nach Heuft & Senf (1998a) auch das Haupttherapieziel der Behandlung ist, so ergibt sich eine interessante Feststellung (vgl. hierzu auch Abb. 8, S. 29 und Abb. 14, S. 35): Sowohl die Patienten (58,1%) als auch die Therapeuten (53,1%) sehen als Haupttherapieziel in mehr als der Hälfte der Fälle die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen* (Hauptkategorie 3) und nur in etwa einem Viertel

(26,9% der Patienten versus 28,1% der Therapeuten) der Fälle die Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen* (Hauptkategorie 1). Die Bearbeitung von Haupttherapiezielen aus anderen Hauptkategorien spielt demgegenüber nur eine verschwindend geringe Rolle.

Dass sowohl die jugendlichen Patienten als auch ihre Therapeuten den inhaltlichen Schwerpunkt der Behandlung in der Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen* sehen, zeigt, dass von beiden Seiten eine symptomnahe Formulierung der ITZ erfolgte: Denn beim Vergleich mit den Diagnosen in der Patientenstichprobe standen auch hier die körperlichen Störungen deutlich im Vordergrund (41% aller Diagnosen waren dem Bereich F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, unter den u.a. die große Gruppe der Essstörungen fällt, zugeordnet; s. Abb. 2, S. 14). Die Unterschiede zwischen Patienten und Therapeuten in der Gesamtverteilung aller ITZ auf die Hauptkategorien sind unter anderem dadurch zu erklären, dass die Therapeuten über 100 ITZ mehr als die Patienten definierten und bei größerer Gesamtzahl vermehrt auch die intrapsychischen, interaktionellen und sozialmedizinischen Problembereiche (Hauptkategorie 1, 2 und 5) berücksichtigten. Diese Feststellung sollte jedoch nicht zu der Annahme verleiten, dass für die jugendlichen Patienten die Bearbeitung von körperbezogenen Symptomen stärker im Vordergrund steht als für ihre Therapeuten. Dies widerlegt auch die eingehendere Analyse der Haupttherapieziele von Patienten und Therapeuten (s. oben). Therapeuten dürften allerdings 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. Die jugendlichen Patienten dagegen scheinen den Veränderungsbedarf in bestimmten Problembereichen durchaus wahrzunehmen, wie von Wiegard (2003) nach Analyse der ErgeDoku B-Bögen festgestellt, es dürfte ihnen aber vermutlich schwerer fallen, den gesehenen Veränderungsbedarf als ITZ in Worte zu fassen.

Grundsätzlich können die Ergebnisse dieser Auswertung als repräsentativ für die Inanspruchnahmepopulation der jugendlichen Patienten an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Charité) in Berlin angesehen werden, da sie mit den Ergebnissen der anschließend durchgeführten Berliner Studie mit dem neuen Evaluationsinstrument Psy-BaDo-KJ vergleichbar sind (Winter et al. 2005). Es sei jedoch auf eine Schwäche beider Studien hingewiesen, die darin liegt, dass die Jugendlichenstation der Berliner Klinik auf Essstörungen spezialisiert ist. Somit handelt es sich um eine selektive Stichprobe, in der jeweils ein großer Anteil der Diagnosen nach ICD-10 zum Formenkreis der Essstörungen gehört.

4.2.2 Geschlechtsbezogener Vergleich

In der vorliegenden Arbeit ließen sich in der Gesamtverteilung der ITZ auf die Hauptkategorien interessante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen feststellen. Während bei der Inhaltsanalyse der 198 ITZ der Mädchen nach Hauptkategorien eindeutig die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen* (Hauptkategorie 3) im Vordergrund und die Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen* (Hauptkategorie 1) an zweiter Stelle standen (vgl. hierzu auch Abb. 6, S. 27), rangierte bei den 66 ITZ der Jungen die Bearbeitung von *intrapsychischen Problemen* an erster Stelle, dicht dahinter die Bearbeitung von *interaktionellen Problemen* (Hauptkategorie 2) und erst an dritter Stelle die Bearbeitung von *körperbezogenen Problemen* (vgl. hierzu auch Abb. 7, S. 28). Derartige Unterschiede könnten unter anderem in der geschlechtsspezifischen Häufung bestimmter Diagnosen innerhalb der Stichprobe begründet sein, woraus dann folgerichtig verschiedenartige Therapieziele resultieren. So ist der Anteil der Diagnosen am Bereich F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen für die Mädchen ungleich größer (vgl. auch Abb. 2, S. 14) als für die Jungen, was in der Zugehörigkeit von Essstörungen zu diesem Bereich liegen dürfte. Mädchen erkranken deutlich häufiger an Essstörungen als Jungen; das Geschlechterverhältnis beträgt etwa 10:1, wobei sich letzteres auf die klassischen Erkrankungen *Anorexia* und *Bulimia nervosa* bezieht (Herpertz-Dahlmann 2000). Die Spezialisierung der Jugendlichenstation der Berliner

Klinik auf Essstörungen dürfte in diesem Falle also die Ursache für die dargestellte geschlechtsspezifische Disproportion im Bereich F5 sein. Damit erreicht die Bearbeitung von körperbezogenen Problemen bei Mädchen einen erklärbar höheren Stellenwert als dies bei Jungen der Fall ist.

Somit erhebt sich die Frage, inwieweit die Berliner Stichprobe und auch die hier diskutierten geschlechtsspezifischen Unterschiede als repräsentativ für die Inanspruchnahmepopulation einer Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Jugendalter gelten können. Sucht man in der Literatur nach vergleichbaren Daten in Bezug auf die Verteilung der Diagnosen auf der ersten Achse (Klinisch-psychiatrisches Syndrom) des Multiaxialen Klassifikationsschemas (Remschmidt & Schmidt 1994), findet man nur in wenigen Studien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine genauere Beschreibung dieser Diagnosenverteilung (Döpfner et al. 1993; Metternich et al. 1999; Noterdaeme et al. 2004; Presting et al. 1998; Remschmidt et al. 1988). Noch seltener stößt man auf beschriebene Unterschiede in der Diagnosenverteilung zwischen Mädchen und Jungen (Noterdaeme et al. 2003; Reisel et al. 1998). Es wird jedoch deutlich, dass es den Prototyp stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung nicht gibt, weshalb Veröffentlichungen, die sich auf Daten einer einzelnen Klinik beziehen, keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit erheben können (Presting et al. 1998). Die in der Literatur beschriebenen Schwankungen in der Diagnosehäufigkeit legen nach Noterdaeme et al. (2004) die Vermutung nahe, dass Versorgungssituation und Inanspruchnahme aber auch Indikationsstellungen für Therapieverfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stark differieren. Häufungen von Diagnosen in bestimmten Bereichen können als Behandlungsschwerpunkte einzelner Kliniken interpretiert werden (Presting et al. 1998).

Vor diesem Hintergrund dürfen die in der vorliegenden Arbeit aufgezeigten geschlechtsspezifischen Unterschiede nur sehr vorsichtig interpretiert werden. Sie stehen wahrscheinlich in erster Linie in Zusammenhang mit der Spezialisierung der Jugendlichenstation der Berliner Klinik auf Essstörungen.

Nach Remschmidt (2000a) liegen dennoch für die meisten psychopathologischen Störungen (wie z.B. das hyperkinetische Syndrom, aggressives und dissoziales Verhalten usw.) Geschlechterunterschiede vor, wobei die Ursache hierfür nicht bekannt ist. Mehrere Hypothesen stehen im Raum, wie die unterschiedliche Sozialisation von Jungen und Mädchen oder auch zeitliche Unterschiede im allgemeinen Reifungsablauf zwischen Jungen und Mädchen (Remschmidt 2000a). In diesem Sinne sind auch Essstörungen ein charakteristisches Beispiel dafür, dass es keine „geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt“ und die „unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern (...) zu berücksichtigen sind“, was auch als „Gender Mainstreaming“ bezeichnet wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005).

Es wäre wünschenswert, in zukünftigen Studien ein stärkeres Gewicht auf die Untersuchung von möglicherweise vorhandenen, geschlechtsspezifischen Unterschieden zu legen.

4.3 Veränderungs- und Neuvorschläge für Einzelkategorien

Die Einzelkategorien des Kategoriensystems für Individuelle Therapieziele (KITZ) der Psy-BaDo für Erwachsene haben sich bei der Anwendung im Jugendlichenbereich als brauchbar erwiesen. Von diesen 130 Einzelkategorien können 114 ohne Modifizierung in ein Kategoriensystem für Jugendliche übernommen werden. Bei 15 Einzelkategorien besteht Veränderungsbedarf bezüglich des Inhalts oder der Formulierung. Eine Einzelkategorie kann gestrichen werden, da sie einen bei Jugendlichen nicht vorhandenen Problembereich widerspiegelt. Zudem besteht in einem jugendgerechten Kategoriensystem Erweiterungsbedarf an vier neuen Einzelkategorien. Diese Veränderungs- und Neuvorschläge für Einzelkategorien sollen im Folgenden getrennt nach Hauptkategorien in ihrer Bedeutung für den Jugendbereich diskutiert werden.

4.3.1 Hauptkategorie 1

In der Hauptkategorie 1 (*Intrapsychische Probleme und Konflikte*) ergab sich für die 3 Einzelkategorien 122, 124 und 132 Veränderungsbedarf, da die angesprochenen Inhalte z.T. spezifische Problembereiche für Erwachsene darstellen und deshalb nur bedingt im Jugendbereich übernommen werden können. So ist zwar denkbar, dass Jugendliche bereits eigene Kinder haben, und somit das „Innere Erleben der eigenen Kinder“ also im Rahmen einer Psychotherapie eine potentiell zu verändernde Problemlage oder einen potentiell zu lösenden Konflikt darstellen kann. Jedoch erscheint das „Innere Erleben der Stiefkinder, Adoptivkinder und Enkel“ ein bei Jugendlichen nicht vorhandener Problembereich, welcher aus diesem Grund aus der Kategorie 122 herausgenommen wurde. In der Kategorie 124 „Rivalität und Konkurrenz“ musste nur die Beschreibung jugendadäquat modifiziert werden. Die Kategorie 132 hingegen war inhaltlich zu verändern, da der *Alternsprozess* einen spezifischen Problembereich für Erwachsene darstellt und in der Art keine Entsprechung im Jugendbereich findet. Jedoch wurden bei Jugendlichen in der *Pubertät* und im *Erwachsen werden* durchaus Analogien zu diesem Prozess gesehen, da auch hier die intrapsychische Verarbeitung der körperlichen sowie sozialen Veränderung eine wichtige Rolle spielt (Mewe 2000). Entsprechend erhielt die Kategorie 132 diesen neuen Inhalt.

Erweiterungsbedarf für das Kategoriensystem bestand in der Hauptkategorie 1 für eine Einzelkategorie: In dieser neuen Kategorie 152 soll die *Selbstwahrnehmung/-einschätzung* und *Selbstreflexion im sozialen Raum* Platz finden. Dieser Problembereich ist zwar im Rahmen der Inhaltsanalyse der ITZ der Jugendlichen ein neu aufgetretener Aspekt, stellt aber sicher keinen für Jugendliche spezifischen Problembereich dar. So ist es durchaus vorstellbar, dass auch erwachsene Patienten diesen Aspekt als Therapieziel für eine Psychotherapie formulieren. Dass *Selbstwahrnehmung/-einschätzung* und *Selbstreflexion im sozialen Raum* dennoch im Rahmen von Psychotherapie bei Jugendlichen häufig genannt wird, erscheint darin begründet, dass dieser Prozess gerade in der Altersstufe eine größere Rolle spielt.

4.3.2 Hauptkategorie 2

In der Hauptkategorie 2 (*Interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte*) ergab sich ebenfalls Veränderungsbedarf für 3 Einzelkategorien und Erweiterungsbedarf um 1 Einzelkategorie. Aus der Kategorie 203 wurde die für Erwachsene spezifische Konfliktlage *unerfüllter Kinderwunsch* herausgenommen, wohingegen die *konfliktvolle Schwangerschaft* bzw. das *konfliktvolle Erleben eines Schwangerschaftsabbruches* in der jugendadäquaten Modifizierung der Kategorie bestehen bleibt, da dies auch für Jugendliche einen potentiellen Problembereich darstellen kann. Die Kategorie 208 wiederum ist in ihrer Formulierung sehr auf einen bestimmten Problembereich von Erwachsenen ausgerichtet: Sie hat nämlich die Bearbeitung von *Arbeitsstörungen* und *beruflichen Problemen* zum Inhalt. Stattdessen sollte eine jugendgerechte Kategorie 208 den für diese Altersstufe spezifischeren Aspekt, nämlich *Lernstörungen* und *schulische Probleme*, beinhalten. Hierunter fallen auch umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, wie die Lese- und Rechtschreibstörung und die Rechenstörungen (Warnke 2000). *Schwierigkeiten in der Ausbildung* stellen ebenfalls ein für Jugendliche wichtiges Thema dar und sollten deshalb aus dem Kategoriensystem für Erwachsene in die jugendadäquat modifizierte Kategorie 208 übernommen werden.

Erweiterungsbedarf in der Hauptkategorie 2 wurde darin gesehen, dass die schon im Kategoriensystem für Erwachsene abgebildete Kategorie 215 „Veränderter Umgang mit familiären Beziehungen“ den besonderen Stellenwert von Familie für Jugendliche nicht ausreichend berücksichtigt und deshalb mit einer weiteren Kategorie zu diesem Thema die speziellen Probleme Jugendlicher differenzierter behandelt werden können. So erscheint es sinnvoll, die Kategorie 215 zu übernehmen, jedoch deutlicher hervorzuheben, dass im Rahmen der Psychotherapie eine Verhaltensänderung auf Patientenseite erarbeitet werden soll, wohingegen eine „Veränderung familiärer Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient und Erziehungsberechtigten“ das Ziel der neuen Kategorie 217 sein soll. Denn neben der Feststellung, dass bei der Behandlung von psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen immer die

Situation der Familie und des gesamten Umfelds mit berücksichtigt werden sollte, können psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen auf eine Problematik im Familienbeziehungsgefüge hinweisen oder Ausdruck eines familiären Beziehungskonflikts sein (Mattejat 2000). Deshalb ist die konstruktive Zusammenarbeit innerhalb und mit der Familie in Bezug auf die Veränderung familiärer Beziehungen ein im Jugendbereich so wesentlicher Aspekt.

4.3.3 Hauptkategorie 3

In der Hauptkategorie 3 (*körperbezogene Probleme und Symptome*) wurde kein Erweiterungsbedarf an Einzelkategorien gesehen. Der aufgezeigte Veränderungsbedarf der vier Einzelkategorien 341, 345, 346 und 347 bezog sich weniger auf den Inhalt als vielmehr auf eine jugendgerechte Modifizierung in der Formulierung der Kategorien. So wurden in den Kategorie 345 und 346 einzig und allein die Änderung der Bezeichnung „Mann“ in „Junge“ und „Frau“ in „Mädchen“ vorgeschlagen. Bei der Kategorie 341 sollte die Beschreibung ergänzt werden: Die genannten *Probleme mit Gebissprothesen* stellen auch im Jugendbereich speziell nach Verletzungen, die das Tragen einer Gebissprothese erfordern, eine potentielle Konfliktlage dar. Zusätzlich sollten in der Beschreibung „Probleme mit Zahnstellungskorrekturen“ aufgeführt werden, die im Jugendbereich sicherlich einen spezifischen Aspekt im Rahmen von *Funktionellen Symptomen im Zahn-Mund-Bereich* berücksichtigen. Die in der Kategorie 347 angesprochene *Fertilitätsproblematik* scheint auf den ersten Blick nur eine potentielle Konfliktlage für Erwachsene zu sein. Es ist jedoch denkbar, dass im Rahmen von speziellen Krankheitsbildern wie z.B. dem bilateralem Kryptorchismus, dem Klinefelter-Syndrom oder nach Bestrahlungstherapien im Kindesalter auch schon bei Jugendlichen die Infertilität ein mögliches Problem darstellen kann (Behrman et al. 2000). Deshalb sollte die Kategorie 347 auch in einer jugendgerechten Form des Kategoriensystems übernommen werden, in der Beschreibung aber beispielhaft auf diese speziellen Krankheitsbilder hingewiesen werden.

4.3.4 Hauptkategorie 4

Veränderungsbedarf wurde in der Hauptkategorie 4 (*Medikamente; stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*) lediglich in der Anpassung der Beschreibung der Kategorie 401 gesehen. Statt für das „Coping notwendiger Medikamente“ die „Durchführung einer prophylaktischen Medikation (z.B. Marcumar)“ aufzuführen, was für den Erwachsenenbereich ein sehr treffendes Beispiel ist, sollte im Jugendbereich die „Durchführung einer Rezidivprophylaxe (z.B. Epilepsiemedikation)“ als Beispiel genannt werden, da dies für diese Altersstufe zutreffender ist.

4.3.5 Hauptkategorie 5

In der Hauptkategorie 5 (*sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*) wurde der Veränderungsbedarf von 5 Einzelkategorien und Erweiterungsbedarf um 1 Einzelkategorie gesehen. Zwei der zu ändernden Kategorien sind die 504 und die 509, die im Erwachsenenbereich im engen inhaltlichen Zusammenhang stehen. So kann die *Klärung der sozialmedizinischen Situation* (504) im Rahmen einer Therapie sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche einen ganz wichtigen Stellenwert haben, bedenkt man die Auswirkungen, die Krankheit/Invalidität auf die soziale Stellung des Einzelnen haben können. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei Erwachsenen in einem weiteren Schritt die *Anleitung zur selbstständigen Organisation sozialer Hilfen* (509) Therapieziel sein kann, bei Jugendlichen wiederum dies kein eigenes Therapieziel sein kann, sondern vielmehr die wichtige Rolle der Erziehungsberechtigten bei der *Klärung der sozialmedizinischen Situation* berücksichtigt werden sollte. So scheint nach Reisel et al. (1998) für den Erfolg einer stationären Therapie nicht nur die Diagnosenstellung und das Aufzeigen der damit für die Eltern verbundenen Handlungsmöglichkeiten und -empfehlungen wichtig zu sein, sondern zusätzlich ein wesentliches Element zu sein, Eltern und Kinder solange zu begleiten, bis die im Rahmen der Therapie vorgeschlagenen Maßnahmen tatsächlich als ein integrativer und dauerhafter Bestandteil ihres Alltags installiert sind. In diesem Sinne sollte im Jugendbereich die *Klärung und Organisation der sozialmedizinischen Situation*

unter Einbeziehung des Patienten und der Erziehungsberechtigten (504) als Einheit gesehen werden. Die Kategorie 509 kann in einem jugendgerechten Kategoriensystem somit wegfallen.

In einem ähnlichen Zusammenhang ist der Erweiterungsbedarf um die Kategorie 515 zu sehen: Nach Reisel et al. (1998) werden vor allem jene Entlassungsempfehlungen aufgegriffen und als besonders hilfreich erlebt, die bereits während des stationären Aufenthaltes eingeleitet wurden und so eine individuelle Begleitung darstellen. Deshalb stellt die *Klärung der somatischen und psychotherapeutischen Weiterbehandlung (515)* einen im Jugendbereich wichtigen Aspekt dar.

Im Rahmen von Rehabilitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nicht nur Maßnahmen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation sondern auch Maßnahmen zur schulisch-pädagogischen Rehabilitation genannt (Remschmidt 2000b). So sei es erforderlich, bei Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter rechtzeitig den schulisch-pädagogischen Bereich einzubeziehen. Aus diesem Grund sollte die Wiedergewinnung der *Schulfähigkeit* in einer jugendgerechten Kategorie 508 im Sinne von *Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit* aufgenommen werden. Ebenso sollte der Schwerpunkt in einer jugendgerechten Kategorie 505 auf den schulischen Aspekt gesetzt werden statt wie im Erwachsenenbereich auf den beruflichen. Dennoch kann auch schon bei Jugendlichen die Entwicklung einer beruflichen Perspektive ein Ziel sein. Nach Remschmidt (2000b) ist es wünschenswert, nach erfolgreichem Abschluss der medizinischen und schulischen Rehabilitation gegebenenfalls Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation einzuleiten. So wird auch von der Expertenkommission der Bundesregierung (1988, zitiert nach Remschmidt 2000b) bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in der Adoleszenz unter anderem die Sicherstellung von berufsbildenden und berufsfördernden Maßnahmen gefordert, die sowohl an psychiatrische Einrichtungen als auch an Einrichtungen der Jugendhilfe angebunden sein können. Deshalb soll dieser Problembereich in einer jugendgerechten Modifizierung der Kategorie weiterhin berücksichtigt werden.

Die letzte zu verändernde Kategorie in der Hauptkategorie 5 ist die 512: Hier geht es aber weniger um eine inhaltliche Änderung als vielmehr um die Hinzufügung einer Beschreibung dieser Kategorie, die den Besonderheiten der Wohnunterbringung von Minderjährigen Rechnung trägt: Es kann unter anderem im Rahmen einer stationären Therapie die Klärung der Frage notwendig sein, ob und bei welchem Familienmitglied die Unterbringung nach Therapieende stattfinden soll, unter der Bedingung, dass die Rückkehr ins häusliche Milieu erfolgen kann. Ist letzteres nicht möglich, ist die Planung der Unterbringung in besonderen Einrichtungen (z.B. Übergangseinrichtungen, Heime oder Wohngruppen) erforderlich, da die jugendlichen Patienten nicht mehr krankenhausbefürftigt sind, wohl aber noch einer besonderen Betreuung bedürfen (Remschmidt 2000b).

4.3.6 Restkategorie 9

In der Restkategorie 9 wurde Erweiterungsbedarf um die Kategorie 901 mit dem inhaltlichen Ziel *Diagnostik* gesehen. Die Diagnosefindung ist zu Behandlungsbeginn nicht immer vollkommen abgeschlossen, sondern validiert sich im weiteren Therapieverlauf immer weiter. Deshalb wurde die Einführung einer neuen Kategorie vorgeschlagen, der ITZ zum Thema Fortführung der *Diagnostik* zugeordnet werden können. Diese Feststellung ist zwar im Rahmen der Auswertung von Therapiezielen jugendlicher Patienten getroffen worden, stellt aber sicher keinen für den Jugendbereich spezifischen Problembereich dar.

4.4 Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele nach Einzelkategorien

Im Folgenden sollen die am häufigsten genannten Einzelkategorien zwischen Patienten und Therapeuten verglichen werden und mögliche Gründe für Unterschiede oder Übereinstimmungen diskutiert werden.

4.4.1 Vergleich von Patienten und Therapeuten

Bei den jugendlichen Patienten stehen Therapieziele aus den Kategorien 380 (Essstörung: nicht näher bekannt) und 390 (Körperwahrnehmung; Körperakzeptanz) an erster und zweiter Stelle (vgl. Tab. 1, S. 51). Hier ist sicher der Zusammenhang mit dem hohen Anteil an essgestörten Patienten innerhalb der Stichprobe zu sehen. Für diese Patienten ist entsprechend ihren Krankheitsbildern sowohl ein extremes Streben nach Schlanksein als auch eine ständige Beschäftigung mit Figur und Körper kennzeichnend (Herpertz-Dahlmann 2000); sie können sich oft nur schwer gedanklich von ihrem Körperbild und dem Thema „Essen“ distanzieren, so dass es verständlich erscheint, dass für diese Patienten körperliche Symptome zu Beginn der Behandlung im Vordergrund stehen. Es korreliert ebenfalls gut mit den Ergebnissen der Inhaltsanalyse der ITZ nach Hauptkategorien, wo bei den jugendlichen Patienten ebenfalls Therapieziele aus *körperlichen Problembereichen* (Hauptkategorie 3) den Schwerpunkt bildeten. Die weiteren drei häufigsten von Patienten genannten Einzelkategorien entstammen unterschiedlichen Hauptkategorien (vgl. Tab. 1, S. 51): Genannt wurden die Einzelkategorie 111 (Selbstwirksamkeit; Selbstsicherheit), 508 (Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit, Schulfähigkeit) und 217 (Veränderter Umgang mit familiären Beziehungen in gemeinsamer Arbeit mit Patient und Erziehungsberechtigten). Dies wiederum spricht für die Annahme, dass jugendliche Patienten nicht nur körperliche Probleme sehen, sondern durchaus andere Problembereiche gedanklich erfassen und sich eine Bearbeitung dieser Problemlagen wünschen. Vor dem Hintergrund, dass für Jugendliche die eigene Familie kaum verzichtbar erscheint und die soziale Integration in diesem Alter vor allem durch den Schulbesuch und dort geschlossene weitere Kontakte gewährleistet wird, kann der Wunsch der jugendlichen Patienten nach der Bearbeitung diesbezüglicher Konfliktlagen (Einzelkategorie 508, 217) sehr gut nachvollzogen werden. Weiter spielt das Erlernen von Selbstwirksamkeit und Selbstsicherheit im Rahmen von Selbstbehauptung im sozialen Miteinander von Familie, Schule oder Freundeskreis eine große Rolle und ist Grundvoraussetzung für die Entwicklung von sozialer Kompetenz.

Im Vergleich zu den fünf am häufigsten genannten Einzelkategorien bei den Therapeuten ergeben sich Übereinstimmungen, die Gewichtung ist jedoch eine andere (vgl. Tab. 1, S. 51). Die Einzelkategorien 101 (Abhängigkeit und Loslösung) und 217 stehen in der Rangfolge noch vor der 380. Weitere Kategorien sind die 116 (Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen) und an letzter Stelle des Rankings mit gleicher Häufigkeit die Kategorien 110 (Selbstwerterleben; Kränkungen), 206 (Einsamkeit; Kontaktstörung) und die 214 (soziale Kompetenz).

In dieser Reihung zeigt sich die Tendenz, dass Therapeuten die Therapieziele neben einer symptomnahen Formulierung doch abstrakter und ursachennäher formulieren als die Patienten, die sich im Ganzen stärker an Symptomen orientieren. Dies ist schon in Psy-BaDo-Studien im Erwachsenenbereich beobachtet worden (Heuft et al. 1995; Heuft et al. 1996), dürfte aber im Jugendbereich noch ausgeprägter sein.

4.4.2 Geschlechtsbezogener Vergleich

Die weiblichen und männlichen Jugendlichen wurden bei der Inhaltsanalyse nach Einzelkategorien nur als Gesamtgruppe betrachtet. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich war aufgrund der sonst zu kleinen Fallzahlen nicht möglich. Da Unterschiede bei der Inhaltsanalyse nach Hauptkategorien aufgetreten sind, sollte in weiteren Studien mit größeren Patientenzahlen auch die Inhaltsanalyse nach Einzelkategorien getrennt nach Geschlechtern genauer betrachtet werden.

Die Auswertung und Interpretation der Inhaltsanalyse nach Einzelkategorien ist sicherlich genauer und aussagekräftiger als die nach Hauptkategorien, da hierdurch spezielle Fragestellungen besser beantwortet werden können, wie z.B. das Vorkommen bestimmter Ziel-Inhaltskategorien in differenten Patientengruppen (Mädchen versus Jungen) oder Erfolgsquoten in bestimmten Problembereichen. Eine weitere interessante Fragestellung wäre, ob die am häufigsten genannten Problembereiche die Verteilung der Diagnosen widerspiegeln, wie dies mit Hilfe anderer Evaluationsinstrumente in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie schon beschrieben worden

ist (Metternich et al. 1999). Hierfür müsste jedoch die Stichprobe wesentlich erweitert werden.

4.5 Ausblick

Das Kategoriensystem für Individuelle Therapieziele (KITZ) der Psy-BaDo für Erwachsene hat sich bei der Anwendung auf Jugendliche im Rahmen von Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie als brauchbar erwiesen. Der gesehene Veränderungs- und Erweiterungsbedarf für eine jugendadäquate Modifizierung ist ausführlich beschrieben und diskutiert worden. Wie im Erwachsenenbereich ist es ein offenes Kategoriensystem, welches jederzeit ergänzbar bleibt.

Durch die textinhaltsanalytische Untersuchung und Auswertung der Individuellen Therapieziele ist ein Vergleich zwischen Patienten und Therapeuten auf kategorialer Ebene möglich (Heuft et al. 1995). Dadurch wird die Voraussetzung geschaffen, neben individueller Erfolgsmessung auch Untersuchungen über das Vorkommen bestimmter Ziel-Inhaltskategorien in unterschiedlichen Patientengruppen sowie über die Erfolgsquoten bestimmter Problembereiche durchzuführen (Flender 2000). So könnte in zukünftigen Studien im größeren Rahmen untersucht werden, ob die in der vorliegenden Arbeit aufgezeigten geschlechtsspezifischen Besonderheiten von Mädchen und Jungen mit Daten aus anderen Kliniken vergleichbar sind. Ebenfalls ist ein Vergleich verschiedener Institutionen innerhalb von Programm-Evaluationen im Rahmen von Qualitätssicherung möglich.

Die Überprüfung des Kategoriensystems durch eine Qualitätssicherungsgruppe ist nach Heuft & Senf (1998a) ein wünschenswerter Schritt, da dies eine ständige Evaluation des Kategoriensystems sicherstellt. Damit wird im Rahmen von Qualitätssicherung dem Gesetz Rechnung getragen, das Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (SGB V §135a (1)) (1989).

Mit derartigen Ansätzen könnten die Möglichkeiten eines jugendadaptierten Kategoriensystems im Rahmen der Psy-BaDo-KJ genutzt werden und zu einer höheren Versorgungsqualität in der stationären Psychotherapie beitragen.

5. Literaturverzeichnis

1. BEHRMAN RE, KLIEGMAN RM, JENSON HB (2000) Nelson Textbook of Pediatrics. *W.B. Saunders Company, Philadelphia London Toronto Sydney Montreal Tokio*, 16. Aufl. S 1650ff, S 1747ff
2. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2005) Definition für Gender Maintstreaming. (Online). Available 13.09.2005: <http://www.gender-mainstreaming.net/gm/definition,did=12856.html>
3. DOEPFNER M, LEHMKUHL G (1993) Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 21:188-93
4. DOEPFNER M, LEHMKUHL G, BERNER W, FLECHTNER H, SCHWITZGEBEL P, VON ASTER M, STEINHAUSEN HC (1993) Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 21:90-100
5. DONABEDIAN A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44:166-203
6. ENGLERT E, POUSTKA F (1995) Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 44:158-67
7. ENGLERT E, JUNGSMANN J, LAM L, WIENAND F, POUSTKA F (1998) Pilotstudie Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Konzeption einer bundesweiten Anwendungsstudie mit dem Entwurf einer neuen gemeinsamen Basisdokumentation für Klinik und Praxis. In: *Schmeck K, Poustka F, Katschnig H (Hrsg) Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Wien New York*, S 83-92
8. FENICHEL O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: *Rádo S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Internationaler Psychoanalyse Verlag, Wien*

-
9. FLENDER S (2000) Goal Attainment Scaling in der Outcomemessung psychotherapeutischer Behandlungen. *Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität Münster*
 10. GAEBEL W, WOLPERT E (1994) Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Ein neues Referat der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 23:4-13*
 11. GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE (GAF) (1989) *In: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-III-R. Beltz, Weinheim, S 40ff*
 12. HERPERTZ-DAHLMANN B (2000) Essstörungen. *In: Remschmidt H (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart New York, 3. Aufl. S 244-51*
 13. HEUFT G, SENF W, JANSSEN PL, LAMPRECHT F, MEERMANN R (1995) Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol 45:303-9*
 14. HEUFT G, SENF W, WAGENER R, PINTELON C, LORENZEN J (1996) Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 44:186-99*
 15. HEUFT G, SENF W (1998a) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual der Psy-BaDo. *Thieme, Stuttgart New York*
 16. HEUFT G, SENF W (1998b) Qualitätssicherung: Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Dt Ärztebl 95: A-2685-2688*
 17. KIRESUK TJ, SHERMAN RE (1968) Goal-attainment-scaling: a general method for evaluating comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Ment Health J 4: 443-53*
 18. LORENZ AL (1996) Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 45:19-24*

-
19. MATTEJAT F (2000) Familientherapie. *In: Remschmidt H (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart New York, 3. Aufl. S 375-82*
 20. MATTEJAT F, REMSCHMIDT H (1993) Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für klinische Psychologie 22:192-233*
 21. MATTEJAT F, REMSCHMIDT H (1995) Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Z Kinder Jugendpsychiatr 23: 71-83*
 22. METTERNICH TW, DOPFNER M, ENGLERT E, LEHMKUHL U, LEHMKUHL G, POUSTKA F, STEINHAUSEN HC (1999) Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 48:15-26*
 23. MEWE F (2000) Psychische Entwicklung. *In: Remschmidt H (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart New York, 3. Aufl. S 9-22*
 24. NOTERDAEME M, SCHLAMP D, LINDER M, VON ASTER M, BANDY J, VON BRACKEL K (2003) Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen. *Psychiatr Prax 30(Suppl 2):169-72*
 25. NOTERDAEME M, SCHLAMP D, LINDER M, KISCHEL KH (2004) Analyse der komorbiden psychiatrischen Diagnosen anhand der Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Psychiatr Prax 31(Suppl 1):126-8*
 26. PRESTING G, HOGER C, WITTE-LAKEMANN G, SPECHT F, ROTHENBERGER A (1998) Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 26:97-112*
 27. REISEL B, FLOQUET P, LEIXNERING W (1998) Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 47:705-21*

-
28. REMSCHMIDT H (2000a) Entwicklungspsychopathologie. *In: Remschmidt H (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart New York, 3. Aufl. S 23-7*
29. REMSCHMIDT H (2000b) Rehabilitation. *In: Remschmidt H (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart New York, 3. Aufl. S 404-10*
30. REMSCHMIDT H, SCHMIDT MH (1994) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. *Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, 3. Aufl.*
31. REMSCHMIDT H, SCHMIDT MH, MATTEJAT F, EISERT HG, EISERT M (1988) Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich. *Z Kinder Jugendpsychiatr 16:124-134*
32. SCHEPANK H (1995) Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). *Beltz, Weinheim*
33. VOGEL H (2003) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. (Online). Available 31.07.2005:
http://www.dgvt.de/politik/qualitaetssicherung/qualitaetssicherung_vogel.html
34. WARNKE A (2000) Umschriebene Entwicklungsstörungen. *In: Remschmidt H (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart New York, 3. Aufl. S 131-43*
35. WIEGARD A (2003) Die Psy-BaDo als Instrument zur Qualitätssicherung bei stationär behandelten Jugendlichen – Eine Praktikabilitätsstudie. *Diplomarbeit, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Studiengang Psychologie*
36. WINTER S, WIEGARD A, WELKE M, LEHMKUHL U (2005) Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ – Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 33:113-22*

6. Danksagung

Herrn Prof. Dr. G. Heuft danke ich sehr herzlich für die freundliche Bereitstellung des Themas. Die für mich schwierige Phase der Datenauswertung hat er mit Rat, Tat und sehr viel Geduld begleitet und in der Endphase eine überaus zügige Fertigstellung der Arbeit ermöglicht.

Ein ganz besonders Dank gilt Frau Dr. S. Winter, deren großzügige Überlassung des Datenmaterials und freundliche Unterstützung wesentlich zur Erstellung dieser Arbeit beigetragen haben.

Danken möchte ich auch Herrn Greiwe, der mir das eine oder andere Mal mit praktischen Ratschlägen bei der Literaturrecherche weitergeholfen hat.

Christian Glatz möchte ich für die geduldige und hilfreiche Einführung in Excel danken.

Und zuletzt möchte ich mich sehr herzlich bei meinen Eltern bedanken, die mich in vielfältigster Weise unterstützt haben. Die immer vorhandene Diskussionsbereitschaft und konstruktive Kritik meines Vaters, das langwierige Korrekturlesen, die zahlreichen Verbesserungsvorschläge aber auch das geduldige Verständnis und die ermutigenden Worte in den schwierigen Momenten haben ganz besonders zur Erstellung dieser Arbeit beigetragen.

8. Anhang

Tabelle 1: Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ) der Psy-BaDo (Kurzform u. Beschreibungen) (aus Heuft & Senf 1998a)

Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ) – Kurzform

Hauptkategorie 1: intrapsychische Probleme und Konflikte

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

101	Abhängigkeit und Loslösung	122	Inneres Erleben der Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder, Enkel (nachfolgende Generation)
102	Versorgung, Geborgenheit und Autonomie	123	Inneres Erleben von Sexualität
103	Ängste	124	Rivalität und Konkurrenz
104	Depressive Symptome	125	Zukunftsperspektive
105	Zwänge	126	Trauer und Verlustbewältigung
106	Schuldgefühle	127	Fehlende Lebenslust und Lebenszufriedenheit
107	Reale Schuld	128	Scham
108	Aggressionsgefühle	130	Traumatische Erfahrungen in der Biographie
109	Unterwerfung, selbstquälerischer Umgang	131	Aktualkonflikt
110	Selbstwerterleben und Kränkungen	132	Alternsprozess
111	Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit		
112	Identität (auch Migrationsproblematik)	140	Umgang mit religiösen Überzeugungen bzw. Spiritualität und religiöser Praxis
113	Suizidale Tendenzen	141	Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
114	Autodestruktive Tendenzen	142	Restrukturierung nach psychotischer Erkrankung
115	Wahrnehmung eigener Gefühle und Wünsche (Selbstempathie)	143	Ich-strukturelle Belastbarkeit
116	Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen (affektive Selbststeuerung)	144	Psychotisches Erleben
117	Schwierigkeit, Anderen Gefühle und Wünsche mitzuteilen		
118	Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (auch Leistungsorientierung)	150	Allgemeine Schwierigkeiten mit Selbstreflexion und Introspektion (Therapiemotivation)
119	Übermäßige Passivität und Apathie (Antrieb)	151	Suche nach „Selbsteilungskräften“, eigener Kompetenz
120	Wunsch nach Entspannung und Erholung		
121	Inneres Erleben der Eltern, Stiefeltern, Adoptiveltern, Großeltern (Herkunftsfamilie)	199	Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 1

Hauptkategorie 2: interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

201	Partnerschaft – ohne sexuelle Probleme	209	Schwierigkeiten im Umgang mit Belastungen im sozialen Raum
202	Partnerschaft – mit sexuellen Problemen	210	Allgemein empathischer Umgang mit anderen Menschen (Geduld gegenüber Aggression)
203	Kinderwunsch, Schwangerschaft	213	Auseinandersetzung mit Sekten im sozialen Raum
204	Mit gegengeschlechtlichen Bezugspersonen im allgemeinen	214	Soziale Kompetenz
205	Mit gleichgeschlechtlichen Bezugspersonen im allgemeinen	215	Veränderter Umgang mit familiären Beziehungen
206	Einsamkeit und Kontaktstörung	216	Hinwendung zu einer partnerschaftlichen Beziehung
207	Integration in Gruppen überhaupt		
208	Arbeitsstörung, berufliche Probleme, Schwierigkeiten in der Ausbildung	299	Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 2

Hauptkategorie 3: körperbezogene Probleme und Symptome

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Symptomen:

301	Klärung des organischen Befunds (Differentialdiagnose)	370	Allgemein: (funktionelles) Schmerzsymptom
302	Körperbezogene Ängste	371	Funktionelle Schmerzsymptome mit Bewegungseinschränkung
303	Artefaktsymptomatik	372	Funktionelle Schmerzsymptome mit Medikamentenabusus
304	Selbstverletzung	373	Funktionelle Schmerzsymptome in Verbindung mit weiteren psychischen Problemen
310	Funktionelle Symptome der Haut	374	Funktionelle Beschwerden der Skelettmuskulatur und des Bewegungsapparats
320	Funktionelle Symptome der Atmungsorgane	378	Funktionelle Schlafstörung
321	Hyperventilationstetanische Anfälle	380	Allgemein: Eßstörung
330	Funktionelle Herzsymptome	381	Anorektische Symptomatik
331	Herzangstneurotische Symptome	382	Bulimische Symptomatik
332	Funktionelle Kreislaufbeschwerden (Hypertonie, Hypotonie)	383	Bulimarektische Symptomatik
340	Funktionelle Schluckstörungen	384	Depressive Eßstörung
341	Funktionelle Symptome im Zahn-Mund-Bereich	385	Binge eating disorder
342	Funktionelle Magenfunktionsstörungen	386	Adipositas
343	Funktionelle Darmstörungen (einschließlich funktioneller Inkontinenz)	387	Gewichtsprobleme
344	Funktionelle Harnwegsbeschwerden (einschließlich funktioneller Inkontinenz)	390	Allgemein: Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz
345	funktionelle Unterleibsbeschwerden beim Mann („Prostatitis“)	391	Körperliche, psychophysische Stabilität
346	Funktionelle Unterleibsbeschwerden bei der Frau	392	Trainingsbefund des Körpers (Aktivierung)
347	Fertilitätsproblematik	393	Körperbeherrschung
348	Funktionelle sexuelle Störungen	394	Wahrnehmung des Mitteilungscharakters von Symptomen („Psychogenese“)
350	Funktionelle Störungen der Sinneswahrnehmung	395	Körperliche „Verwöhnung“/Pflege/Berührung (Massage/Fango)
351	Funktionelle neurologische Symptome	396	Vertrauen in den Körper (wieder-)finden („fit werden bzw. fühlen“)
352	Funktioneller Kopfschmerz	399	Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 3
353	Migräne		
360	Funktionelle Symptome des endokrinen Systems		
361	Psychovegetatives Syndrom (Schweißausbrüche, Schwindel, Zittern)		
362	Multiple Somatisierungen		

Hauptkategorie 4: Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Symptomen:

401	Coping notwendiger Medikamente (z. B. Diabeteseinstellung)	410	Allgemein: Suchtverhalten bzw. polyvalenter Suchtmittelabusus
402	Reduktion/Absetzen von Psychopharmaka	411	Alkoholabusus
403	Medikamentenabusus	412	Nikotinabusus
404	Reduktion/Absetzen von „Nichtpsychopharmaka“	413	Konsum „weicher“ illegaler Drogen
		414	Konsum „harter“ illegaler Drogen

420 Spielsucht

430 Kaufsucht

499 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 4

Hauptkategorie 5: sozialmedizinische und Rehabilitationsziele

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Symptomen:

501 Krankheitsbewältigung, Leben mit der Krankheit

502 Förderung des Gesundheitsverhaltens

503 Veränderung des Risikoverhaltens (Bewegungsmangel, Nikotin usw.)

504 Klärung der sozialmedizinischen Situation zusammen mit dem Patienten

505 Motivierung zur Planung und Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen

506 Stärkung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung

507 Sicherung und Wiedergewinnung der sozialen Integration

508 Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit

509 Befähigung zur selbständigen Organisation sozialer Hilfen

510 Motivierung zur Freizeitgestaltung

511 Förderung der Kreativität

512 Klärung bzw. Organisation der Wohnsituation

513 Delinquenz (Kleptomanie usw.)

514 Überschuldung, finanzielle Probleme

599 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 5

999 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld, keiner der 5 Hauptkategorien zuzuordnen

Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ) – Beschreibungen

Hauptkategorie 1: intrapsychische Probleme und Konflikte

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten (benannt sind zentrale Charakteristika):

101 Abhängigkeit und Loslösung

- insbesondere in bezug auf Herkunftsfamilie:
- Gefühl existentieller Bedrohung oder auf Autonomie verzichtende, verschmelzende Beziehungsgestaltung
- Symbiose mit Bezugsperson oder mit System (Familie). Grundthema: Selbständigkeit
- Cave: wenn die Partnerbeziehung zum „Symptom“ wird → 201

102 Versorgung und Geborgenheit

- überwiegend „ausbeuterische“ Haltung (passiver Modus) oder Streben nach „Autarkie“ und völliger Selbstgenügsamkeit bzw. Helfersyndrom (aktiver Modus)
- gegenüber 101: klare Subjekt-Objekt-Trennung

103 Ängste

- sowohl phobische wie angstneurotische Ängste
- Cave: 302 (körperbezogene Ängste)
- Cave: 331 (herzangstneurotische Ängste)

104 Depressive Symptome

- unabhängig von der nosologischen Zuordnung
- Cave: nach schizophrener Episode → 142

105 Zwänge

- im engeren psychopathologischen Sinn, nicht im umgangssprachlichen Sinn (z.B. Perfektionismus → 118)

106 Schuldgefühle

- übermäßiger, strafender Umgang mit eigenen Impulsen und Wünschen usw.

107 Reale Schuld

- Konflikte im Umgang mit schuldhaften Handlungen oder Unterlassungen (z.B. Strafverfahren); aber auch mangelnde Wahrnehmung/Steuerung bei eigener Delinquenz
- Cave: 211 (Delinquenz), wenn der interaktionale Umgang mit der Tat im Vordergrund steht

108 Aggressionsgefühle

- intrapsychischer Umgang mit aggressiven Gefühlen – sowohl mangelnde Steuerung (aktiver Modus) wie fehlende Wahrnehmung aggressiver Impulse (passiver Modus)
- Cave: Aggressionshandlungen werden von den Folgen her betrachtet → z.B. Ziffer 107, 113, 114, 201 usw.

109 Unterwerfung, selbstquälerischer Umgang

- masochistische Grundhaltung, die sich im interaktionellen Raum manifestiert
- Cave: 111 (Selbstsicherheit, Selbstbehauptung)
- Cave: 131 (intrapsychischer Umgang mit religiösen Überzeugungen)

110	Selbsterleben und Kränkungen <ul style="list-style-type: none"> • inneres Erleben eines funktionalen Umgangs mit Gefährdung des Selbstwerts z.B. durch Kränkungen 	119	Übermäßige Passivität und Apathie (Antrieb) <ul style="list-style-type: none"> • als isoliertes Symptom • <i>Cave</i>: wenn erkennbar Teil eines depressiven Syndroms → 104 • <i>Cave</i>: nach schizophrener Episode → 142
111	Selbtsicherheit, Selbstwirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> • Gefühl, prinzipiell im sozialen Raum etwas ausrichten zu können als Voraussetzung für konkrete soziale Handlungen (Selbstbehauptung) • z. B. „nein sagen können“ • auch: Eigenverantwortung übernehmen • <i>Cave</i>: wenn das Problem vom Schwerpunkt her interaktionell ist (z.B. selbstsicher auftreten können) → „soziale Kompetenz“ (→ 214) • <i>Cave</i>: wenn partnerschaftliche, berufliche oder soziale Folgen die Zielprobleme darstellen, entsprechend verschlüsseln (z. B. Ziffern 201, 208, 206 usw.) 	120	Wunsch nach Entspannung und Erholung <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch, einen „Raum“ zur Verfügung zu haben und nutzen zu können, in dem Erholung möglich ist
112	Identität (auch Migrationsproblematik) <ul style="list-style-type: none"> • konkrete (soziale, sprachliche) Identität: <ul style="list-style-type: none"> – Geschlechtsidentität; (trans-)nationale Identität (z. B. Kinder der 2. Generation in Migrantenfamilien) – auch schwerwiegende Identitätsdiffusion durch die politische Biographie (z. B. Kinder von Eltern, die „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ begangen haben) 	121	Inneres Erleben der Eltern, Stiefeltern, Adoptiveltern, Großeltern (Herkunftsfamilie) <ul style="list-style-type: none"> • das innere Erleben von Mitgliedern der Primärfamilie soll im Behandlungsverlauf verändert werden (z. B. Ambivalenzbefähigung; Differenzierung der Objekte usw.) • <i>Cave</i>: traumatische Erlebnisse → 130
113	Suizidale Tendenzen <ul style="list-style-type: none"> • unabhängig vom Schweregrad 	122	Inneres Erleben der Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder, Enkel (nachfolgende Generation) <ul style="list-style-type: none"> • das innere Erleben von Mitgliedern der eigenen Familie soll im Behandlungsverlauf verändert werden (z. B. Ambivalenzbefähigung; Differenzierung der Objekte etc.)
114	Autodestruktive Tendenzen <ul style="list-style-type: none"> • intrapsychische Spannung, die sich durch konflikthafte Selbstschädigung mit personalen bzw. sozialen Folgen impulshaft Ausdruck verschafft • <i>Cave</i>: (303) Artefaktsymptome – bei körperlichen Folgen • <i>Cave</i>: (304) Selbstverletzungen – bei körperlichen Folgen 	123	Inneres Erleben von Sexualität <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cave</i>: 202 (Partnerschaftsprobleme mit sexuellen Problemen)
115	Wahrnehmung eigener Gefühle und Wünsche (Selbstempathie) <ul style="list-style-type: none"> • ganz allgemeine Schwierigkeit bei der Wahrnehmung und Dekodierung von Affekten 	124	Rivalität und Konkurrenz <ul style="list-style-type: none"> • in Partnerschaft und Beruf (homo- sowie heterosexuelle Rivalität) als vor allem intrapsychisches Problem • <i>Cave</i>: (201, 202) Partnerschaftsprobleme • <i>Cave</i>: (208) Arbeitsstörung
116	Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwanken (affektive Selbststeuerung) <ul style="list-style-type: none"> • z. B. Impulskontrolle 	125	Zukunftsperspektive <ul style="list-style-type: none"> • Verlust eines inneren Entwurfs in die Zukunft; entwicklungsbezogene Phantasien
117	Schwierigkeit, Anderen Gefühle und Wünsche mitzuteilen <ul style="list-style-type: none"> • Transfer vom intrapsychischen Bereich in den interpersonellen Raum 	126	Trauer und Verlustbewältigung <ul style="list-style-type: none"> • solange keine affektive Problemlage vorliegt • <i>Cave</i>: (104) depressive Symptome • <i>Cave</i>: (113) suizidale Tendenzen (z. B. durch die Selbstwertverletzung in Folge des Verlusts)
118	Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsorientierung • Perfektionismus • „Sollen- und müssen-Kognitionen“ • auch: Nervosität 	127	Fehlende Lebenslust und Lebenszufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> • in einem breiten Sinne ohne weitere affektive Störung
		128	Scham
		130	Traumatische Erfahrungen in der Biographie (hat Priorität vor genannten Objekten [z.B. 121]) <ul style="list-style-type: none"> • z. B. sexueller Mißbrauch; körperliche Mißhandlung; Unglücksfälle (z. B. Unfalltod eines Geschwisters miterlebt) • auch allgemein formuliert: „Vergangenheitsbewältigung“

131 Aktualkonflikt <ul style="list-style-type: none"> • bewußte oder unbewußte Konfliktlage, deren Lösung nicht gelingt, ohne daß eine neurotische Störung mit repetitivem Konfliktmuster vorliegt; der Aktualkonflikt sollte näher bezeichnet werden (OPD 1996, Achse III) 	143 Ich-strukturelle Belastbarkeit, Problemlösefähigkeit <ul style="list-style-type: none"> • ausgeprägte Unfähigkeit, Probleme zu lösen (wobei es um die Fähigkeit geht, eine Distanz zum Problem aufrechtzuerhalten bzw. zu bekommen) • Cave: Umgang mit spezifizierten Belastungen im Umfeld (209)
132 Altersprozeß <ul style="list-style-type: none"> • intrapsychische Verarbeitung der sozialen, biographischen wie körperlichen Altersveränderungen, ohne daß diese Veränderungen einen eigenständigen Symptomcharakter haben müssen 	144 Psychotisches Erleben
140 Umgang mit religiösen Überzeugungen bzw. Spiritualität und religiöser Praxis <ul style="list-style-type: none"> • intrapsychische Auseinandersetzung mit der religiösen Identität bzw. den Erwartungen z.B. seitens der Primärfamilie • Umgang mit religiösen Überzeugungen bzw. Spiritualität und religiöser Praxis (auch religiöse Prozesse an sich können Gegenstand des Ziels sein, z.B. „ich möchte Gott näher kommen“) • Cave: (213) Auseinandersetzung mit Sekten im sozialen Raum 	150 Allgemeine Schwierigkeiten mit Selbstreflexion und Introspektion (Therapiemotivation) <ul style="list-style-type: none"> • Ziel ist die Arbeit an einer inneren Hinwendung zum intrapsychischen Umgang mit einer gegebenen Symptomatik • Therapiemotivation • Symptom/psychische Krankheit verstehen • Cave: 394: körperliches Symptom verstehen
141 Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> • Ziel ist eine Erarbeitung von Wahrnehmungsmöglichkeiten • auch: Patienten mit alexithymem Modus • Cave: bei Ziffer 115 sind bereits „diffuse“ Affekte im Bewußtsein des Patienten vorhanden 	151 Suche nach „Selbtheilungskräften“, eigener Kompetenz <ul style="list-style-type: none"> • vor allem im Zusammenhang mit Aktualkonflikten (Ziffer 128), Lebensumstellungen und allgemeinen Belastungen • Erleben von Selbsteffizienz, bei größerer Distanz zu sich selbst im inneren Dialog (gegenüber 111: existentielle Bedrohung der Selbstwirksamkeit) • Lebensbewältigung, Selbstmanagement • häufig ein Wiederfinden von Kompetenz • auch „meine Mitte finden“, „ins Gleichgewicht kommen“ (häufig genannte Ziele von Patienten)
142 Restrukturierung nach psychotischer Erkrankung <ul style="list-style-type: none"> • psychotherapeutische Arbeit nach einer z.B. psychotischen Episode • postremissive Erschöpfung • Cave: (501) Krankheitsbewältigung 	199 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 1

Hauptkategorie 2: interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

201 Partnerschaft – ohne sexuelle Probleme <ul style="list-style-type: none"> • unter der interaktionellen Perspektive • auch Trennungsproblematik 	204 Mit gegengeschlechtlichen Bezugspersonen im allgemeinen <ul style="list-style-type: none"> • Betonung der interaktionellen Perspektive
202 Partnerschaft – mit sexuellen Problemen <ul style="list-style-type: none"> • wenn sexuelle Probleme in der Interaktion explizit gemacht werden 	205 Mit gleichgeschlechtlichen Bezugspersonen im allgemeinen <ul style="list-style-type: none"> • Betonung der interaktionellen Perspektive
203 Kinderwunsch, Schwangerschaft <ul style="list-style-type: none"> • die konflikthafte Schwangerschaft bzw. der unerfüllte Kinderwunsch • konflikthafte Erleben eines Schwangerschaftsabbruches • Cave: (348) Fertilitätsproblematik bei gynäkologischen Eingriffen 	206 Einsamkeit und Kontaktstörung <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Bezogenheit zu anderen Menschen • in Beziehung sein wollen • Vertrauen/Mißtrauen • allgemeine Beziehungsfähigkeit • Cave: bei expliziter Manifestation auf der Verhaltensebene → 214 • Cave: Hinwendung zu partnerschaftlicher Beziehung → 216

207	Integration in Gruppen überhaupt <ul style="list-style-type: none"> • Gruppe soll explizit genannt sein (Cave: 206) <ul style="list-style-type: none"> - Schulung von Fremd- und Selbstwahrnehmung im sozialen Raum - Verbesserung der Konfliktfähigkeit in Gruppen - Cave: (115) Selbstempathie; (210) empathischer Umgang mit anderen Menschen 	213	Auseinandersetzung mit Sekten im sozialen Raum <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten in der Abgrenzung oder bei der Loslösung von (religiösen) Sekten und Gruppierungen mit totalitärem Anspruch bzw. Einschränkung der freien Entscheidung • Cave: (140) intrapsychischer Umgang mit religiösen Überzeugungen
208	Arbeitsstörung, berufliche Probleme, Schwierigkeiten in der Ausbildung <ul style="list-style-type: none"> • Die Behebung der Arbeitsstörung, der Lernstörung steht als Therapieziel im Mittelpunkt • auch Probleme mit beruflichen Entscheidungen 	214	Soziale Kompetenz <ul style="list-style-type: none"> • sich angemessen in soziale Situationen einbringen • sich anderen gegenüber behaupten • Gefühle und Wünsche durchsetzen • sich abgrenzen • sich Raum nehmen • Cave: wenn der Schwerpunkt auf einem intrapsychischen Gefühl der Selbstunsicherheit liegt: → Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit (→ 111), z. B. „nein sagen können“
209	Schwierigkeiten im Umgang mit Belastungen im sozialen Raum <ul style="list-style-type: none"> • konkrete Belastungen werden benannt (gegenüber globalen Schwierigkeiten mit sozialer Kompetenz → 214) • Streßbewältigung 	215	Veränderter Umgang mit familiären Beziehungen
210	Allgemein empathischer Umgang mit anderen Menschen (Geduld gegenüber Aggression) <ul style="list-style-type: none"> • in Abgrenzung zu Ziffer 207 noch breiter, auch in der Dyade angelegte Problematik 	216	Hinwendung zu einer partnerschaftlichen Beziehung
		299	Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 2

Hauptkategorie 3: körperbezogene Probleme und Symptome

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Symptomen:

301	Klärung des organischen Befundes (Differentialdiagnose) <ul style="list-style-type: none"> • wenn dies z.B. aus psychischen Gründen vor Aufnahme der Psychotherapie nicht möglich war 	332	Funktionelle Kreislaufbeschwerden (Hypertonie, Hypotonie)
302	Körperbezogene Ängste <ul style="list-style-type: none"> • diffuse, hypochondrische Befürchtungen (u.U. mit begleitenden funktionellen Symptomen) 	340	Funktionelle Schluckstörungen
303	Artefact-Symptomatik <ul style="list-style-type: none"> • einschließlich „Münchhausen-Syndrom“ 	341	Funktionelle Symptome im Zahn-Mund-Bereich <ul style="list-style-type: none"> • insbesondere Symptombildungen aus dem zahnärztlichen Fachgebiet wie z.B. Probleme mit Gebißprothesen • Cave: (350) funktionelle Symptome der Sinnesorgane bei Geschmacksmissempfindungen o. ä.
304	Selbstverletzung <ul style="list-style-type: none"> • Ritzen, Schneiden, Brennen etc. 	342	Funktionelle Magenfunktionsstörungen <ul style="list-style-type: none"> • plus Magen-Darm-Trakt • insbesondere Dyspepsie
310	Funktionelle Symptome der Haut	343	Funktionelle Darmstörungen (einschl. funktioneller Inkontinenz) <ul style="list-style-type: none"> • irritables Colon usw.
320	Funktionelle Symptome der Atmungsorgane	344	Funktionelle Harnwegsbeschwerden (einschl. funktioneller Inkontinenz)
321	Hyperventilationstetanische Anfälle	345	Funktionelle Unterleibsbeschwerden beim Mann („Prostatitis“)
330	Funktionelle Herzsymptome	346	Funktionelle Unterleibsbeschwerden bei der Frau
331	Herzangstneurotische Symptome <ul style="list-style-type: none"> • bei typischer Ausprägung müssen die Ängste und die psychovegetativen Symptome nicht gesondert als Therapieziele aufgeführt werden; diese Symptome können vielmehr Kriterien für das Erreichen des ITZ darstellen. 		

347	Fertilitätsproblematik (beide Geschlechter) <ul style="list-style-type: none"> • z. B. gynäkologische Eingriffe 	381	Anorektische Symptomatik <ul style="list-style-type: none"> • bei typischer Ausprägung müssen die einzelnen Symptome nicht gesondert als Therapieziele aufgeführt werden • diese Symptome können vielmehr Kriterien für das Erreichen des ITZ darstellen
348	Funktionelle sexuelle Störungen	382	Bulimische Symptomatik <ul style="list-style-type: none"> • bei typischer Ausprägung müssen die einzelnen Symptome nicht gesondert als Therapieziele aufgeführt werden • diese Symptome können vielmehr Kriterien für das Erreichen des ITZ darstellen
350	Funktionelle Störungen der Sinneswahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> • z. B. funktionelle Blindheit; funktionelle Hörstörungen, Ohrgeräusche, usw. • Cave: (351) Berührung/Haut, (351) Gleichgewicht 	383	Bulimarektische Symptomatik <ul style="list-style-type: none"> • bei typischer Ausprägung müssen die einzelnen Symptome nicht gesondert als Therapieziele aufgeführt werden • diese Symptome können vielmehr Kriterien für das Erreichen des ITZ darstellen
351	Funktionelle neurologische Symptome <ul style="list-style-type: none"> • Störungen der Motorik: Lähmungen, Koordinationsstörungen einschließlich Gleichgewicht, extrapyramidale Symptome (Zittern, überschießende Bewegungen, Gangstörungen) • Störungen der Sensibilität: Taubheitsgefühle, Mißempfindungen usw. • psychogene Anfälle • Cave: (350) Sinneswahrnehmung, (352) Kopfschmerz, (353) Migräne, (370–373) Schmerzen 	384	Depressive Eßstörung
352	Funktioneller Kopfschmerz	385	Binge eating disorder
353	Migräne	386	Adipositas
360	Funktionelle Symptome des endokrinen Systems	387	Gewichtsprobleme <ul style="list-style-type: none"> • solange nicht die Ziffern 380–386 verwandt werden müssen
361	Psychovegetatives Syndrom (Schweißausbrüche, Schwindel, Zittern) <ul style="list-style-type: none"> • Cave: wenn unzusammenhängende körperliche Symptome → 362 	390	Allgemein: Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz
362	Multiple Somatisierungen <ul style="list-style-type: none"> • entweder globale Formulierung („körperliche Beschwerden“) oder die Benennung von mindestens 3 nicht im Zusammenhang stehenden Somatisierungen • Cave: wenn psychovegetative Symptome → 361 	391	Körperliche, psychophysische Stabilität <ul style="list-style-type: none"> • auch Gesundheit/gesund werden • Konzentrationsfähigkeit, wenn nicht kontextuell spezifiziert
370	Allgemein: (funktionelles) Schmerzsymptom	393	Trainingsbefund des Körpers (Aktivierung)
371	Funktionelles Schmerzsymptom mit Bewegungseinschränkung	393	Körperbeherrschung
372	Funktionelles Schmerzsymptom mit Medikamentenabusus	394	Wahrnehmung des Mitteilungscharakters von Symptomen („Psychogenese“) <ul style="list-style-type: none"> • z. B. bei der Einleitung/Probebehandlung
373	Funktionelles Schmerzsymptom in Verbindung mit weiteren psychischen Problemen	395	körperliche „Verwöhnung“/Pflege/Berührung (Massage/Fango) <ul style="list-style-type: none"> • wenn es z. B. darum geht, daß der Patient den konstruktiven Umgang mit der eigenen Körperlichkeit (wieder) erwirbt; dies ist auch z. B. als eigenes Therapieziel bei einer Neurodermitis o. ä. möglich
374	Funktionelle Beschwerden der Skelettmuskulatur und des Bewegungsapparats <ul style="list-style-type: none"> • im orthopädischen Sinn: Verspannungen, Steifigkeitsgefühle, Fehlhaltungen (außer Dystonie, 351) • Cave: wenn im Zusammenhang mit Schmerzen → 371 	396	Vertrauen in den Körper (wieder-)finden („fit werden bzw. fühlen“) <ul style="list-style-type: none"> • häufig in dieser Weise von Patienten genanntes Therapieziel • wenn nicht körperlich krank (sonst → 391)
378	Funktionelle Schlafstörung	399	Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 3
380	Allgemein: Eßstörung <ul style="list-style-type: none"> • solange nicht näher bekannt. 		

Hauptkategorie 4: Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Symptomen:

- 401 Coping notwendiger Medikamente (z. B. Diabeteseinstellung)**
- hier auch Durchführung einer prophylaktischen Medikation (z. B. Marcumar)
- 402 Reduktion/Absetzen von Psychopharmaka**
- Cave: nicht gemeint ist eine notwendige Behandlung mit Psychopharmaka (z. B. Rezidivprophylaxe)
- 403 Medikamentenabusus**
- (konflikthafter) Abusus bis zur manifesten Suchterkrankung
- 404 Reduktion/Absetzen von „Nichtpsychopharmaka“**
- gemeint sind alle anderen bzw. nicht näher bezeichneten Medikamente
 - Cave: (403) konflikthafter Abusus
- 410 Allgemein: Suchtverhalten bzw. polyvalenter Suchtmittelabusus**
- wenn nicht näher bekannt oder bei Polytoxikomanie
- 411 Alkoholabusus**
- (konflikthafter) Abusus bis zur manifesten Suchterkrankung

- 412 Nikotinabusus**
- (konflikthafter) Abusus bis zur manifesten Suchterkrankung
- 413 Konsum „weicher“ illegaler Drogen**
- (konflikthafter) Abusus bis zur manifesten Suchterkrankung
- 414 Konsum „harter“ illegaler Drogen**
- (konflikthafter) Abusus bis zur manifesten Suchterkrankung
- 420 Spielsucht**
- u. U. auch mit Verschuldung; soll die Auseinandersetzung mit der Überschuldung als eigenes ITZ gesehen werden, kann Ziffer 212 eingesetzt werden
- 430 Kaufsucht**
- u. U. auch mit Verschuldung; soll die Auseinandersetzung mit der Überschuldung als eigenes ITZ gesehen werden, kann Ziffer 212 eingesetzt werden
- 499 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 4**

Hauptkategorie 5: sozialmedizinische und Rehabilitationsziele

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Symptomen:

- 501 Krankheitsbewältigung, Leben mit der Krankheit**
- sowohl chronische organische wie psychische Erkrankungen, unabhängig vom Schweregrad
- 502 Förderung des Gesundheitsverhaltens**
- in einem allgemeinen Sinne ohne Betonung speziellen Risikoverhaltens (→ 503)
- 503 Veränderung des Risikoverhaltens (Bewegungsmangel, Nikotin usw.)**
- insofern die bewußte Veränderung des Risikoverhaltens intendiertes Therapieziel ist
- 504 Klärung der sozialmedizinischen Situation zusammen mit dem Patienten**
- 505 Motivierung zu, Planung und Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen**
- 506 Stärkung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung**
- Probleme der Selbstorganisation und Hierarchiebildung bei mehreren konflikthaftern Motivlagen gleichzeitig, ohne daß damit zugleich unbedingt Lösungsansätze erarbeitet werden müssen

- 507 Sicherung und Wiedergewinnung der sozialen Integration**
- 508 Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit**
- im Sinne von Training, nicht von Gesundheit
 - z. B. über die erfolgreiche Teilnahme an ergotherapeutischen Behandlungselementen oder Belastungserprobung – auch außerhalb der Klinik bei stationärer Behandlung
 - Cave: (391) gesund werden, (396) fit werden
- 509 Befähigung zur selbständigen Organisation sozialer Hilfen**
- Therapieziel ist die eigenständige Realisierung von zunächst durch Beratung oder Anleitung (z. B. auch durch Sozialarbeiter) zur Kenntnis gebrachten sozialen Unterstützungsmöglichkeiten; dies kann für die finanzielle Seite („Hilfe zum Lebensunterhalt“ usw.) oder auch soziale Dienste („Pflegeversicherung“ usw.) gelten
- 510 Motivierung zur Freizeitgestaltung**
- Anleitung, Anregung und/oder Einübung zur eigenen Gestaltung verfügbarer Zeit

511	Förderung der Kreativität	599	Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 5
512	Klärung bzw. Organisation der Wohnsituation	999	Nicht näher bezeichnetes Problemfeld, keiner der vorhandenen Hauptkategorien zuzuordnen
513	Delinquenz (Kleptomanie usw.) <ul style="list-style-type: none"> Umgang mit den realen Folgen von Tat oder Unterlassung; Cave: (107) intrapsychischer Umgang mit Schuld 		
514	Überschuldung, finanzielle Probleme <ul style="list-style-type: none"> hier auch die Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit der Problematik bis zur Schaffung einer Lösungsperspektive 		

Tabelle 2: Anzahl der Individuellen Therapieziele

formulierte Ziele	Patienten (n=100)	Therapeuten (n=100)
Kein Ziel	7	4
1 Ziel	19	0
2 Ziele	24	4
3 Ziele	19	26
4 Ziele	15	27
5 Ziele	16	39

Tabelle 3: Ergebnisse der Kategorisierung der Individuellen Therapieziele der jugendlichen Patienten und ihrer Therapeuten (HKT = Hauptkategorie, EKT = Einzelkategorie)

□ neue EKT

□ veränderte EKT

□ gestrichene EKT

	Patientenangaben			Therapeutenangaben			ITZ insgesamt
	Mädchen	Jungen	gesamt	Mädchen	Jungen	gesamt	
EKT 101	7	-	7	21	6	27	34
102	-	-	-	-	1	1	1
103	5	5	10	4	4	8	18
104	4	-	4	6	2	8	12
105	-	-	-	1	-	1	1
106	2	-	2	2	-	2	4
107	-	-	-	-	-	-	-
108	1	1	2	2	-	2	4
109	-	-	-	-	-	-	-
110	2	1	3	10	5	15	18

111	13	1	14	13	-	13	27
112	1	-	1	2	1	3	4
113	-	-	-	-	1	1	1
114	-	-	-	-	-	-	-
115	2	-	2	4	7	11	13
116	5	5	10	10	6	16	26
117	5	1	6	8	5	13	19
118	3	-	3	5	2	7	10
119	-	3	3	1	-	1	4
120	-	-	-	1	-	1	1
121	-	-	-	1	-	1	1
122	-	-	-	-	-	-	-
123	-	-	-	-	-	-	-
124	-	-	-	-	-	-	-
125	2	-	2	3	1	4	6
126	2	-	2	3	1	4	6
127	7	1	8	1	-	1	9
128	-	-	-	1	-	1	1
130	2	-	2	3	-	3	5
131	-	-	-	-	-	-	-
132	-	-	-	-	-	-	-
140	-	-	-	-	-	-	-
141	-	-	-	1	1	2	2
142	-	-	-	-	-	-	-
143	2	-	2	2	-	2	4
144	1	-	1	2	-	2	3
150	2	-	2	7	6	13	15
151	3	2	5	-	-	-	5
152	1	-	1	5	-	5	6
199	-	2	2	1	1	2	4
HKT 1	72	22	94	120	50	170	264
EKT 201	1	-	1	-	-	-	1
202	-	-	-	-	-	-	-
203	-	-	-	-	-	-	-
204	-	-	-	-	-	-	-
205	-	-	-	-	-	-	-
206	4	5	9	9	6	15	24
207	2	1	3	4	5	9	12
208	2	5	7	1	2	3	10
209	-	-	-	-	-	-	-
210	-	-	-	-	-	-	-
213	-	-	-	-	-	-	-
214	2	1	3	14	1	15	18
215	4	3	7	6	4	10	17
216	-	-	-	-	-	-	-
217	8	3	11	15	12	27	38
299	-	-	-	-	-	-	-
HKT 2	23	18	41	49	30	79	120
EKT 301	-	-	-	-	1	1	1
302	-	-	-	-	1	1	1
303	-	-	-	-	-	-	-
304	-	-	-	-	-	-	-

310	-	-	-	-	-	-	-
320	-	-	-	-	-	-	-
321	1	1	2	1	1	2	4
330	-	-	-	-	-	-	-
331	-	-	-	-	-	-	-
332	-	-	-	-	-	-	-
340	-	-	-	-	-	-	-
341	-	-	-	-	-	-	-
342	1	1	2	-	1	1	3
343	1	1	2	1	2	3	5
344	1	1	2	1	1	2	4
345	-	-	-	-	-	-	-
346	-	-	-	-	-	-	-
347	-	-	-	-	-	-	-
348	-	-	-	-	-	-	-
350	1	-	1	-	-	-	1
351	-	1	1	-	1	1	2
352	-	2	2	-	1	1	3
353	-	-	-	-	-	-	-
360	-	-	-	-	-	-	-
361	-	-	-	-	-	-	-
362	1	-	1	-	-	-	1
370	2	3	5	2	1	3	8
371	-	-	-	-	-	-	-
372	-	-	-	-	-	-	-
373	1	-	1	-	-	-	1
374	-	-	-	-	-	-	-
378	1	1	2	-	-	-	2
380	31	-	31	20	1	21	52
381	7	1	8	11	-	11	19
382	6	-	6	12	-	12	18
383	-	-	-	1	-	1	1
384	-	-	-	-	-	-	-
385	-	-	-	1	-	1	1
386	2	-	2	1	1	2	4
387	5	-	5	8	1	9	14
390	16	-	16	7	1	8	24
391	1	3	4	1	2	3	7
392	1	-	1	-	-	-	1
393	-	-	-	-	-	-	-
394	1	-	1	6	1	7	8
395	-	-	-	-	-	-	-
396	-	-	-	-	-	-	-
399	3	2	5	2	-	2	7
HKT 3	83	17	100	75	17	92	192
EKT 401	-	-	-	1	-	1	1
402	-	-	-	-	-	-	-
403	-	-	-	-	-	-	-
404	-	-	-	-	1	1	1
410	1	-	1	-	-	-	1
411	-	-	-	-	-	-	-
412	-	-	-	-	-	-	-

413	-	-	-	-	-	-	-
414	-	-	-	-	-	-	-
420	-	-	-	-	-	-	-
430	-	-	-	-	-	-	-
499	-	-	-	-	1	1	1
HKT 4	1	-	1	1	2	3	4
EKT 501	4	-	4	1	-	1	5
502	-	-	-	-	-	-	-
503	-	-	-	-	-	-	-
504	-	-	-	1	-	1	1
505	-	-	-	2	4	6	6
506	1	1	2	1	3	4	6
507	2	1	3	-	2	2	5
508	7	4	11	3	3	6	17
509	-	-	-	-	-	-	-
510	2	-	2	2	3	5	7
511	-	-	-	-	-	-	-
512	-	-	-	3	3	6	6
513	-	1	1	-	-	-	1
514	-	-	-	-	-	-	-
515	-	-	-	2	3	5	5
599	-	-	-	-	-	-	-
HKT 5	16	7	23	15	21	36	59
EKT 901	-	1	1	1	5	6	7
999	3	1	4	3	-	3	7
RKT 9	3	2	5	4	5	9	14
	198	66	264	264	125	389	653

Tabelle 4: Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele der Patienten

	Patienten: ITZ					
	Mädchen (n)	%	Jungen (n)	%	gesamt (n)	%
Hauptkategorie 1	72	36,4	22	33,3	94	35,6
Hauptkategorie 2	23	11,6	18	27,3	41	15,5
Hauptkategorie 3	83	41,9	17	25,8	100	37,9
Hauptkategorie 4	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Hauptkategorie 5	16	8,1	7	10,6	23	8,7
Restkategorie 9	3	1,5	2	3,0	5	1,9
	198	100,0	66	100,0	264	100,0

Tabelle 5: Inhaltsanalyse der Haupttherapieziele der Patienten

	Patienten: Haupttherapieziele					
	Mädchen (n)	%	Jungen (n)	%	gesamt (n)	%
Hauptkategorie 1	17	26,2	8	28,6	25	26,9
Hauptkategorie 2	1	1,5	5	17,9	6	6,5
Hauptkategorie 3	41	63,1	13	46,4	54	58,1
Hauptkategorie 4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hauptkategorie 5	5	7,7	0	0,0	5	5,4
Restkategorie 9	1	1,5	2	7,1	3	3,2
	65	100,0	28	100,0	93	100,1

Tabelle 6: Inhaltsanalyse der Individuellen Therapieziele der Therapeuten

	Therapeuten: ITZ					
	Mädchen (n)	%	Jungen (n)	%	gesamt (n)	%
Hauptkategorie 1	120	45,5	50	40,0	170	43,7
Hauptkategorie 2	49	18,6	30	24,0	79	20,3
Hauptkategorie 3	75	28,4	17	13,6	92	23,7
Hauptkategorie 4	1	0,4	2	1,6	3	0,8
Hauptkategorie 5	15	5,7	21	16,8	36	9,3
Restkategorie 9	4	1,5	5	4,0	9	2,3
	264	100,1	125	100,0	389	100,1

Tabelle 7: Inhaltsanalyse der Haupttherapieziele der Therapeuten

	Therapeuten: Haupttherapieziele					
	Mädchen (n)	%	Jungen (n)	%	gesamt (n)	%
Hauptkategorie 1	17	25,8	10	33,3	27	28,1
Hauptkategorie 2	3	4,5	4	13,3	7	7,3
Hauptkategorie 3	42	63,6	9	30,0	51	53,1
Hauptkategorie 4	0	0,0	0	0,0	0	0
Hauptkategorie 5	4	6,1	3	10,0	7	7,3
Restkategorie 9	0	0,0	4	13,3	4	4,2
	66	100,0	30	99,9	96	100,0

**Abbildung 1: ErgeDoku A-Bogen im Original (Patientenversion)
(aus Heuft & Senf 1998a)**

Pat. ⇨ ErgeDoku A

Patientenangaben - Therapie-Beginn und -Ende

**4.1. Qualitative Erfolgsmessung
Therapieziele - Psychotherapie**

Name: _____

Datum der Therapiezielformulierung Datum der Therapiezeleinschätzung*

Ihre Therapieziele für **diese** Behandlung

Wir bitten Sie, nach Möglichkeit bis zu **5 Ihnen wichtige Ziele** für *diese* psychotherapeutische Behandlung zu nennen. Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein und voraussichtlich auch für Sie in der vor Ihnen liegenden Psychotherapie erreichbar sein. Die Therapieziele können alle Problembereiche/Symptome und Schwierigkeiten umfassen. Bitte erläutern Sie zusätzlich mit Beispielen, woran Sie am Behandlungsende feststellen könnten, daß Sie das jeweilige Therapieziel erreicht haben.
Zum Ende der Behandlung werden wir Ihnen diesen Bogen erneut vorlegen mit der Frage, in welchem Ausmaß diese Therapieziele tatsächlich erreicht werden konnten.

1. Therapieziel (Hauptziel) _____

**Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
(1 - 3 Beispiele)**

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Nach der Therapie bitte einschätzen

4	<input type="checkbox"/>	Mehr erreicht als das Therapieziel
3	<input type="checkbox"/>	Therapieziel erreicht
2	<input type="checkbox"/>	Therapieziel teilweise erreicht
1	<input type="checkbox"/>	Therapieziel nicht erreicht
0	<input type="checkbox"/>	Therapieziel entfällt

* Grau unterlegte Felder bitte erst bei Therapie**ende** ausfüllen

© QiP

2. Therapieziel

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
(1 - 3 Beispiele)

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

3. Therapieziel

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
(1 - 3 Beispiele)

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

4. Therapieziel

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
(1 - 3 Beispiele)

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

5. Therapieziel

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
(1 - 3 Beispiele)

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt