

**Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation
in der stationären Rehabilitation
von Patienten mit psychischen Erkrankungen**
—
**Entwicklung und empirische Überprüfung
eines Vorhersagemodells**

Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Klaus Lang

aus Saarbrücken

Hamburg, 2003

Referent: Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Korreferent: Prof. Dr. Franz Caspar

Tag der mündlichen Prüfung: 03.09.2003

Die vorliegende Arbeit wäre ohne die Unterstützung, die ich von verschiedenen Seiten erhalten habe, nicht in dieser Form möglich gewesen. Sie entstand im Rahmen eines Projekts des Norddeutschen Verbundes Rehabilitationsforschung und wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und seiner Mitglieder gefördert, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Holger Schulz für seine intensive fachliche Betreuung und Herrn Prof. Dr. Dr. Uwe Koch für seine strategischen Impulse und das Herstellen wichtiger Arbeitskontakte. Danken möchte ich auch den übrigen Mitgliedern der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für zahlreiche Fachdiskussionen und kaum zählbare Stunden der EDV-Erfassung von Fragebogendaten.

Für ihre Kooperation bei der aufwändigen Datenerhebung bedanke ich mich bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (namentlich bei Dr. Christiane Korsúkewitz, Dr. Here Klosterhuis, Dr. Peter Nischan, Marlies Winnefeld, Ralf Günther, Tina Fröbe und Tanja Onken), der Landesversicherungsanstalt Westfalen (Hans Gerwinn, Martin Becker und Werner Thiemann) und der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz (Dr. Barbara Kulick, Dirk Enge und Uschi Eckhart).

Allen Patienten, die sich die Zeit zum Ausfüllen von Fragebögen genommen und ihr Einverständnis zur Weitergabe von Versichertendaten gegeben haben, möchte ich an dieser Stelle ebenfalls danken.

Grundlegende Voraussetzungen dieser Dissertation verdanke ich Gabriele Schneider, die mich zum Psychologiestudium ermutigt hat, und Stefanie Tepas, die mir die nötige Distanz zur Arbeit erleichtert hat.

Inhalt

1	Einleitung.....	9
1.1	Stationäre Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen in der BRD	9
1.2	Der formale Zugangsweg zur Rehabilitation	11
1.3	Mitwirkungspflicht.....	12
1.4	Behandlungsabbrüche	13
2	Behandlungsabbrüche in der Psychotherapie- und Rehabilitationsforschung.....	14
2.1	Definition von Behandlungsabbrüchen.....	14
2.2	Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen	21
2.3	Das Behandlungsergebnis nach Behandlungsabbrüchen	25
2.3.1	Das Behandlungsergebnis zum Entlassungszeitpunkt	26
2.3.2	Das Behandlungsergebnis in der Katamnese	27
2.3.3	Fazit.....	29
2.4	Mögliche Ursachen für Behandlungsabbrüche	30
2.4.1	Patientenseitige Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch.....	30
2.4.2	Externe Abbruchgründe	51
2.4.3	Mögliche Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen auf Seiten von Klinik und Behandlern	52
2.4.4	Mögliche Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen auf Seiten der zuweisenden Instanzen.....	53
2.4.5	Retrospektiv erfragte Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen	55
2.4.6	Merkmale des Therapieprozesses im Zusammenhang mit vorzeitigen Behandlungsbeendigungen	59
2.5	Zusammenfassende Bewertung.....	60
3	Motivation im Kontext von Psychotherapie, Rehabilitation und Gesundheitsverhalten	63
3.1	Konzepte von Psychotherapiemotivation.....	64
3.1.1	Geschichtliche Entwicklung	64
3.1.2	Neuere Konzeptionen.....	68
3.1.3	Aktuelle konzeptionelle Fragen	77
3.2	Die Erfassung von Psychotherapiemotivation	79
3.2.1	Fremdbeurteilungsinstrumente.....	79
3.2.2	Selbstbeurteilungsinstrumente	82
3.3	Spezielle Aspekte der Psychotherapiemotivation im Zusammenhang mit stationären Rehabilitationsmaßnahmen	88
3.4	Motivationale Konzepte von Gesundheitsverhalten	90
3.4.1	Das Health Belief Modell	92
3.4.2	Die Theorie der Handlungsveranlassung, Theorie des geplanten Verhaltens und das Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung.....	93
3.4.3	Die Theorie der Schutzmotivation	95
3.4.4	Die Volitionstheorie.....	96
3.4.5	Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	97

3.4.6	Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung	99
3.4.7	Vergleich und Resümee der beschriebenen Modelle	100
4	Das sozialkognitive Prozessmodell der vorzeitigen Behandlungsbeendigung.....	106
5	Schlussfolgerungen und Fragestellungen der vorliegenden Studie.....	116
6	Methoden	117
6.1	Design	117
6.2	Gewinnung der Stichprobe.....	117
6.3	Durchführung der Untersuchung	118
6.4	Variablen	119
6.4.1	Skalenkürzung und -konstruktion	119
6.4.2	Per Fragebogen erhobene Variablen	124
6.4.3	Daten aus dem Entlassungsbericht.....	128
6.4.4	Definition Behandlungsabbruch	128
6.5	Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsanalyse	129
6.6	Skalenbildung.....	131
6.6.1	Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12	131
6.6.2	Subskalen aus der SCL-90-R	135
6.6.3	Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (GKÜ)	138
6.6.4	Intention zur Mitarbeit, Kompetenzerwartung, Frustrationstoleranz und Persistenzüberzeugung.....	139
6.6.5	Behandlungserwartungen und -ziele.....	143
6.6.6	Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23)	145
6.6.7	Einzelitems mit nicht-metrischem Skalenniveau	147
6.7	Hypothesen.....	150
6.7.1	Erklärung der Intention zur Mitarbeit	150
6.7.2	Vorhersage vorzeitiger Entlassungen.....	151
6.8	Statistische Modelle	154
7	Ergebnisse	155
7.1	Erklärung der Intention zur Mitarbeit	155
7.1.1	Statistische Anwendungsvoraussetzungen.....	155
7.1.2	Regression der Intention zur Mitarbeit	159
7.1.3	Pfadanalysen	166
7.1.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothesen 1a bis c	172
7.2	Vorhersage von Behandlungsabbrüchen.....	174
8	Diskussion	184
8.1	Empirische Überprüfung des Modells der Intention zur Mitarbeit.....	186
8.1.1	Bewertung der Varianzaufklärung an der Intention zur Mitarbeit.....	187
8.1.2	Unerwartete Erklärungsbeiträge für die Intention zur Mitarbeit	190
8.1.3	Erklärung der Variablen Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung.....	194
8.1.4	Generalisierbarkeit	198
8.1.5	Implikationen für die Konzeptualisierung von Psychotherapiemotivation.....	199
8.2	Vorhersage von Behandlungsabbrüchen.....	202

8.2.1	Mögliche Ursachen für die mangelnde Prognostizierbarkeit von Behandlungsabbrüchen	204
8.2.2	Generalisierbarkeit	208
8.2.3	Implikationen für Zuweisungspraxis und Therapie	210
8.2.4	Implikationen für die Forschung.....	211
9	Zusammenfassung.....	213
10	Literatur.....	215
11	Anhang.....	228
11.1	Ergänzende Abbildungen und Tabellen	228
11.2	Fragebogen zur Skalenkonstruktion in der Vorstudie.....	236
11.3	Fragebogen für Patienten	241
11.4	Textmaterial für angeschriebene Patienten	253

1 Einleitung

In der vorliegenden Untersuchung werden Behandlungsabbrüche in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen und ihr Zusammenhang zur Therapiemotivation analysiert. Die Arbeit gliedert sich in eine Einführung in das bundesdeutsche Versorgungssystem der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (Kapitel 1) und eine Literaturanalyse des Forschungsstandes zu Behandlungsabbrüchen stationärer Psychotherapien (Kapitel 2) sowie einschlägigen Motivationstheorien (Kapitel 3). In Kapitel 4 wird ein eigenes motivationales Modell zur Vorhersage von Behandlungsabbrüchen entwickelt. Aus diesem Modell werden Fragestellungen abgeleitet (Kapitel 5), die in einer empirischen Studie (Kapitel 6 und 7) überprüft werden. Die entsprechenden Ergebnisse werden schließlich vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes diskutiert (Kapitel 8).

Der folgende Abschnitt (1.1) gibt einen kurzen Überblick über den Stellenwert des Versorgungszweigs der stationären Rehabilitation psychisch Kranker in der bundesdeutschen psychotherapeutischen Versorgungslandschaft sowie über seine vorherrschenden Behandlungskonzepte. In den nachfolgenden Abschnitten (1.2 bis 1.4) werden die Zugangswege zur Rehabilitation skizziert sowie in die Themen *Mitwirkungspflicht* und *Abbruch von Rehabilitationsmaßnahmen* eingeführt.

1.1 Stationäre Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen in der BRD

Die psychotherapeutische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland verfügt nach H. Schulz und Koch (2002b) im internationalen Vergleich über mehrere Besonderheiten. Sie weist (1) ein ungewöhnlich stark ausgebautes stationäres Versorgungssystem auf. Dieses System hat sich (2), im Gegensatz zu anderen Industrienationen, größtenteils außerhalb der psychiatrischen Versorgung entwickelt. Die Mehrzahl der Psychotherapiebetten wird (3) im Bereich der medizinischen Rehabilitation (laut Autoren mit schätzungsweise 11350 Betten gegenüber ca. 4850 Betten in der Akutversorgung) vorgehalten. Die Gründe für diese besondere Versorgungssituation sind vielfältig und reichen vermutlich von der Tradition des deutschen Kurwesens über die Vernachlässigung psychotherapeutischer zugunsten pharmakologischer Behandlungskonzepte in der Nachkriegspsychiatrie bis zur kostengünstigeren Leistungserbringung in der Rehabilitation (Koch & Potreck-Rose, 1994; Paar, 2001; H. Schulz & Koch, 2002b). Akute und rehabilitative psychotherapeutische Versorgung lassen sich inhaltlich allerdings schwer voneinander abgrenzen. Kriterien wie Chronifizierung, Behandlungsziel, Ausmaß vitaler Gefährdung, Alltagsbeeinträchtigung oder Art und Dichte therapeuti-

scher Maßnahmen besitzen – soweit die empirische Datengrundlage Beurteilungen erlaubt – keine Unterscheidungskraft zwischen beiden Versorgungszweigen (H. Schulz & Koch, 2002a). Rehabilitationsmaßnahmen von Patienten mit psychischen Erkrankungen werden fast ausschließlich stationär durchgeführt.

Für diesen Versorgungszweig hat sich auch der Begriff *psychosomatische Rehabilitation* etabliert, da die medizinische Rehabilitation in den 60er und 70er Jahren zunehmend die Bedeutung „psychovegetativer“ und „psychosomatischer“ Störungen erkannte und in der Folge sog. „psychosomatische Fachkliniken“ entstanden. Der Begriff ist insoweit irreführend, als das Indikationsspektrum der psychosomatischen Rehabilitation weit über die klassischen Psychosomatosen hinausgeht. Stattdessen werden Störungen aus dem gesamten F-Kapitel der International Classification of Diseases (ICD-10) behandelt, wobei akute Psychosen, akute Suchterkrankungen, akute Suizidgefährdung und gerontopsychiatrische Erkrankungen zu- meist Ausschlussindikationen darstellen (Paar, 2001). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff *psychosomatische Rehabilitation* wegen seiner Prägnanz der Formulierung *Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen* vorgezogen.

Häufigste Hauptdiagnosen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation waren im Jahr 2001 die affektiven Störungen (ICD-10: F30-39 mit 35 %), Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43, 23 %) somatoforme Störungen (F45, 12 %) und Angststörungen (F40-41, 11 %). Insgesamt waren in jenem Jahr 96824 Maßnahmen durchgeführt worden (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2002). Die Behandlungsdauern liegen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation meist zwischen 4 und 8 Wochen (Lang, Lotz-Rambaldi, Koch & Schulz, 1999b), im Durchschnitt bei 40 Tagen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2002). Psychotherapie wird sowohl im Einzel- wie im Gruppensetting angewendet. Genauere Zahlen liegen hier aus der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) vor, deren Patienten im Jahr 2000 wöchentlich 2 bis 2.5 Stunden Gruppenpsychotherapie und ca. 1.5 Stunden Einzelpsychotherapie erhielten (Irle, Grünbeck & Amberger, 2002). Während zu Beginn der neunziger Jahre etwa zwei Drittel der psychosomatischen Rehabilitationskliniken nach tiefenpsychologischen oder psychoanalytischen Behandlungskonzepten arbeiteten (Potreck-Rose, Matthey & Neun, 1994), ist in jüngerer Zeit ein Trend zu verhaltensmedizinischen und gemischten Konzepten zu beobachten. So wurden im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger (vgl. Kawski & Koch, 1999) 32 % von 69 untersuchten psychosomatischen Fachkliniken als psychoanalytisch/tiefenpsychologisch, 19 % als verhaltensmedizinisch und 38 % als Kombination aus den

beiden erstgenannten Verfahren eingestuft¹. Neben Psychotherapie, die das Kernstück psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen bildet, kommen Kreativtherapien (Gestaltungstherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Musiktherapie), Pharmakotherapie, Sozialberatung, Diätverschreibung und -beratung, physikalische Therapie und Sporttherapie zur Anwendung (Neun, 1998).

1.2 Der formale Zugangsweg zur Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen werden von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht, um Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu beheben oder zu vermindern, die aus einer bestehenden oder drohenden Erkrankung oder Behinderung resultieren (§ 9 SGB VI). Die Leistungen werden dabei grundsätzlich auf Antrag des Versicherten erbracht (§ 19 SGB IV). Ein entsprechender Antrag kann durch Ärzte, Kranken- und Pflegekassen, Arbeitsämter, Gesundheitsämter, Sozialämter oder Versorgungsämter angeregt werden. Zur Antragsstellung kann ein Versicherter auch aufgefordert werden, und zwar von den Krankenkassen, wenn die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet bzw. gemindert ist (§ 51 SGB V), oder vom Arbeitsamt, wenn die Leistungsfähigkeit eines Arbeitslosen mit Anspruch auf Arbeitslosengeld oder -hilfe gemindert ist (§ 105a Abs. 2 AFG). Ferner prüft die Rentenversicherung nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI) bei jedem Antrag auf Frühberentung, ob letztere durch eine Rehabilitationsmaßnahme abgewendet werden kann. In der Regel ist bei Erwerbstätigen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, die Rentenversicherung als Leistungsträger einer Rehabilitationsmaßnahme zuständig (Subsidiaritätsprinzip, § 40, Abs. 4 SGB V). Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich deshalb auf die von der Rentenversicherung (RV) getragenen Rehabilitationsmaßnahmen. Sind neben versicherungsrechtlichen auch die sozialmedizinischen Leistungsvoraussetzungen (Vorliegen einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, Rehabilitationsfähigkeit i.S. ausreichender Belastbarkeit, ausreichende Rehabilitationsprognose, Ausschöpfung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten) erfüllt, erhält der Versicherte von seinem RV-Träger einen formellen Bewilligungsbescheid. In diesem wird ihm die vom RV-Träger bestimmte Rehabilitationseinrichtung mitgeteilt, die den Versicherten dann zwecks Vorinformation und Aufnahmezeitpunkt kontaktiert. Der Bewilligungsbescheid enthält auch die bewilligte Behandlungsdauer, die, falls medizinisch erforderlich, während des Aufenthaltes in Abstimmung mit dem RV-Träger verlängert wer-

¹ Das Kriterium für die Klassifizierung „kombiniert“ lag mit dem Vorhandensein mind. einer „anderen“ diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme relativ niedrig, so dass der Anteil kombinierter Behandlungen möglicherweise überschätzt wird.

den kann (für einen detaillierteren Überblick zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen vgl. Schliehe & Röcklein, 1998).

1.3 Mitwirkungspflicht

In den §§ 60 bis 66 SGB I sind Mitwirkungspflichten für den Versicherten im Zusammenhang mit Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung festgeschrieben. Danach hat er – in den Grenzen von Erfordernis, Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit (§ 65 SGB I) – neben den Pflichten zur Auskunft und der Teilnahme an ärztlichen und psychologischen Untersuchungen unter anderem auch an erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen mitzuwirken. Anderenfalls kann der RV-Träger Leistungen wie die Rentenzahlung ganz oder teilweise bis zur Nachholung der Mitwirkung versagen (Kulpe, 1986).

Die gesetzlich geforderte Mitwirkung an einer Rehabilitationsmaßnahme lässt sich in der Praxis allerdings schwer konkretisieren und erschöpft sich letztlich in einer Pflicht zur Anwesenheit. Gerade in der psychosomatischen Rehabilitation wird vom Patienten jedoch über seine bloße Anwesenheit hinaus ein hohes Maß an aktiver Mitarbeit verlangt. So soll er im Rahmen der Psychotherapie zur Reflexion eigener Beziehungen, Handlungen, Gedanken und Gefühle bereit sein und diese auch partiell verändern können. Diese Formen aktiver Mitarbeit können aus verschiedenen Gründen ausbleiben. Haben Patienten ein organisches Krankheitsverständnis (z.B. bei Somatisierungsstörungen), so ist ihnen nicht ohne weiteres zu vermitteln, warum sie in einer Psychotherapie psychologische Zusammenhänge reflektieren sollen. Ähnliches gilt für Patienten mit ich-syntonen Störungen, bei denen eine mangelnde Einsicht und Veränderungsbereitschaft zum Krankheitsbild gehört. Des weiteren können eine nur gering ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstreflexion oder große Scham beim Offenbaren persönlicher Schwierigkeiten in einer Therapiegruppe die aktive Mitarbeit erschweren. Schließlich ist auch ein sekundärer Krankheitsgewinn (beispielsweise in Form von beruflicher bzw. familiärer Entlastung oder in Aussicht stehender Frühberentung) denkbar, der einer aktiven Mitarbeit des Versicherten im Wege stehen kann. In diesen Fällen ist die Motivation zur Psychotherapie weniger als Voraussetzung, sondern als Ziel der rehabilitativen Behandlung zu betrachten. Im Idealfall kann ein solcher Patient in der Rehabilitation zu einer nachfolgenden ambulanten Psychotherapie motiviert werden. Da eine aktive Mitarbeit an der Rehabilitationsmaßnahme nicht erzwungen werden kann, findet psychosomatische Rehabilitation – wie jede Form von Psychotherapie – an der Autonomie des Patienten ihre Grenze. Eine Duldungspflicht besteht für einen Versicherten nicht, wenn er die Grenzen von Erfordernis, Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit überschritten sieht (Kulpe, 1986). Dort, wo eine Motivie-

nung zur Psychotherapie nicht gelingt, ist eine vorzeitige Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme unter Umständen die „psychotherapeutisch angemessene wie ethisch korrekte Lösung“ (Mans, 1994, S. 226).

1.4 Behandlungsabbrüche

Nach eigenen Berechnungen auf Grundlage der Rehabilitationsstatistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) werden ca. 9 % der stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen vorzeitig beendet (Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b). Bei 96824 durchgeführten Maßnahmen im Jahr 2001 ergibt sich damit eine Zahl von ca. 8700 vorzeitigen Entlassungen². Diese können sich auf alle beteiligten Akteure auswirken. So können sie – insbesondere, wenn sie konflikthaft verlaufen – für *Patienten* mit negativen emotionalen Reaktionen wie Enttäuschung oder Ärger, mit Rechtfertigungsnöten, mit eingeschränktem Rehabilitationserfolg und dadurch mit der möglichen Fixierung eines organischen Krankheitskonzepts, der Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsdienstleistungen und entsprechenden Folgekosten verbunden sein. Im *Therapeutenteam* können sie als Scheitern eigenen Engagements oder als Hinweis auf fachliche oder persönliche Defizite bewertet werden. Für *Kliniken* ist mit erhöhtem Organisationsaufwand, finanziellen Einbußen oder Imageverlust zu rechnen. Aus Perspektive der *Leistungsträger* schlägt eine möglicherweise umsonst finanzierte Maßnahme negativ zu Buche; gleichzeitig kann es durch eine vorzeitige Entlassung aber auch zur Einsparung eines Kostenanteils für eine eventuell erfolglose Behandlung kommen. Unter bestimmten Bedingungen sind auch für Patienten und Therapeuten positive Folgen denkbar wie Entlastung von Überforderung für Patienten oder Lösung interaktioneller Probleme für Behandler.

Die angedeuteten Auswirkungen werfen Fragen nach einer genaueren Analyse von Abbruchfolgen, wegen des möglichen Überwiegens negativer Folgen aber auch nach den Ursachen und der Vermeidbarkeit von Behandlungsabbrüchen auf. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die *Ursachen* von Behandlungsabbrüchen und fokussiert dabei im Rahmen einer Analyse patientenseitiger Ausgangsbedingungen vor allem die Behandlungsmotivation³.

² Ob jede dieser vorzeitigen Entlassungen als Abbruch bezeichnet werden sollte, ist eine definitorische Frage, die in Kapitel 2.1 eingehender behandelt wird.

³ Zur Analyse der *Folgen* von Behandlungsabbrüchen (klinisch, sozialmedizinisch und gesundheitsökonomisch) vgl. Lang, Lotz-Rambaldi, Barghaan, Koch & Schulz (2002)

2 Behandlungsabbrüche in der Psychotherapie- und Rehabilitationsforschung

Im vorliegenden Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand zu Abbrüchen stationärer Psychotherapien bzw. psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen zusammenfassend dargestellt. Da Abbrüche sehr unterschiedlich definiert werden, werden nachfolgend zunächst verschiedene Begriffsdefinitionen diskutiert, bevor Daten zur Häufigkeit, zum Behandlungsergebnis sowie zu möglichen Ursachen von Abbrüchen zusammengetragen werden.

2.1 Definition von Behandlungsabbrüchen

Untersuchungen von Behandlungsabbrüchen beziehen sich in der Mehrzahl auf ambulant durchgeführte Psychotherapien, weil dieses Setting im Gegensatz zur bundesdeutschen Versorgungsstruktur international überwiegt (vgl. die Übersichten von Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Ambulantem wie stationärem Setting gemeinsam ist jedoch die Schwierigkeit einer Definition des Behandlungsabbruchs. Bei ambulanten Therapien wird ein Abbruch in der Regel entweder über die Anzahl absolvierter Sitzungen, über das Fernbleiben zum vereinbarten Termin oder über Therapeutenurteile operationalisiert (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Bei der Wahl der absolvierten Sitzungszahl als Kriterium – wie von den meisten Autoren vorgenommen – herrscht darüber hinaus Dissens über die genaue Anzahl, unterhalb derer eine Beendigung als Abbruch bezeichnet werden soll. Es verwundert nicht, dass die Abbruchraten je nach Begriffsdefinition erheblich schwanken, wie Wierzbicki und Pekarik (1993) in einer Metaanalyse gezeigt haben.

Im Bereich der *stationären* psychosomatischen Rehabilitation wirft die Abbruchdefinition ähnliche Fragen auf. Obwohl hier inzwischen einige Arbeiten zum Behandlungsabbruch vorliegen, sind deren Ergebnisse hinsichtlich der Abbruchquoten, Prädiktoren und Behandlungsergebnisse wegen sehr unterschiedlicher Abbruchdefinitionen kaum miteinander vergleichbar – abgesehen von Unterschieden in anderen Merkmalen (Behandlungskonzept, Belegungsstruktur), die beim klinikübergreifenden Vergleich berücksichtigt werden müssen. Neben der Definitionsvielfalt wird die Rezeption der Literatur zu Behandlungsabbrüchen auch dadurch erschwert, dass eine Definition des Abbruchs mitunter gar nicht expliziert und auf die Problematik unterschiedlicher Definitionen nicht eingegangen wird.

Für die Definition des Behandlungsabbruchs in der stationären psychosomatischen Rehabilitation kann die Entlassungsform herangezogen werden, die vom Bezugstherapeuten im Reha-Entlassungsbericht kodiert wird. Mögliche Entlassungsformen werden vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1997) wie folgt definiert (Tabelle 1):

Tabelle 1: Definition der Entlassungsformen im Reha-Entlassungsbericht (nach VDR 1997).

Entlassungsform	Definition
1. regulär	Der Bewilligungsrahmen wurde einschließlich der ggf. erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft oder nicht vollständig benötigt, weil das Rehabilitationsziel früher erreicht werden konnte.
2. vorzeitig auf ärztl. Veranlassung	Erfolgt aus medizinischen Gründen, wenn eine Belastbarkeit für rehabilitative Maßnahmen nicht (mehr) besteht, eine spezielle Diagnostik oder Therapie zu Lasten der Krankenkasse am Heimatort erforderlich oder eine Fortsetzung der Reha nicht erfolgversprechend ist.
3. vorzeitig mit ärztl. Einverständnis	Erfolgt auf Wunsch des Rehabilitanden aus dringenden persönlichen Gründen mit Einverständnis des behandelnden Arztes.
4. vorzeitig ohne ärztl. Einverst.	Rehabilitand bricht die Maßnahme eigenmächtig ohne Einverständnis des behandelnden Arztes ab (gilt auch für die Abreise am Aufnahmetag).
5. disziplinarisch	Klinik veranlasst Entlassung aufgrund von Verstößen gegen die Hausordnung (z.B. Alkoholverbot) oder therapeutische Verträge (z.B. Gewichtsverträge)
6. verlegt	Erfolgt in eine andere Rehabilitationseinrichtung oder in akutmedizinische Behandlung.
9. verstorben	

Ausgehend von Tabelle 1 besteht eine mögliche Definition von Behandlungsabbrüchen in der Einbeziehung all derjenigen Entlassungsformen, die nicht als regulär oder verstorben⁴ kodiert sind. Eine derartige Definition über die Entlassungsformen 2-6 wurde beispielsweise von (Paar, Kriebel & Noack, 1994; Rosin & Wilmers, 1998; Ruff & Werner, 1988) vorgenommen.

Vorteile einer derart weit gefassten Definition liegen erstens in ihrer einfachen Handhabbarkeit, da man sich ausschließlich an der kodierten Entlassungsform orientiert. Zweitens wird mit der Einbeziehung aller nicht-regulär Entlassenen eine hohe Sensitivität der Abbruchdefinition erreicht.

Von Nachteil ist allerdings, dass durch eine derart weit gefasste Definition eine sehr heterogene Gruppe von Entlassungen entstehen kann. Die Entlassungsformen 2-6 scheinen kaum miteinander vergleichbar, wenn man bedenkt, dass gemäß obigen Definitionen einer Verlegung zwingende somatische oder psychiatrische Anlässe zugrunde liegen sollen, während bei disziplinarischen Entlassungen Regelverstöße vorangegangen, bei vorzeitigen Entlassungen mit oder ohne ärztlichem Einverständnis der Patientenwunsch ausschlaggebend sein soll und

⁴ Die Entlassungsform „verstorben“ wurde bei 56630 im Jahre 1997 durchgeführten psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen des VDR nur zweimal kodiert. Da Todesfälle in diesem Indikationsbereich offensichtlich extrem selten sind, wird im Folgenden auf ihre Betrachtung verzichtet.

bei vorzeitigen Entlassungen auf ärztliche Veranlassung wiederum die Therapeuteneinschätzung von Prognose und Rehabilitationsfähigkeit im Vordergrund stehen soll.

Neben der inhaltlichen Heterogenität besteht bei der weit gefassten Abbruchdefinition eine Heterogenität hinsichtlich der Verweildauer in der Klinik. Hier stellt sich die Frage, ob eine vorzeitige Entlassung nach zwei Behandlungstagen vergleichbar ist mit einer, die nach sechs Behandlungswochen erfolgt. Unter einer Dosis-Wirkungs-Zusammenhangsannahme (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986) läge die Vermutung nahe, dass Patienten nach langer Aufenthaltsdauer ungeachtet einer vorzeitigen Entlassung in bedeutsamem Ausmaß von der Behandlung profitiert haben sollten. Bisherige Befunde aus der Abbruchforschung deuten jedoch darauf hin, dass dies nicht der Fall sein muss, dass vorzeitige Entlassungen vielmehr auch nach längeren Aufenthaltsdauern noch mit schlechteren Behandlungsergebnissen einhergehen können als reguläre Entlassungen (z.B. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1999; H. Schulz, Lang, Lotz-Rambaldi, Bürger & Koch, 1999; Vandereycken & Pierloot, 1983; vgl. auch Kapitel 2.3 zum Behandlungsergebnis nach Abbrüchen). Diese Befunde legen nahe, auch sogenannte *späte Abbrüche* zu untersuchen und in eine Abbruchdefinition einzubeziehen.

Ausgehend von der Stichprobe aller vorzeitigen Entlassungen kann die Abbruchdefinition auch eingengt werden, indem man die Entlassungsform und/oder die Behandlungsdauer begrenzt. Hinsichtlich der *Entlassungsform* kann man beispielsweise die Verlegungen aus der Definition ausklammern (so geschehen bei Nübling, 1993) oder sich sogar auf die Untersuchung der vorzeitigen Entlassungen ohne ärztliches Einverständnis beschränken (Lieberz & Ciemer, 2000). Analog kann die *Aufenthaltsdauer* begrenzt werden, oberhalb derer eine vorzeitige Entlassung nicht mehr als Abbruch gewertet wird. So konzeptualisierte Costa (1995) Behandlungsabbrüche als die Gesamtheit der Entlassungen innerhalb von 28 Tagen (also inklusive der regulären Entlassungen in diesem Zeitraum). Damke und Köchel (2001) definierten alle Entlassungen vor Ablauf von 20 Behandlungstagen als Abbruch; Mussgay, Terporten und Rüddel (1996) werteten alle Entlassungen innerhalb der ersten 14 Behandlungstage als Abbrüche.

Als einzige bezogen Mussgay et al. (2001) bei der Definition von Behandlungsabbrüchen zusätzlich zur Entlassungsform die Krankenakte mit ein, anhand derer sie die Entlassungsgründe prüften und damit vorzeitige Behandlungsbeendigungen infolge gravierender externer Anlässe (z.B. Tod und Verkehrsunfall eines Angehörigen, Antritt einer neuen Arbeitsstelle oder Beginn einer wichtigen Ausbildung) nicht als Abbrüche werteten.

Das Eingrenzen der Definition dient der Erhöhung ihrer Spezifität, also der Konzentration auf diejenigen Fälle, von denen angenommen werden kann, dass sie wirkliche Problemfälle darstellen. Der Vorteil einer solchen Definition liegt somit darin, dass sie im Unterschied zu einer weit gefassten Definition die Überschätzung von „Problemfällen“ verringert.

Gerade in der Konzentration auf die scheinbar „wirklichen Problemfälle“ sind enge Abbruchdefinitionen jedoch kritikwürdig. Dass mit einer Begrenzung von Aufenthaltsdauer oder Entlassungsform „wirkliche“ Problemfälle von „unwirklichen“ getrennt werden könnten, ist eine Annahme, die theoretisch und empirisch in Frage gestellt werden kann. Schließlich soll laut Definition der Entlassungsformen (vgl. Tabelle 1) immer eine reguläre Entlassung kodiert werden, wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist, unabhängig davon, ob der Bewilligungsrahmen vollständig ausgeschöpft ist oder nicht. Wird diese Kodiervorgabe in den Rehabilitationskliniken umgesetzt, so sollte per definitionem jede vorzeitige Entlassung mit einem Nicht-Erreichen der Rehabilitationsziele einhergehen und damit einen Problemfall darstellen, so dass eine Eingrenzung der Abbruchdefinition obsolet würde. Empirische Untersuchungen des Behandlungsergebnisses bestätigen auch, dass dieses in allen Subgruppen vorzeitiger Entlassungen (sowohl hinsichtlich Entlassungsform als auch Behandlungsdauer) deutlich negativer ausfällt als bei regulären Entlassungen (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1999; Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b; H. Schulz et al., 1999; Vandereycken & Pierloot, 1983). Auch wenn dabei eine Abhängigkeit von Entlassungsform und Behandlungsdauer besteht (vgl. nachfolgendes Kapitel zu Behandlungsergebnissen), zeigen diese Befunde, dass der Verzicht auf bestimmte Entlassungsformen oder Behandlungsdauern in der Abbruchdefinition zu einem erheblichen Verlust an Sensitivität führt.

Wegen der reziproken Beziehung zwischen Sensitivität und Spezifität lassen sich beide Kriterien nicht ohne Weiteres gleichzeitig in einer Abbruchdefinition optimieren. Eine Lösung dieses Problems besteht allerdings darin, eine weit gefasste Abbruchdefinition mit hoher Sensitivität anzulegen und hierin Untergruppen verschiedener Abbruchformen zu bilden. Indem die Subgruppen auf Unterschiede in Prädiktoren und Behandlungsergebnis untersucht werden, kann anschließend dem Kriterium der Spezifität Rechnung getragen werden.

Bislang liegen nur zwei Arbeiten vor, die im stationären Setting Subgruppen von Behandlungsabbrüchen untersucht haben. Vandereycken und Pierloot (1983) unterteilen ihre Abbrecher-Stichprobe (Anorexie-Patientinnen in Akutbehandlung) nach dem Kriterium der Behandlungsdauer in drei Subgruppen (A: Abbruch in der ersten Woche, B: Abbruch zwischen der zweiten Woche und dem - anhand des Körpergewichts definierten - Übergang von einer körpergewichtsorientierten Therapie zu einer stärker problemorientierten Gruppentherapie,

C: Abbruch in der Phase der problemorientierten Gruppentherapie). Ihre Untergruppen-Vergleiche zur 1-Jahres-Katamnese zeigen, dass sich die drei Subgruppen der Abbrecherinnen im Körpergewicht nicht voneinander unterscheiden, wohl aber signifikant unter dem Körpergewicht der Beenderinnen liegen, so dass entgegen einer reinen Dosis-Wirkungs-Zusammenhangsannahme in der untersuchten Stichprobe Abbrüche zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsverlaufs deutliche Misserfolge darstellten.

In einer Arbeit aus der stationären Akutpsychotherapie (Donaubauer, Wosgien, Rosin & Wilmers, 2001) wurde zwischen frühen (innerhalb der ersten vier Behandlungswochen) und späten (ab der fünften Behandlungswoche) Abbrüchen unterschieden. Diese Trennung erwies sich insofern als brauchbar, als sich frühe Abbrüche besser als späte durch Aspekte der Initialmotivation vorhersagen ließen.

Zur Bildung von Untergruppen vorzeitiger Entlassungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation kommen die Variablen Entlassungsform und Behandlungsdauer in Betracht. Bei der im Entlassungsbericht dokumentierten Entlassungsform werden fünf verschiedene Arten vorzeitiger Entlassungen unterschieden (vgl. Tabelle 1). Diese Unterscheidung könnte unmittelbar zur Bildung der Subgruppen *vorzeitig auf ärztliche Veranlassung*, *vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis*, *vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis*, *disziplinarisch* und *verlegt* herangezogen werden. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass Reliabilität und Validität der Kodierung der Entlassungsform im Entlassungsbericht derzeit noch vollkommen ungeklärt sind. Es ist davon auszugehen, dass Bezugstherapeuten diese Variable nicht im Hinblick auf deren wissenschaftliche Auswertung dokumentieren, sondern sich bei der Kodierung von pragmatischen Überlegungen (möglicherweise der Rechtfertigung gegenüber Patienten, Vorgesetzten und Kostenträgern) leiten lassen. Zusätzlich erscheinen die Grenzen zwischen den einzelnen Kategorien bei näherer Betrachtung ihrer Definitionen als unscharf (mit Ausnahme der Kategorie *Verlegung*). Entsprechend wird in der Literatur wiederholt ein Dissens zwischen Patient und Therapeut hinsichtlich der genauen Entlassungsform festgestellt. Beutel und Bleichner (1998) berichten von Versicherten, die sich wegen Regelverstößen aus der Klinik hinausgeworfen fühlten, während im Entlassungsbericht *vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis* kodiert war. In einer Untersuchung von Rosin und Wilmers (1998) gaben 50 % der vorzeitig Entlassenen in der Nachbefragung an, sie seien regulär entlassen worden. In einer eigenen Datenerhebung fragten wir LVA-Versicherte nach ihrer Entlassungsform, wobei wir zur besseren Verständlichkeit für die Versicherten nur vier Kategorien vorgaben: „regulär genau zum Ende der bewilligten Behandlungsdauer“, „auf Veranlassung der Klinik vor Ende der bewilligten Behandlungsdauer“, „auf eigenen Wunsch vor Ende der bewilligten

Behandlungsdauer“ und „durch Verlegung vor Ende der bewilligten Behandlungsdauer“ (Lotz-Rambaldi, Lang, Koch & Schulz, 2000). Von den vorzeitig Entlassenen konnten nur 58 % ihre Entlassungsform richtig zuordnen, wobei Fehleinschätzungen in jeder Entlassungsform vorkamen (Tabelle 2). Die Fehleinschätzungen waren dabei keineswegs nur von der Art, dass Versicherte sich als vermeintlich regulär entlassen einstufen. Gerade vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis Entlassene gaben in 16 % der Fälle an, die Klinik auf ärztliche Veranlassung verlassen zu haben.

Tabelle 2: Patienteneinschätzungen der eigenen Entlassungsform aus einer Datenerhebung von Lotz-Rambaldi et al. (2000).

Entlassungsform		N	korrekte Einschätzung durch Versicherten	
			N	%
1.	regulär	186	163	87.6
2.	vorzeitig auf ärztl. Veranlassung	20	13	65.0
3.	vorzeitig mit ärztl. Einverständnis	70	36	51.4
4.	vorzeitig ohne ärztl. Einverst.	16	13	81.3
5.	disziplinarisch	4	3	75.0
6.	verlegt	10	5	50.0
2.-6.	gesamt	120	70	58.3

Die berichteten Befunde stellen natürlich keine Reliabilitätstests im engeren Sinne dar, weil hierzu die Übereinstimmung zwischen mehreren Behandlern geprüft werden müsste. Vor dem Hintergrund der bereits theoretisch unscharfen Abgrenzung der einzelnen Kategorien nähren sie jedoch Zweifel an der Reliabilität der kodierten Entlassungsform. Wegen der unklaren Abgrenzung scheint eine Subgruppenbildung nach Entlassungsform für die Definition von Behandlungsabbrüchen somit wenig Informationsgewinn zu versprechen.

Eine Ausnahme stellt die Kategorie *Verlegung* dar, die wegen ihrer besonderen Qualität (interkurrentes somatisches oder psychiatrisches Geschehen) eine Trennung von den übrigen Formen vorzeitiger Entlassung nahe legt. Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit werden deshalb Verlegungen von den übrigen vorzeitigen Entlassungen getrennt werden. Letztere werden nicht weiter unterschieden, es sei denn, die erreichten Fallzahlen erlauben explorative Subgruppenbildungen.

Im Gegensatz zur Entlassungsform stellt die Behandlungsdauer ein Merkmal dar, dass reliabler erhoben werden kann. Dass sie auch *inhaltlich* für die Subgruppenbildung bedeutsam sein kann, zeigt die Untersuchung von H. Schulz et al. (1999), in der als bislang einziger Arbeit neben der oben zitierten Studie von Vandereycken und Pierloot (1983) das Behand-

lungsergebnis vorzeitig Entlassener in Abhängigkeit von der stationären Aufenthaltsdauer untersucht wurde. Die Autoren analysierten Basisdokumentationsdaten zweier Klinikträger mit $N = 2699$ (Stichprobe A) bzw. $N = 27983$ Patienten (Stichprobe B). Wie Tabelle 3 zeigt, variiert das vom Bezugstherapeuten im Entlassungsbericht eingeschätzte Behandlungsergebnis bei vorzeitigen Entlassungen mit der Behandlungsdauer und ist insbesondere bei vorzeitigen Entlassungen innerhalb der ersten 14 Behandlungstage deutlich eingeschränkt.

Tabelle 3: Relative Häufigkeit gebesserter Behandlungsergebnisse bei vorzeitigen Entlassungen in Abhängigkeit vom Entlassungszeitpunkt (aus H. Schulz et al., 1999).

	Behandlungsdauer bei vorzeitigen Entlassungen (in Wochen)				reguläre Entlassungen	Statistik
	1-2	3-4	5-6	7/ff		
Gebessertes Gesamtbefinden (Stichprobe A)	7.3%	54.2%	67.2%	71.2%	91.2%	$\chi^2(3, N=2699) = 102.9$ $p < .001$ $\phi = .51$
Gebessertes seelisches Befinden (Stichprobe B, 1989-1997)	7.2%	42.7%	64.1%	57.1%	88.9%	$\chi^2(3, N=27983) = 172.0$ $p < .001$ $\phi = .45$
Gebessertes körperliches Befinden (Stichprobe B, 1989-1997)	6.1%	46.3%	60.5%	67.7%	88.7%	$\chi^2(3, N=27983) = 381.2$ $p < .001$ $\phi = .50$

In der berichteten Sekundäranalyse war das Behandlungsergebnis zum Entlassungszeitpunkt eingeschätzt worden, so dass hier ein korrelativer Befund vorliegt und strenggenommen keine kausale Beziehung zwischen Behandlungsdauer und -ergebnis gefolgert werden kann. Unabhängig von der Kausalität legt der beschriebene Zusammenhang eine Subgruppenbildung anhand der Behandlungsdauer aber insofern nahe, als damit mögliche Einschränkungen im Behandlungsergebnis abgebrochener Behandlungen differenzierter erfasst werden könnten.

In Telefoninterviews mit vorzeitig und regulär entlassenen Rehabilitanden hat Barghaan (2001) festgestellt, dass Versicherte, deren Bewilligungsdauer Montags abläuft und die am Freitag davor die Klinik verlassen, teilweise als vorzeitig entlassen dokumentiert werden, obwohl sie ihre Rehabilitationsziele erreicht haben und laut Definition als *regulär entlassen* hätten kodiert werden müssen. Abgesehen davon, dass diese Information Reliabilität und Validität der Kodierung ein weiteres Mal in Frage stellt, legt sie für die Abbruchdefinition nahe, Entlassungen, die kurz vor Ablauf der Bewilligungsdauer erfolgen und als vorzeitig kodiert werden, nicht als Behandlungsabbrüche zu werten.

Aufgrund der ausgeführten Überlegungen wird für den empirischen Teil der vorliegenden Arbeit eine Abbruchdefinition gewählt, die (1) Subgruppen in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer bildet, (2) einen Pufferzeitraum zwischen Entlassungszeitpunkt und Ablauf der Bewilligungsdauer einbezieht und (3) Verlegungen wegen deren inhaltlicher Besonderheit getrennt von den übrigen vorzeitigen Entlassungen betrachtet. Für die operationale Definition der Subgruppen sei auf Kapitel 6.4.4 im Abschnitt *Methoden* verwiesen.

2.2 Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen

Wie oben erwähnt, konzentriert sich die Forschung zu Behandlungsabbrüchen wegen der im internationalen Vergleich relativen Seltenheit des stationären Psychotherapiesettings vor allem auf ambulant durchgeführte Psychotherapien. In Deutschland, wo in Rehabilitation und Akutversorgung etwa 17000 Psychotherapie-Betten vorgehalten werden (H. Schulz & Koch, 2002b), liegt allerdings eine beträchtliche Zahl von Einzelarbeiten vor, die sich auf das stationäre Setting beziehen.

Zu Behandlungsabbrüchen im *ambulantem* Setting liegen drei Übersichtsarbeiten vor (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Während Baekeland und Lundwall (1975) wegen der Diversität von Abbruchdefinitionen auf eine Mitteilung von Abbruchquoten verzichten, ermitteln Wierzbicki und Pekarik (1993) in einer Metaanalyse von 125 Studien eine mittlere Abbruchrate von 46.9 % ($SD = 2.25$, 95%-Konfidenzintervall 42.9 % - 50.8 %). Behandlungsabbrüche sind in den hier reanalysierten Studien unterschiedlich definiert. Die Autoren gruppieren sie in drei Definitionsgruppen mit entsprechend unterschiedlichen Abbruchraten: Wegbleiben des Patienten trotz vereinbarter Sitzung ($n = 23$ Studien, mittlere Abbruchquote $M = 35.9$ %), Operationalisierung über ein Therapeutenurteil ($n = 29$, $M = 48.4$ %) und Operationalisierung über eine absolvierte Sitzungszahl ($n = 69$, $M = 48.2$ %). Zwischen Einzel- und Gruppensetting (82 bzw. 43 Studien mit mittleren Abbruchquoten von 47.5 % bzw. 45.7 %) zeigte sich kein bedeutsamer Unterschied in der Abbruchhäufigkeit. In einer narrativen Übersicht von Garfield (1994) von 20 US-amerikanischen Therapiestudien aus den Jahren 1948-1989 liegt der Median absolvierter Sitzungen in psychodynamischen Klinikambulanzen in den meisten Studien bei 8, d.h. dass etwa 50 % der Patienten bis zur 8. Sitzung eine Therapie beendet haben und laut Autor damit als Abbrüche zu werten seien. Grawe, Donati und Bernauer (1994) fassen aus 574 Therapiestudien, die Aussagen über Therapieabbrüche treffen, zusammen, dass in jeder vierten Untersuchungsgruppe 20 % und mehr Abbrüche zu beobachten waren. In einer Literaturdurchsicht von Studien aus den Jahren 1966-1986 speziell zu Gruppentherapien kommen Kordy und

Senf (1992) zu dem Ergebnis, dass die Abbruchquoten in Gruppen in der Regel zwischen 35 % und 50 % liegen.

Forschungsarbeiten aus dem *stationären* Therapiesetting, in denen Abbruchquoten berichtet werden, sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Bei einer Definition des Abbruchs als vorzeitige Entlassung gleich welcher Form liegen die Abbruchquoten in den meisten Studien zwischen 8 % und 15 %. Höhere Quoten ergeben sich in den vorliegenden Studien für Kliniken mit Behandlungsschwerpunkten auf Persönlichkeitsstörungen bzw. Essstörungen und außergewöhnlich langen Regelaufenthaltsdauern von 6 bis 12 Monaten (Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Vandereycken & Pierloot, 1983) sowie für reine Akutkliniken (Lieberz & Ciemer, 2000; Rosin & Wilmers, 1999; Wosgien & Donaubauer, 1999). Die Quote bei Lieberz & Ciemer (2000) von 7.1 % erscheint zwar niedrig, beruht aber ausschließlich auf Entlassungen gegen ärztlichen Rat, die in der Rehabilitation nur einen geringen Anteil an allen vorzeitigen Entlassungen ausmachen (vgl. Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b). Es sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass sich selbst bei einheitlicher Abbruchdefinition eine Qualitätsbewertung von Kliniken anhand ihrer Abbruchquoten verbietet, solange erstens Einflussgrößen auf die Abbruchhäufigkeit wie beispielsweise Belegungsstruktur und planmäßige Aufenthaltsdauer nicht gesichert sind und zweitens keine ausreichenden Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Entlassungsform und Behandlungsergebnis vorliegen.

Die typischen Abbruchquoten zwischen 8 % und 15 % ergeben sich folgerichtig auch, wenn klinikübergreifende größere Datensätze von Trägern der stationären psychosomatischen Rehabilitation herangezogen werden (Tabelle 5). So wurden von den im Jahr 1997 vom VDR finanzierten 56628 Rehabilitationsmaßnahmen mit psychischer Hauptdiagnose (ohne Sucht und Psychosen) 8.8 % (4962 Maßnahmen) vorzeitig beendet (Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b). Bei den entsprechenden Maßnahmen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) im gleichen Berichtsjahr (d.h. es handelt sich um eine Teilgruppe der VDR-Maßnahmen) lag die Quote vorzeitiger Entlassungen bei 10.7 % (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1999).

Tabelle 4: Abbruchquoten in Untersuchungen stationärer Psychotherapien.

Autoren	Klinik, Diagnosen	Definition „Abbruch“	N: Patienten n: Abbrüche	Abbruch- quote
Chiesa et al. (2000)	Britische Akutklinik; plan- mäßige Aufenthaltsdauer 6 bzw. 12 Monate Persönlichkeitsstörungen	vorzeitige Entlassung ohne ärztliches Einverständnis innerhalb der ersten drei Monate	N = 134 n = 42	31.3%
Costa (1995)	Psychosomatische Klinik Bad Kreuznach gemischte Diagnosen	alle Entlassungen (auch reguläre) vor Ablauf von 4 Wochen	N = 734 n = 123	16.8%
Keyserlingk et al. (1999)	Klinik Schweriner See (AHG), Psychosomat. Abteilung	alle nicht-regulären Entlas- sungen	N = 458 n = 64	14.0%
Kriebel & Paar (1999)	Gelderland-Klinik (Fachkli- nik für Psychosomatik und Psychotherapie)	alle vorzeitigen Entlassun- gen außer Verlegungen < 14 d > 14 d	N = 983 n = 83 n ₁ = 28 n ₂ = 55	8.4% 2.8% 5.6%
Lieberz & Ciemer (2000)	ZI Mannheim (Psychosoma- tische Akutklinik) gemischte Diagnosen	alle Entlassungen gegen ärztlichen Rat	N = 645 n = 46	7.1%
Mussgay et al. (1996)	Psychosomatische Klinik Bad Kreuznach gemischte Diagnosen	alle Entlassungen innerhalb der ersten 14 Tage (außer Verlegungen)	N = 2308 n = 213	9.2%
Mussgay et al. (2001)	Psychosomatische Klinik Bad Kreuznach gemischte Diagnosen	vorzeitige Entlassungen; Ausschluss: disziplinarische Entlassungen, Verlegungen, externe Gründe (Rater-Urteil anhand Krankenakte)	N = 829 n = 72	8.7%
Rosin & Wilmers (1999)	psychosomatische Akutkli- nik, Bad Krozingen gemischte Diagnosen	alle vorzeitigen Entlassun- gen	N = ca. 330 pro Jahr	21% - 30% je nach Berichtsjahr (1993- 06/98)
Ruff & Werner (1988)	Psychosomatische Klinik Wittgenstein, Bad Berleburg gemischte Diagnosen	alle vorzeitigen Entlassun- gen	N = 405 n = 43	10.6%
H. Schulz et al.(1999)	je zwei psychosomatische Kliniken zweier verschiede- ner Klinikträger gemischte Diagnosen	alle vorzeitigen Entlassun- gen	N ₁ = 2699 n ₁ = 396 N ₂ = 2215 n ₂ = 184	14.7% 8.3%

Tabelle 4 (Forts.): Abbruchquoten in Untersuchungen stationärer Psychotherapien

Vandereycken & Pierloot (1983)	Psychiatrische Universitätsklinik, Kortenberg/Belgien, planmäßige Aufenthaltsdauer 9-12 mon Anorexia nervosa	alle vorzeitigen Entlassungen mit den Subgruppen - 0-7 Tage - 8-x Tage - x Tage bis Ende	$N = 133$ $n = 66$	49.6% Subgruppen - 9.8% - 12.0% - 27.8%
Wosgien & Donaubauer (1999)	psychosomatische Akutklinik, Bad Krozingen gemischte Diagnosen	vorzeitige Entlassungen, Ausschluss: Verlegungen, externe Gründe	$N = 157$ $n = 42$	26.8%
Zielke et al. (1997)	5 psychosomatische AHG-Fachkliniken gemischte Diagnosen	alle vorzeitigen Entlassungen	$N = 18504$ $n = 2795$	15.1%

Tabelle 5: Abbruchquoten in Sekundäranalysen von Rehabilitationsdaten der Rentenversicherungsträger.

Autoren	Reha-Träger, Diagnosen	Definition „Abbruch“	N: Patienten n: Abbrüche	Abbruchquote
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (1999)	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Psychische Hauptdiagnosen (ohne Sucht und Psychosen)	alle vorzeitigen Entlassungen	$N = 34166$ $n = 3650$	10.7%
Lang et al. (1999b)	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger Psychische Hauptdiagnosen (ohne Sucht und Psychosen)	alle vorzeitigen Entlassungen	$N = 56628$ $n = 4962$	8.8%

Im Vergleich zur Abbruchquote von 8.8 % in der psychosomatischen Rehabilitation lag die Quote bei Rehabilitationsmaßnahmen des VDR in den häufigsten somatischen Diagnosegruppen (onkologisch, neurologisch, orthopädisch und kardiologisch zusammengefasst) im Berichtsjahr 1997 bei 3.1 % (11560 von 377277 Maßnahmen). Dieser Unterschied liegt möglicherweise an den für die psychosomatische Rehabilitation spezifischen Anforderungen an die Psychotherapiemotivation eines Patienten; zum Teil kann er infolge der längeren Aufenthaltsdauern in der psychosomatischen Rehabilitation auch statistisch bedingt sein. Im Indikationsbereich Sucht wurden im gleichen Jahr 29.1 % (10128 von 34820 Maßnahmen) vorzeitig beendet. Diese hohe Zahl dürfte auf Rückfälle, diesbezüglich strenge Klinikordnungen sowie auf eine längere Regelaufenthaltsdauer zurückzuführen sein. Wegen dieser Unterschiede zur psychosomatischen Rehabilitation wird der Indikationsbereich Sucht aus der vorliegenden Arbeit ausgespart.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass stationäre Psychotherapien im Vergleich zu ambulanten Psychotherapien, deren Abbruchquoten meistens zwischen 30 % und 50 % liegen, deutlich seltener vorzeitig beendet werden. Dennoch fällt die Quote im stationären Setting mit üblichen Häufigkeiten zwischen 8 % und 15 % immer noch substantiell und im Vergleich zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen mit somatischer Indikation weitaus höher aus. Innerhalb der stationären Psychotherapien scheint die Abbruchquote zwischen Akut- und Rehabilitationskliniken sowie zwischen diagnostischen Schwerpunkten zu variieren.

2.3 Das Behandlungsergebnis nach Behandlungsabbrüchen

Von vielen Autoren wird angenommen, dass vorzeitige Entlassungen mit eingeschränkten Behandlungsergebnissen einhergehen. Diese Annahme erscheint vor allem dann plausibel, wenn als Abbruchgründe ein Scheitern des therapeutischen Arbeitsbündnisses, ein patienten-seitiges Verweigern der Therapiemitarbeit oder ähnliches vermutet werden. In diesem Fall können Abbrüche als *Therapiemisserfolge* betrachtet werden. Demgegenüber können Behandlungen aber auch deshalb vor Ablauf ihrer bewilligten Dauer beendet werden, weil sich ein Behandlungserfolg schneller als ursprünglich geplant einstellt. Nach den Instruktionen des VDR zum Reha-Entlassungsbericht (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1997) soll zwar bei vollständig erreichten Behandlungszielen eine reguläre Entlassung kodiert werden, auch wenn die Entlassung vor Ablauf der geplanten Behandlungsdauer erfolgt. Eigene Analysen auf Basis der Rehabilitationsmaßnahmen mit psychischer Hauptdiagnose (ohne Sucht und Psychosen) des Berichtsjahres 1997 zeigen allerdings, dass bei 56 % aller vorzeitigen Entlassungen vom Therapeuten bei Behandlungsende eine Besserung der Hauptsymptomatik konstatiert wird. Den im Entlassungsbericht vorgegebenen groben Antwortkategorien (gebessert-unverändert-verschlechtert) ist allerdings nicht das Ausmaß einer Besserung zu entnehmen. Deshalb ist anhand von Entlassungsberichten nicht uneingeschränkt beurteilbar, hinter wie vielen vorzeitigen Entlassungen sich Behandlungserfolge verbergen, die als *adaptive Abbrüche* bezeichnet werden könnten und sich dadurch definieren, dass sie bei Behandlungsende ein ebenso gutes Behandlungsergebnis aufweisen wie reguläre Entlassungen. Im Hinblick auf den katamnestischen Verlauf könnte für adaptive Abbrüche vermutet werden, dass sich das Behandlungsergebnis weniger stabilisiert als nach regulärer Entlassung, weil möglicherweise weniger Zeit für therapeutische Schritte des Transfers erreichter Veränderungen auf die häusliche Umgebung zur Verfügung steht. Zur Beantwortung dieser Frage fehlen allerdings bislang empirische Daten.

Im Folgenden werden einschlägige Studien im Hinblick auf das Behandlungsergebnis vorzeitig Entlassener bei Behandlungsbeendigung sowie verschiedenen Katamnesezeitpunkten

zusammengefasst. Da das Behandlungsergebnis nicht im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht, wird die Übersicht entsprechend kurz gehalten.

2.3.1 Das Behandlungsergebnis zum Entlassungszeitpunkt

Drei Studien treffen für vorzeitig und regulär entlassene Patienten stationärer Psychotherapien vergleichende Aussagen zum Therapieerfolg bei Behandlungsende.

Wie bereits in Tabelle 3 gezeigt, fanden sich in einer Analyse von Basisdokumentationsdaten zweier Klinikträger (H. Schulz et al., 1999) unter den regulären Entlassungen laut Therapeutenurteil etwa 90 % Beschwerdeverbesserungen. Demgegenüber fiel dieser Anteil bei den vorzeitig Entlassenen deutlich niedriger aus und schwankte zwischen 14 % bei Verlegungen und 59 % bei vorzeitigen Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis. Bemerkenswert ist, dass auch bei der letztgenannten Gruppe, die aufgrund des ärztlichen Einverständnisses als moderate Abbruchgruppe gelten dürfte, das Behandlungsergebnis im Vergleich zu den regulär Entlassenen deutlich schlechter ausfällt. Die Ergebnisse fallen unabhängig davon, ob im Entlassungsbericht das Gesamtbefinden, das seelische oder das körperliche Befinden kodiert werden, ähnlich aus. Mit *phi*-Koeffizienten zwischen .36 und .46 kann der Zusammenhang zwischen Entlassungsform und Behandlungsergebnis als mittelhoch (nach der Konvention von Jacob Cohen, 1988) bewertet werden. Hinsichtlich des Abbruchzeitpunktes finden sich bei frühen Abbrüchen (innerhalb der ersten beiden Behandlungswochen) besonders geringe Besserungsraten von 6 % bis 7 %. Aber auch bei vorzeitigen Entlassungen nach sieben und mehr Behandlungswochen sind laut Therapeutenurteil nur 57 % (seelisches Befinden) bis 71 % (Gesamtbefinden) gebessert, im Vergleich zu ca. 90 % bei den regulären Entlassungen (die *phi*-Koeffizienten für den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer bei vorzeitigen Entlassungen und dem Behandlungsergebnis betragen .45 bis .51).

Niedrige Besserungsraten berichten auch Lieberz und Ciemer (2000) für vorzeitig entlassene Patienten einer psychosomatischen Universitätsklinik. Nur bei 8 von 39 Abbrechern (21 %) verbesserte sich laut Therapeutenurteil bei Entlassung die Symptomatik und bei 6 von 39 (15 %) die Gesamtsituation (allerdings ohne Vergleichswerte für Beender).

Eine eigene Analyse auf der Basis aller Rehabilitationsmaßnahmen des VDR mit psychischer Hauptdiagnose (ohne Sucht und Psychosen) im Berichtsjahr 1997 kommt ebenfalls zu ähnlichen Ergebnissen (Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b). Das therapeuteneingeschätzte Behandlungsergebnis zum Entlassungszeitpunkt fiel hier bei allen vorzeitigen Entlassungen deutlich niedriger aus als bei regulären Entlassungen. Im Entlassungsbericht wird ein gebessertes Behandlungsergebnis bei 85 % aller regulär Entlassenen konstatiert. Bei den vorzeitigen

Entlassungen beträgt diese Quote 41 % (vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, $n = 531$), 65 % (vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis, $n = 3190$), 38 % (vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, $n = 905$), 53 % (disziplinarisch, $n = 89$) und 46 % (Verlegung, $n = 160$) ($\chi^2[5, N = 56469] = 3024, p < .001, phi = .23$). Wie in der oben zitierten Analyse von H. Schulz et al. (1999) wird das Behandlungsergebnis für vorzeitige Entlassungen in den ersten 14 Behandlungstagen von den Therapeuten als besonders eingeschränkt beurteilt (9 % Besserungen bei $n = 576$ vorzeitigen Entlassungen in der ersten Behandlungswoche, 21 % Besserungen bei $n = 430$ vorzeitigen Entlassungen in der zweiten Behandlungswoche, $\chi^2[5, N = 4875] = 1065, p < .001, phi = .47$).

Für eine kausale Interpretation dieser – zwar auf wenigen Studien, aber hohen Patientenzahlen beruhenden – Befundlage, nach der ein schlechteres Behandlungsergebnis ursächlich auf eine vorzeitige Entlassung zurückzuführen wäre, gelten drei Einschränkungen. Da *erstens* das Behandlungsergebnis vom jeweiligen Bezugstherapeuten beim Erstellen des Entlassungsberichts eingeschätzt und damit nicht unabhängig von der Kenntnis der Entlassungsform beurteilt wurde, können implizite Überzeugungen (der Art: „wer vorzeitig entlassen wird, kann nicht vollständig von der Behandlung profitiert haben“) zu einem Beurteilungs-Bias zuungunsten der vorzeitig Entlassenen geführt haben. *Zweitens* könnten sich Abbrecher und Beender bereits bei Behandlungsbeginn in ihrer Symptomschwere unterschieden haben, so dass Unterschiede im Behandlungsergebnis auf diese bereits vorher bestehenden Differenzen anstatt auf die unterschiedlichen Entlassungsformen zurückzuführen wären. *Drittens* könnte ein schlechteres Behandlungsergebnis bei vorzeitig Entlassenen lediglich eine kurzfristige Beeinträchtigung, beispielsweise infolge eines Konflikts um die vorzeitige Entlassung, darstellen, die im katamnestischen Verlauf zurückgehen könnte.

2.3.2 Das Behandlungsergebnis in der Katamnese

Zur Beurteilung längerfristiger Verläufe nach abgebrochenen Behandlungen liegen mehrere katamnestische Studien aus dem Bereich stationärer Psychotherapien vor. So wertete die BfA (1999) sozialmedizinische Parameter für fünf Jahre zuvor behandelte psychosomatische Rehabilitanden aus. Fünf Jahre nach Entlassung waren von den regulär Entlassenen 44 % lückenlos beschäftigt, während nach vorzeitigen Entlassungen diese Quoten zwischen 20 % (vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis) und 37 % (vorzeitig mit ärztl. Einverständnis) schwankte. Der Anteil von BU- oder EU-Rentnern betrug in der Gruppe der regulär Entlassenen nach fünf Jahren 12 %, bei vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis Entlassenen 13 %, bei vorzeitig auf ärztliche Veranlassung Entlassenen sowie bei vorzeitig gegen ärztliches Einverständnis Entlassenen jeweils 18 %. Diese Daten lassen auf ein etwas höheres sozialmedizinisches

Risiko bei Rehabilitationsabbrüchen schließen, welches allerdings weniger für vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis gilt. Für eine kausale Interpretation fehlt aber auch hier der Vergleich mit Ausgangsmerkmalen *vor* der fraglichen Rehabilitationsmaßnahme.

In einer retrospektiven Fragebogenuntersuchung einer Stichprobe von 267 vorzeitig und 317 regulär entlassenen psychosomatischen Rehabilitanden (Lotz-Rambaldi et al., 2000), deren Katamnesezeitraum zwischen 1 und 18 Monaten variierte, gaben Abbrecher an, ihre Behandlungsziele in signifikant geringerem Ausmaß erreicht zu haben ($d = .82$). Des weiteren bestand bei Abbrechern ein signifikant höheres, nahezu verdoppeltes Frühberentungsrisiko: 26 % der Abbrecher hatten nach der Reha einen Antrag auf Frühberentung gestellt im Vergleich zu 14 % der Beender ($\phi = .16$); eine diesbezügliche Absicht äußerten weitere 26 % der Abbrecher (gegenüber 18 % der Beender, $\phi = .14$). In der subjektiven Lebensqualität (erhoben mit dem Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität SF-36, Bullinger & Kirchberger, 1998) unterschieden sich Abbrecher von Beendern allerdings in keiner der Subskalen, wobei alle Gruppenmittelwerte eine bis eineinhalb Standardabweichungen unter der Normstichprobe lagen und damit sowohl Abbrecher wie Beender ihren Gesundheitszustand vergleichsweise schlecht einschätzten. In telefonischen Interviews mit einer Substichprobe aus 25 vorzeitig und 37 regulär entlassenen Patienten 0.5 bis 2.25 Jahre nach der Rehabilitationsmaßnahme (Barghaan, Lang, Lotz-Rambaldi, Koch & Schulz, im Druck) nannten Abbrecher signifikant seltener spontan eine Verbesserung der Haupterkrankung (8 % vs. 50 %, $\chi^2_{\text{exakt}}(4, N = 43) = 25.0, \phi = .78$) und erwähnten seltener die Wirkung unspezifischer Kureffekte (20 % vs. 76 %; $\chi^2(2, N = 62) = 47.2, \phi = .82$).

In einer Studie von Rosin und Wilmers (1999) bewerteten nur 22 % der Abbrecher eines psychosomatischen Akutkrankenhauses im Rückblick ihre Behandlung hinsichtlich der Aufnahmesymptomatik als erfolgreich, während dies in einer Mischgruppe aus vorzeitig und mehrheitlich regulär Entlassenen zu 62 % der Fall war. Bei stationär behandelten Anorexiopatientinnen (Vandereycken & Pierloot, 1983) wiesen alle Abbrecher-Subgruppen (gebildet in Abhängigkeit vom Abbruchzeitpunkt) in der Katamnese (durchschnittlich 4.2 Jahre nach Entlassung) ein signifikant geringeres, im Mittel um drei bis fünf Kilo niedrigeres Körpergewicht als die Beender auf. Als Behandlungsmisserfolge werden abgebrochene Behandlungen ferner in zwei kasuistischen Katamnesen bewertet (Ruff & Leikert, 1995; Ruff & Werner, 1988), die jedoch wegen geringer Fallzahlen bzw. fehlender Vergleichsgruppe eher auf klinischen Eindrücken beruhen und nicht generalisierbar sind.

2.3.3 Fazit

Im Hinblick auf das Behandlungsergebnis nach abgebrochenen stationären Psychotherapien lässt sich festhalten, dass in allen vorliegenden Studien vorzeitige Entlassungen mit einem eingeschränkten Behandlungsergebnis einhergehen.

Problematisch erscheint, dass sich die zitierten Untersuchungen zum Entlassungszeitpunkt ausschließlich auf Therapeuteneinschätzungen stützen, die, wie dargelegt, einem möglichen Beurteilungs-Bias unterliegen. Dagegen beruhen alle vorliegenden Katamneseuntersuchungen (mit Ausnahme kasuistischer Fallbeschreibungen) auf Selbstauskünften von Patienten.

In katamnestischen Selbstauskünften äußern sich Abbrecher deutlich unzufriedener mit der Behandlung als regulär entlassene Patienten, geben eine geringere Zielerreichung an und scheinen ein höheres Frühberentungsrisiko aufzuweisen. Allerdings beurteilen in einer Studie Abbrecher und Beender ihre gesundheitliche Lebensqualität nicht unterschiedlich. Auf den ersten Blick erscheint diese Befundlage zwar widersprüchlich, jedoch weisen Untersuchungen aus einem anderen Indikationsbereich zum Frühberentungsrisiko nach Herzinfarkt (vgl. Myrtek, 1998) darauf hin, dass gesundheitliche Lebensqualität nicht bzw. nur gering mit Klagsamkeit, Patientenzufriedenheit und Frühberentung korreliert sein muss. In der zitierten Untersuchung hing das Frühberentungsrisiko stärker mit der Klagsamkeit des Patienten als mit kardiologischen Parametern zusammen.

Methodenkritisch ist weiterhin festzuhalten, dass mit Ausnahme der Anorexie-Studie (Vandereycken & Pierloot, 1983) alle Untersuchungen nur einen Messzeitpunkt enthalten und sich auf direkte Veränderungsmessungen stützen. Es liegt keine Untersuchung vor, die Baseline-Messungen vor Behandlungsbeginn enthält, anhand derer indirekte Veränderungsmaße berechnet werden könnten. Solange die Symptomschwere bei Klinikaufnahme nicht bekannt ist, kann im Hinblick auf das eingeschränkte Behandlungsergebnis nicht ausgeschlossen werden, dass ein schlechteres Befinden bereits vorher bestand und nicht Folge des Abbruchs ist. Möglicherweise bedingt sogar gerade das schlechte Befinden in einigen Fällen Schwierigkeiten im Therapieprozess und dadurch einen Therapieabbruch mit.

Als Erfolgsmaß wurde meistens die Veränderung der Hauptsymptomatik oder der vom Patienten angegebene Grad der Zielerreichung gewählt. Eine Erfolgsmessung anhand konkreter Therapieziele erscheint zwar aus verschiedenen Gründen wünschenswert (vgl. Dirmaier, Koch, Kawski & Schulz, 2002), in den vorliegenden Studien wurden die Ziele jedoch nicht näher vom Patienten spezifiziert, sondern lediglich eine globale Zielerreichung eingeschätzt. In denjenigen Fällen, in denen sich Patienten in einer psychosomatischen Fachklinik fehlplatziert fühlen oder aufgrund primär somatischer Indikationen sogar tatsächlich fehlzugewiesen

sind, ist eine Veränderung der Hauptsymptomatik bzw. eine Erreichung der patientenseitigen Ziele überhaupt nicht zu erwarten. Deshalb wäre ein Einsatz standardisierter Messinstrumente, die neben psychischen auch somatische Beschwerden erfassen, anstelle globaler Erfolgsbeurteilungen wünschenswert.

2.4 Mögliche Ursachen für Behandlungsabbrüche

Das vorliegende sowie die nachfolgenden Kapitel geben einen Überblick über mögliche Abbruchgründe. Dabei werden in den Abschnitten 2.4.1 bis 2.4.4 patientenseitige, klinikseitige und zuweisungsbezogene Routinevariablen als mögliche Prädiktoren betrachtet. Anschließend folgen retrospektiv erfragte Abbruchgründe (Abschnitt 2.4.5) und Prozessmerkmale abgebrochener Therapien (Abschnitt 2.4.6).

2.4.1 Patientenseitige Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch

In Form von Basisdokumentationsdaten liegen in vielen Kliniken patientenseitige Routinevariablen vor, die im Rahmen von Post-hoc-Analysen verschiedentlich auf ihre Zusammenhänge mit der Entlassungsform überprüft wurden. Dadurch ist eine Vielzahl von Untersuchungsergebnissen entstanden, die nachfolgend nach *soziodemographischen*, *klinisch-diagnostischen*, *sozialmedizinischen* und *motivationalen* Patientenmerkmalen geordnet werden. Kurze Übersichten zum Forschungsstand in *ambulant* Settings leiten die jeweiligen Abschnitte ein, bevor Studienergebnisse aus der *stationären* Psychotherapie ausführlicher dargestellt werden.

2.4.1.1 Soziodemographische Prädiktoren

Für das *ambulante* Setting berichten Wierzbicki und Pekarik (1993) in ihrer Metaanalyse von 125 Studien höhere Abbruchquoten für Patienten mit niedrigerem sozioökonomischem Status (operationalisiert mit dem Hollingshead-Index aus Bildungsstand und beruflicher Stellung von Hollingshead und Redlich 1958), niedrigerem Bildungsstand (Schuljahre) und Minderheitenstatus (Afro-Amerikanisch und andere). Die mittleren Effektstärken (d) für die drei Variablen liegen bei 0.37, 0.28 und 0.23 und sind nach der Konvention von Cohen (1988) als gering einzustufen. Für die ebenfalls untersuchten Variablen Geschlecht, Alter und Familienstand ergeben sich in der Metaanalyse hingegen keine signifikanten Effektstärken für Unterschiede in der Abbruchquote. Diese Befunde korrespondieren mit den narrativen Reviews von Baeke-land und Lundwall (1975) und Garfield (1994) sowie einer Sekundäranalyse repräsentativer epidemiologischer Daten aus dem United States National Comorbidity Survey und dem Ontario Health Survey (Edlund et al., 2002). Garfield (1994) zitiert weiterhin Studien, die den

genannten Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Abbruchhäufigkeit erhellen könnten. Demnach korreliert die *Akzeptanz psychotherapeutischer Maßnahmen* mit sozialer Schicht, wobei sich bei niedrigen sozialen Schichten ein geringerer Wunsch nach Psychotherapie, ein geringeres Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses sowie ein stärkerer Wunsch nach rascher Symptommfreiheit finden. Zusätzlich korreliert eine niedrige soziale Schicht des Patienten negativ mit den Therapeuteinschätzungen *Attraktivität des Patienten*, *Rapport-Möglichkeiten* und *Prognose*, die jeweils ebenfalls mit der Abbruchhäufigkeit zusammenhängen. Da Therapeuten meist höheren sozialen Schichten angehören, verwundert es nicht, dass in den von Garfield (1994) analysierten Studien niedrige soziale Schicht des Patienten und *Wertediskrepanz* zwischen Therapeut und Patient korrelieren und dass Therapeuten Patienten höherer sozialer Schichten bevorzugen, die ihnen in Sprache und Werthierarchien ähnlicher sind als Patienten unterer Schichten. Insgesamt scheint es damit möglich, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Abbruchhäufigkeit von Patientenseite über unangemessene Behandlungserwartungen und eine ablehnende Haltung gegenüber psychotherapeutischen Maßnahmen vermittelt wird und zusätzlich der Therapieprozess durch Sprach- und Wertediskrepanzen zwischen Therapeut und Patient erschwert wird, was einen Abbruch ebenfalls wahrscheinlicher machen könnte. In ähnlicher Weise dürfte auch der berichtete Zusammenhang zwischen Minderheitenstatus und Abbruchwahrscheinlichkeit mediiert sein, der im Übrigen auch bei Kontrolle der sozialen Schicht bestehen bleibt (vgl. Garfield, 1994).

In den nachfolgend zitierten Studien zur *stationären* Psychotherapie wurden hinsichtlich soziodemographischer Daten die Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss, Berufsausübung und -stellung, Haushaltssituation, Partnersituation, Staatsangehörigkeit und Kostenträger geprüft. Dabei wurde die Fragestellung einer Vorhersage von Behandlungsabbrüchen nicht immer explizit untersucht, weswegen häufig genaue Angaben (z.B. zu Signifikanztests) fehlen.

2.4.1.1.1 Geschlecht

Das Geschlecht von Patienten wird in neun Studien in Beziehung zur Abbruchwahrscheinlichkeit gesetzt. Sechs dieser Studien berichten keine Unterschiede in den Abbruchraten von Frauen und Männern (Chiesa et al., 2000; Costa, 1995; Lieberz & Ciemer, 2000; Mussgay et al., 2001; Ruff & Werner, 1988; H. Schulz et al., 1999). Hingegen berichten Damke und Koechel (2001) für 30 vorzeitig aus einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsklinik entlassene Patienten einen Männeranteil von 77 % gegenüber 44 % in einer zufällig gezogenen Vergleichsstichprobe von 53 Patienten ($\chi^2[1, N=83] = 8.6, p = .003, \phi = 0.32$). Bei Wosgien und Donaubauer (1999) überwog in der Subgruppe der späten Abbrüche (ab der

fünften Behandlungswoche) der Männeranteil (33 % der Männer vs. 14 % der Frauen brachen spät ab, während 49 % der Männer und 53 % der Frauen regulär beendeten; *N* nicht berichtet). Lang et al. (1999b) teilen in ihrer Analyse von Daten des VDR zu Rehabilitationsmaßnahmen des Jahres 1997 mit psychischer Hauptdiagnose (ohne Sucht und Psychosen) geringfügige Unterschiede in den Abbruchquoten von Frauen (8.5 %; 3195 von 37567 Maßnahmen) und Männern (9.2 %; 1757 von 19051 Maßnahmen) mit, die allerdings bei genauer Betrachtung des Zusammenhangsmaßes *phi* als vernachlässigbar einzustufen sind und nur wegen der hohen Fallzahl signifikant ausfallen ($\chi^2[1, N=56628] = 8.2, p = .004, \phi = 0.01$). Eine genauere Betrachtung von Entlassungsform und Behandlungsdauer zeigte hier, dass Männer vor allem bei frühen Abbrüchen (innerhalb der ersten 14 Behandlungstage) sowie bei disziplinarischen Entlassungen deutlich überrepräsentiert sind. Ruff und Werner (1988) gingen in ihrer Untersuchung ebenfalls über eine rein bivariate Analyse hinaus und prüften eine Interaktion zwischen Geschlecht und sozialer Schicht (wobei unerwähnt blieb, wie soziale Schicht operationalisiert wurde). Bei den Abbrechern waren in den unteren sozialen Schichten Männer überrepräsentiert (52 % gegenüber 36 % regulär entlassenen Männern unterer sozialer Schichten), während bei Abbrechern aus höheren sozialen Schichten die Frauen überwogen (keine weiteren Zahlenangaben bzw. Signifikanztests berichtet).

Damit scheint die Abbruchhäufigkeit insgesamt nicht nennenswert zwischen den Geschlechtern zu variieren, was mit den Befunden aus der ambulanten Psychotherapie korrespondiert. Allerdings liegen vereinzelt Hinweise auf Geschlechtsunterschiede vor, nach denen Männer, die eine stationäre Psychotherapie abbrechen, dies häufiger frühzeitig und/oder aus disziplinarischen Gründen tun und dabei vermehrt aus unteren sozialen Schichten stammen.

2.4.1.1.2 Alter

Zusammenhänge zwischen Alter und Abbruchhäufigkeit wurden in acht Studien überprüft (Damke & Koechel, 2001; Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b; Lieberz & Ciemer, 2000; Mussgay et al., 2001; Ruff & Werner, 1988; H. Schulz et al., 1999; Vandereycken & Pierloot, 1983). In sechs Studien finden sich höhere Abbruchraten bei jüngeren Patienten, oft in Form von Altersmittelwerten berichtet (38.9 vs. 41.7 Jahre bei Mussgay et al. 2001, 37.5 vs. 41.7 Jahre bei Ruff und Werner 1988, und 39.1 vs. 44.7 Jahre bei Damke und Köchel 2001; alle drei Studien ohne Mitteilung von Standardabweichungen und Signifikanztests). Lieberz und Ciemer (2000) dichotomisierten ihre Patientengruppe anhand eines Alters von 35 Jahren (das Kriterium für die Wahl dieser Altersgrenze bleibt ungenannt) und berichten eine tendenziell signifikante, höhere Abbruchwahrscheinlichkeit für Patienten unter 35 Jahren (allerdings werden weder Zahlen, noch Signifikanztests mitgeteilt). H. Schulz et al. (1999) berichten für

zwei Stichproben zweier verschiedener Klinikträger (aus Datenschutzgründen mit A und B bezeichnet) erhöhte Abbruchraten für die Altersgruppe 18-20 Jahre (27.3 % gegenüber einer Gesamtquote von 14.7 % in Stichprobe A, für Stichprobe B lag diese Alterskategorie nicht vor) und 21-30 Jahre (19.1 % gegenüber der Gesamtquote von 14.7 % in Stichprobe A und 17.0 % gegenüber einer Gesamtquote von 8.3 % in Stichprobe B) ($\phi = .10$ bzw. $.13$; in beiden Stichproben $p < .001$). Lang et al. (1999b) berichten in ihrer erwähnten Analyse von Rehabilitationsmaßnahmen des VDR überdurchschnittliche Abbruchquoten für die Altersgruppen der 18-19-Jährigen (16.3 % gegenüber einer Gesamtquote von 8.8 %), der 20-29-Jährigen (14.5 %) und der 30-39-Jährigen (11.4 %). Unterdurchschnittlich fallen hier die Quoten für 50-59-Jährige (6.5 %) und Über-60-Jährige (6.8 %) aus. Zwischen Männern und Frauen gibt es dabei keine signifikanten Unterschiede innerhalb der einzelnen Altersgruppen ($\chi^2[15, N=56628] = 512.5, p < .001, \phi = 0.10$).

Die Konsistenz der in der Literatur berichteten Alterseffekte lässt sich nur eingeschränkt beurteilen, da in vielen Abbruchstudien keine Ergebnisse zum Zusammenhang Alter-Abbruchhäufigkeit mitgeteilt werden und davon auszugehen ist, dass einige Studien auf die Mitteilung getesteter Zusammenhänge, die nicht signifikant ausfielen, verzichtet haben. Eine Bewertung der Befundlage sollte deshalb in besonderem Maße die Analyse von Lang, Lotz-Rambaldi et al. (1999b) gewichten, da es sich hierbei um eine Vollerhebung aller Rehabilitationsmaßnahmen mit psychischer Hauptdiagnose des Berichtsjahres 1997 handelt. Diese Studie lässt, wie sechs weitere Studien auch, einen Alterseffekt vermuten, nach welchem jüngere Patienten häufiger von Abbrüchen betroffen sind als ältere Patienten.

Dieser Alterseffekt scheint ein Spezifikum der stationären Psychotherapie zu sein, da er in den zitierten Übersichtsarbeiten zum ambulanten Setting nicht gefunden wurde. Dass jüngere Patienten in den Untersuchungen des stationären Settings häufiger vorzeitig entlassen wurden als Ältere, kann auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein: Sie könnten sich erstens auf einer Station mit Mitpatienten, die mehrheitlich älter sind als sie selbst⁵, isoliert und unwohl fühlen; zweitens könnten sie einen aufgrund geringerer Chronifizierung kleineren Leidensdruck aufweisen; drittens ist denkbar, dass bei jüngeren Patienten eine geringere Beständigkeit in den eigenen Zielsetzungen vorherrscht; viertens könnte ein dynamischeres Lebensumfeld mit interkurrenten Lebensereignissen zu häufigeren Wünschen nach vorzeitiger Entlassung führen. Fünftens schließlich kann der Befund auch eine Scheinkorrelation darstellen, da

⁵ Nach der Auswertung von Lang et al. (1999b) waren im Berichtsjahr 1997 92.9 % aller Rehabilitanden mit psychischer Hauptdiagnose älter als 30 Jahre und immerhin noch 71.9 % älter als 40 Jahre. Das mittlere Alter in der stationären psychosomatischen Rehabilitation lag im Berichtsjahr 1998 bei 45.2 Jahren (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1999)

ein jüngeres Alter mit anderen Merkmalen korreliert ist (Ausbildungsstatus, Diagnose Essstörung), die ihrerseits mit höheren Abbruchquoten verbunden sind. Eine genaue Ursachenklärung ist hier nur mit mehrfaktoriellen Analysen möglich, die derzeit noch nicht vorliegen.

Lediglich die beiden Studien aus Akutkrankenhäusern mit eingeschränktem Patientenkontext berichten andere Altersbefunde: Vandereycken und Pierloot (1983) fanden unter Anorexie-Patientinnen einer Akutklinik einen umgekehrten Alterseffekt: Frühe Abbrecherinnen waren mit durchschnittlich 21.8 Jahren ($SD = 5.0$) geringfügig älter als die regulären Beenderinnen mit 20.6 Jahren ($SD = 5.0$, $d = 0.24$). Da die Patientinnen in dieser Studie jedoch fast alle unter 25 Jahre alt waren und damit der Vergleich mit Älteren fehlt, widerspricht dieses Ergebnis nicht den zitierten Befunden aus der psychosomatischen Rehabilitation. Gleiches gilt für den Befund von Chiesa et al. (2000), die in einem britischen Akutkrankenhaus für Persönlichkeitsstörungen keinen Altersunterschied zwischen Abbrechern und Beendern finden, was an dem mit 31 Jahren ($SD = 7.5$) im Vergleich zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland ($M = 45.2$ Jahre, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1999) jungen Durchschnittsalter liegen dürfte.

2.4.1.1.3 Familienstand

Ergebnisse zum Familienstand liegen aus vier Studien vor. Keinen Zusammenhang zur Abbruchquote fanden Lieberz und Ciemer (2000). In der Stichprobe von Ruff und Werner (1988) waren 47 % der Abbrecher ledig, aber nur 29 % der Vollender (absolute Häufigkeiten und Signifikanztests nicht berichtet). H. Schulz et al. (1999) berichten Unterschiede nahe Null ($\phi = .05$) zwischen Ledigen (Abbruchquote 16.6 %, $n = 824$), Geschiedenen (16.5 %, $n = 389$), Verheirateten (13.0 %, $n = 1383$) und Verwitweten (14.1 %, $n = 85$). In der Analyse der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen des Jahres 1997 (Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b) fanden sich bei einer Gesamtabbruchquote von 8.8 % zwar leicht überdurchschnittliche Abbruchquoten für ledige Patienten (10.5 %) und leicht unterdurchschnittliche Quoten für Verwitwete (6.7 %); diese Unterschiede erwiesen sich jedoch nur wegen der hohen Fallzahl als signifikant und sind in ihrem Effektmaß als vernachlässigbar einzustufen ($\chi^2[12, N=56628] = 105.4$, $p < .001$, $\phi = 0.04$).

Insgesamt deuten die Daten damit auf eine weitgehende Unabhängigkeit der Abbruchquote vom Familienstand des Patienten hin.

2.4.1.1.4 Bildungsstand

Als Indikatoren des Bildungsstandes wurde in sieben Studien der Schulabschluss bzw. die Berufsausbildung untersucht. Die Ergebnisse sind dabei widersprüchlich: Dreimal wurde

keine Abhängigkeit der Abbruchquote von Schulbildung und Berufsabschluss gefunden (Costa, 1995; Mussgay et al., 2001; H. Schulz et al., 1999). Dagegen berichten Lieberz und Ciemer (2000) für Abbrecher einen Anteil von Patienten ohne Schulabschluss von 30.8 % gegenüber einem Anteil von 6.2 % unter den Beendern. In der Untersuchung von Chiesa et al. (2000) fanden sich Patienten unterer Berufsklassen (skilled manual, partly skilled oder unskilled) in der Gruppe der Abbrecher häufiger (52.6 %) als in der Gruppe der Beender (28.8 %; $\chi^2[1, N=134] = 6.91, p < .01$). Bei der Schulbildung ergab sich eine Tendenz, nach der Patienten mit einem höheren Schulabschluss in der Gruppe der Beender gegenüber der Abbrechergruppe überrepräsentiert waren (70.7 % vs. 54.8 %, $p = .07$). Wosgien und Donaubauer (1999) berichten höhere Abbruchquoten für Patienten mit Hauptschulabschluss (ohne Nennung von Zahlen). Auch Vandereycken und Pierloot (1983) fanden unter Anorexie-Patientinnen bei Abbrecherinnen eine signifikant niedrigere Schulbildung und einen niedrigeren Berufsstand des Vaters (ohne Zahlenangaben).

Mit ihrer Inkonsistenz fallen die Befunde demnach nicht so deutlich aus wie in der zitierten Metaanalyse zur ambulanten Psychotherapie (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Hierauf wird weiter unten eingegangen, wenn weitere Widersprüche (Schichtindikatoren und Staatsangehörigkeit) zur genannten Metaanalyse diskutiert werden.

2.4.1.1.5 Kostenträger

Als Indikator für soziale Schicht kann neben dem Bildungsstand auch die Variable *Kostenträger* herangezogen werden. Hierbei repräsentiert die Angestelltenversicherung (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, BfA) eine höhere soziale Schicht als die Arbeiterrentenversicherung (in Form der Landesversicherungsanstalten, LVA'en).

In einer Analyse der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen des Jahres 1997 (Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b) fand sich kein Unterschied von bedeutsamer Effektstärke in der Abbruchquote zwischen Angestelltenversicherung (9.4 %, 3200 von 34018) und Arbeiterrentenversicherung (7.8 %, 1723 von 21983; $\chi^2[6, N=56628] = 208.6; p < .001, phi = 0.06$). Dieser Befund steht im Widerspruch zu den Befunden aus der ambulanten Psychotherapie (Garfield, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993) und wird weiter unten ausführlicher thematisiert.

Ein weiterer Kostenträger in der stationären Psychotherapie können die Krankenkassen sein. In diesem Fall ist aus der Variable *Kostenträger* allerdings kein Hinweis auf die soziale Schicht des Patienten abzuleiten, sondern lediglich auf den Zugangsweg zur Rehabilitation. Zwei Studien berichten in diesem Zusammenhang *tendenziell* höhere Abbruchquoten für

Kassenpatienten (Ruff & Werner, 1988; H. Schulz et al., 1999) im Vergleich zu Patienten der Rentenversicherung.

2.4.1.1.6 *Derzeitige Berufsausübung*

In zwei Sekundäranalysen wurden leicht erhöhte Abbruchquoten bei Nicht-Berufstätigen ermittelt, wobei die Effektmaße allerdings unterhalb der Grenzen für kleine Effekte blieben. So berichten H. Schulz et al. (1999) erhöhte Abbruchquoten bei Auszubildenden (22.9 %), Altersberenteten (18.7 %), Hausfrauen/-männern (18.7 %) und Arbeitslosen (18.1 %) im Vergleich zu Vollzeit- (12.4 %) und Teilzeitbeschäftigten (11.4 %; $N = 2699$, $p < .001$, $\phi = 0.09$). In der Analyse der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen des Jahres 1997 (Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b) liegen bei einer Gesamtabbruchquote von 8.8 % leicht überdurchschnittliche Abbruchquoten für Selbstständige (14.6 %; 115 von 785), Auszubildende (12.1 %; 119 von 982) und Nicht-Erwerbstätige (11.2 %; 631 von 5639) vor ($N = 56628$; $\chi^2[8, N=56628] = 127.5$, $p < .001$, $\phi = .05$).

Da ein Ausbildungsstatus in der Regel mit jüngerem Alter verbunden ist, kann das höhere Abbruchrisiko von Auszubildenden einerseits durch die bei jüngeren Patienten diskutierten klinikinternen Abbruchgründe entstehen; andererseits sind mit dem Nicht-Versäumen-Wollen wichtiger Ausbildungsinhalte bzw. Prüfungen oder auch dem Beginn eines Arbeitsverhältnisses am Ausbildungsende auch klinikexterne Abbruchgründe denkbar, die spezifisch mit dem Ausbildungsstatus zusammenhängen. Ebenso könnten externe Abbruchgründe bei Selbstständigen (im Interesse des eigenen Verdienstes Wunsch nach Rückkehr an die Arbeit), Hausfrauen und -männern (subjektives Gebraucht-Werden zu Hause) und Arbeitslosen (Antritt einer neuen Arbeitsstelle oder Beginn einer Umschulung) wirksam sein.

2.4.1.1.7 *Staatsangehörigkeit*

Anhand der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen des VDR im Berichtsjahr 1997 überprüften Lang et al. (1999b) die Abbruchquoten deutscher (Anteil: 92.8 %), türkischer (1.8 %), jugoslawischer (1.7 %) sowie Patienten anderer Nationalitäten (3.7 %). Die jeweiligen Abbruchquoten unterschieden sich zwar tendenziell signifikant voneinander, jedoch mit einer Effektstärke nahe Null ($\chi^2[3, N=56628] = 6.7$, $p = .08$, $\phi = 0.01$).

2.4.1.1.8 *Soziodemographische Prädiktoren: Zusammenfassung*

Die Befundlage zu soziodemographischen Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch setzt sich aus vielen Einzelbefunden zusammen, deren Bewertung dadurch erschwert wird, dass

einige Autoren vermutlich auf die Mitteilung nicht signifikanter Zusammenhänge verzichtet haben.

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen weitgehend darin überein, dass die Abbruchhäufigkeit sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting *nicht geschlechtsabhängig* ist. Ein *jüngeres Alter* (insbesondere unter 30 Jahren) geht im stationären Setting mit höheren Abbruchquoten einher. Dieser Alterszusammenhang ist für das ambulante Therapiesetting nicht bekannt und scheint spezifisch für das stationäre Setting zu sein (für eine Diskussion möglicher Ursachen vgl. Abschnitt 2.4.1.1.2).

Hinsichtlich der *sozialen Schicht* findet sich bei stationären Psychotherapien im Gegensatz zum ambulanten Therapiesetting kein höheres Abbruchrisiko für Patienten mit geringerem Bildungsstand, für Angehörige von Minderheiten (hier: nicht-deutsche Staatsangehörigkeit) und für Versicherte der Arbeiterrentenversicherung. Diese Diskrepanz könnte dadurch erklärt werden, dass die für das ambulante Setting diskutierten Vermittlungsgrößen *somatische Behandlungserwartung* und *schlechte Therapeut-Patienten-Passung* bei Patienten niedriger sozialer Schicht eine wichtige Rolle in der – in der Regel freiwilligen – ambulanten Psychotherapie spielen. Ihre Rolle für das Abbruchgeschehen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme könnte jedoch davon überlagert sein, dass diese nicht immer ausschließlich freiwillig, sondern teilweise im Zusammenhang mit einer beruflichen Wiedereingliederung oder einem Rentenbegehren steht und bei einem Abbruch negative Konsequenzen befürchtet werden. Tatsächlich erwarten nach einem Ergebnis von Mussgay et al. (2001) auch etwa zwei Drittel aller Patienten Nachteile durch einen Abbruch, wobei diese Erwartung sogar einen Prädiktor für das Verbleiben in der Therapie darstellt (vgl. Abschnitt 2.4.1.4.6). Sollte diese Erwartung bei Patienten niedrigerer sozialer Schicht stärker ausgeprägt sein – was infolge der für Laien schwer verständlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches möglich scheint, allerdings noch nicht empirisch geprüft wurde – dann würde dieser Effekt den aus dem ambulanten Setting bekannten Effekt der sozialen Schicht neutralisieren.

Des weiteren scheint die *derzeitige Berufsausübung* für die Abbruchhäufigkeit bei stationären Psychotherapien bedeutsam zu sein. Zur Erklärung des erhöhten Abbruchrisikos bei Selbstständigen, Auszubildenden und Nicht-Erwerbstätigen sind verschiedene klinikexterne Abbruchgründe denkbar, die in Abschnitt 2.4.1.1.6 diskutiert wurden.

2.4.1.2 Klinisch-diagnostische Prädiktoren

Hinsichtlich des Zusammenhangs klinisch-diagnostischer Variablen zur Häufigkeit von Therapieabbrüchen liegt aus dem ambulanten Setting eine Vielzahl heterogener Befunde vor.

Überprüft wurden vor allem die Variablen *Diagnose*, *Vorbehandlungen*, *Substanzmissbrauch*, *Medikation* und verschiedene *Persönlichkeitsaspekte*. In einer Gesamtbewertung kommen die beiden narrativen Übersichtsarbeiten (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994) zu der Schlussfolgerung, dass für keine der Variablen ein Zusammenhang zur Abbruchhäufigkeit zuverlässig nachgewiesen ist. In der einzigen Metaanalyse (Wierzbicki & Pekarik, 1993) wurden wegen der geringen Datenmenge keine klinischen Variablen ausgewertet.

Im stationären Setting wurden die Variablen *Diagnose*, *Diagnosenzahl*, *Substanzmissbrauch*, *Krankheitsdauer*, *Vorbehandlungen*, *Symptombelastung* und *Persönlichkeit* in ihrem Zusammenhang zur Abbruchhäufigkeit untersucht.

2.4.1.2.1 Diagnose

Sieben der vorliegenden Studien ermöglichen Aussagen zum Zusammenhang zwischen Abbruchrate und Hauptdiagnose bei Entlassung. Bezogen auf alle Rehabilitationsmaßnahmen des VDR mit psychischer Hauptdiagnose (ohne Sucht und Psychosen) des Jahres 1997 ermittelten Lang et al. (1999b) statistisch signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Diagnosegruppen, die allerdings keine kleine Effektstärke erreichten ($\chi^2[8, N=55529] = 239.4$, $p < .001$, $\phi = .07$). Überdurchschnittliche Abbruchquoten ergaben sich für die Hauptdiagnosen *Persönlichkeitsstörung* (ICD-9 301; 13.9 %, 412 von 2965) und das ICD-9-Kapitel 307 mit *Essstörungen*, *Stottern*, *Tics* und *spezifischen Schlafstörungen* (12.7 %, 391 von 3072). Die durchschnittliche Abbruchrate lag bei 8.8 %. Unterdurchschnittliche Abbruchraten fanden sich bei der Hauptdiagnose *Akute Belastungsreaktion* (ICD-9 308; 5.2 %, 39 von 745) und das ICD-9-Kapitel 311 (Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Symptome (5.3 %, 41 von 775).

Ein erhöhtes Abbruchrisiko bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen wird auch von anderen Autoren berichtet. Zielke et al. (1997) kontrastieren erhöhte Abbruchraten bei Patienten mit Anorexie (Abbruchrate 30.2 %), und Persönlichkeitsstörungen (22.8 %) mit niedrigeren Abbruchraten von Patienten mit Anpassungsstörungen, neurotischer Depression und Funktionellen Störungen (zwischen 11.9 % und 15.2 %; ohne Signifikanztest). H. Schulz et al. (1999) ermitteln für eine von zwei untersuchten Stichproben erhöhte Quoten für Persönlichkeitsstörungen (26.7 %) und Anorexie (23.5 %) im Vergleich zur durchschnittlichen Abbruchquote von 14.7 % ($\phi = .12$). In ihrer zweiten analysierten Stichprobe ergibt sich für Persönlichkeitsstörungen (16.4 % gegenüber Durchschnitt von 8.3 %; $\phi = .12$) eine erhöhte Abbruchquote. Lieberz und Ciemer (2000) teilen ebenfalls erhöhte Abbruchraten für Patienten mit Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen, aber auch für Patienten mit Angststörungen mit sowie unterdurchschnittliche Quoten bei Anpassungsstö-

rungen / Belastungsreaktionen (allerdings ohne genaue Zahlenangaben und Signifikanztests). Innerhalb einer Stichprobe von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen finden Chiesa et al. (2000) unter den Abbrechern signifikant mehr Patienten mit Borderline-Diagnose (44.0 %, 22 von 42) als unter den Beendern (22.2 %, 18 von 92). Donaubauer et al. (Donaubauer et al., 2001) berichten erhöhte Abbruchquoten für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (41.0 % Abbrüche gegenüber 24.6 % in der Gesamtgruppe), Essstörungen (39 %) und somatoformen Störungen (53 %). Ebenso berichten Mussgay et al. (2001) einen signifikant erhöhten Anteil von Patienten mit funktionell-vegetativen Diagnosen unter Abbrechern (9 %) im Vergleich zu regulären Beendern (3 %).

Als gut bestätigt kann damit ein erhöhtes Abbruchrisiko für Patienten mit den Hauptdiagnosen *Persönlichkeitsstörung* oder *Essstörung* gelten. Die Abbruchquote ist bei diesen Hauptdiagnosen etwa doppelt so hoch wie im Durchschnitt. Bei beiden Diagnosegruppen erscheint das erhöhte Abbruchrisiko inhaltlich plausibel: Die Diagnose Persönlichkeitsstörung ist häufig mit geringer Krankheitseinsicht, verminderter sozialer Anpassung und einem entsprechend hohen Konfliktpotential für die therapeutische Beziehung verbunden. Zusätzlich sind Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durch ein hohes Maß an intra- und interpersoneller Instabilität gekennzeichnet, so dass Beziehungsabbrüche im Allgemeinen und der Abbruch einer therapeutischen Beziehung im Besonderen begünstigt werden. Die erhöhte Abbruchrate bei Essstörungen dürfte ebenfalls durch eine der Störung in vielen Fällen in besonderem Maße inhärente mangelhafte Veränderungsmotivation sowie durch klinikseitigen Druck beim Nicht-Einhalten von Gewichtsverträgen bedingt sein. Nicht zuletzt kann bei beiden Diagnosegruppen auch der in der Regel erforderliche längere Behandlungszeitraum zu einer statistischen Häufung vorzeitiger Entlassungen beitragen.

Eine erhöhte Abbruchrate von Patienten mit funktionell-vegetativen Diagnosen (Mussgay et al., 2001) oder somatoformen Störungen (Donaubauer et al., 2001) erscheint inhaltlich plausibel, wenn man diesen Patienten eher somatische Behandlungserwartungen unterstellt und damit einen Konflikt mit einem eher psychotherapeutischen Behandlungsangebot annimmt. Dass dieser Befund bislang nicht oft bestätigt wurde, liegt möglicherweise daran, dass diese Gruppen im alten Klassifikationssystem ICD-9 weniger gut abgrenzbar waren, so dass sie als Untersuchungsgruppen selten in Basisdokumentationsanalysen ausgewertet wurden.

2.4.1.2.2 Diagnosenzahl

Für die Anzahl von Nebendiagnosen fanden sowohl Chiesa et al. (2000) als auch H. Schulz et al. (1999) keine bedeutsamen Zusammenhänge zur Abbruchquote, so dass die reine Zahl der Diagnosen für das Abbruchgeschehen unerheblich zu sein scheint.

2.4.1.2.3 Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Da Patienten mit Substanzabhängigkeiten in der Regel nicht der psychosomatischen, sondern der Suchtrehabilitation zugewiesen werden, treten sie im hier analysierten Feld nur selten in Erscheinung. Eher tritt eine entsprechende Problematik in Form von Substanzmissbrauch auf.

In den von H. Schulz et al. (1999) analysierten Stichproben zeigten sich immerhin ca. 10 % (Stichprobe A) bzw. 5 % (Stichprobe B) der Patienten in psychosomatischen Fachkliniken mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabusus. In Stichprobe A (durchschnittliche Abbruchquote 14.6 %) ergibt sich ein schwacher Zusammenhang zur Abbruchhäufigkeit, wonach Patienten mit Alkohol- ($n = 225$, Abbruchquote 19.6 %), Nikotin- (20.4 % bei $n = 280$) und Drogenmissbrauch (28.1 % bei $n = 64$) häufiger abbrechen als Patienten ohne einen jeweiligen Missbrauch (ϕ jeweils zwischen .04 und .07). In Stichprobe B fanden sich keine entsprechenden Zusammenhänge. Medikamentenmissbrauch war in keiner der beiden Stichproben mit höheren Abbruchraten assoziiert. In der Studie von Mussgay et al. (2001) fanden sich unter Abbrechern mit 8 % signifikant häufiger Abhängigkeitserkrankungen als unter Beendern mit 2 %. Chiesa et al. (2000) fanden in ihrer Stichprobe von Akutpatienten mit Persönlichkeitsstörungen keinen Zusammenhang zwischen der Abbruchrate und dem Vorliegen eines Substanzmissbrauchs.

Die vorliegenden Zusammenhänge sind in ihrer Stärke als gering einzustufen. Dabei wäre ein erhöhtes Abbruchrisiko bei Patienten mit Substanzmissbrauch durchaus plausibel, droht bei wiederholtem Missbrauch doch in vielen Kliniken eine disziplinarische Entlassung. Disziplinarische Entlassungen sind insgesamt jedoch relativ selten (mit einem Anteil von 0.2 % an den psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen des Jahres 1997, Lang et al. 1999), wodurch die geringe Stärke des Zusammenhangs zwischen Substanzmissbrauch und Abbruchquote erklärt werden könnte. Ein engerer Fokus der Analyse auf disziplinarische Entlassungen würde hier unter Umständen weiteren Aufschluss geben.

2.4.1.2.4 Krankheitsdauer

Ruff und Werner (1988) teilen zwar für Abbrecher eine geringere Chronifizierung für körperliche Beschwerden (7.4 Jahre vs. 8.8 Jahre bei Beendern) und psychische Beschwerden (7.0 vs. 8.6 Jahre) mit. Wegen fehlender Streuungsangaben und Signifikanztests kann dieser Befund jedoch nicht bewertet werden. H. Schulz et al. (1999) ermittelten in zwei klinischen Stichproben keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Krankheitsdauer (bezogen auf die Hauptdiagnose) und der Entlassungsform. Chiesa et al. (2000) analysierten nicht direkt die

Krankheitsdauer, sondern die zurückliegende Dauer einer psychopharmakologischen Medikation und fanden dabei keinen Unterschied zwischen Abbrechern und Beendern.

Die Datenlage spricht damit nicht für einen Zusammenhang zwischen Krankheitsdauer und Abbruchwahrscheinlichkeit.

2.4.1.2.5 Vorbehandlungen

Eine beträchtliche Anzahl von Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation wurde bereits zuvor psychotherapeutisch behandelt. So wiesen in einer von H. Schulz et al. (1999) analysierten Stichprobe zweier psychosomatischer Fachkliniken ($N = 2699$) 58.6 % der Patienten mindestens eine zurückliegende ambulante Psychotherapie und 29.3 % mindestens eine stationäre Psychotherapie auf.

Psychotherapeutische Vorbehandlungen können dabei unterschiedlich interpretiert werden. Einerseits können sie als Hinweis auf beim Patienten bereits vorhandenes Wissen über Psychotherapie, damit auf realistische Erwartungen an die psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme und unter Umständen sogar auf das Vorliegen einer gewissen Psychotherapiemotivation gewertet werden. Entsprechend könnte man annehmen, dass sie mit einer reduzierten Abbruchquote einhergehen. Tatsächlich waren in der Stichprobe von Mussgay et al. (2001) reguläre Beender signifikant häufiger ambulant psychotherapeutisch vorbehandelt als die Abbrecher (52.9 % vs. 38.2 %).

Andererseits können psychotherapeutische Vorbehandlungen auch einen Indikator für eine schwerer behandelbare Störung darstellen und hierüber die Abbruchwahrscheinlichkeit erhöhen. Dies erscheint insbesondere dann plausibel, wenn man davon ausgeht, dass bei den Diagnosen Persönlichkeitsstörung oder Essstörung, die mit erhöhtem Abbruchrisiko assoziiert sind (vgl. Abschnitt 2.4.1.2.1), in der Regel auffälliger Anamnesen vorliegen und damit Vorbehandlungen wahrscheinlicher sind als beispielsweise bei Anpassungsstörungen, die infolge einer in der Regel unauffälligen Anamnese weniger Vorbehandlungen aufweisen dürften und gleichzeitig mit niedrigem Abbruchrisiko assoziiert sind. Für diese Erklärung spricht der Befund von H. Schulz et al. (1999), nach welchem die Abbruchquote nicht für alle Patienten mit Vorbehandlungen, sondern nur für diejenigen mit auffallend vielen Vorbehandlungen erhöht ist. Bei Patienten mit drei bis fünf ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlern ($n = 134$) betrug die Abbruchquote 20.0 %, bei sechs und mehr Vorbehandlern ($n = 22$) betrug sie 36.6 % (in Gesamtstichprobe lag sie bei 14.7 %; $N = 2699$, $p < .001$, $\phi = 0,08$). Ähnlich fielen die Ergebnisse für die *Anzahl stationärer psychotherapeutischer Vorbehandlungen* und *Anzahl stationärer somatomedizinischer Vorbehandlungen* aus, bei

denen hohe Abbruchquoten für Patienten mit drei bis fünf bzw. sechs und mehr Vorbehandlungen vorlagen. Im Gegensatz zu dem oben zitierten Ergebnis (Mussgay et al., 2001) war das Vorliegen *einer* Vorbehandlung nicht mit niedrigeren Abbruchraten assoziiert, sondern entsprach genau der Abbruchquote der Gesamtstichprobe.

Chiesa et al. (2000) fanden in ihrer Stichprobe persönlichkeitsgestörter Akutpatienten keine Unterschiede zwischen Abbrechern und Beendern hinsichtlich Anzahl und Dauer stationärer Vorbehandlungen. Gleiches berichten Lieberz und Ciemer (2000), allerdings ohne genaue Zahlen mitzuteilen.

Die Befunde sind damit insgesamt widersprüchlich. Ohne Berücksichtigung ihrer Anzahl scheinen psychotherapeutische Vorbehandlungen weder als zuverlässiger protektiver, noch als Risikofaktor für Behandlungsabbrüche dienen zu können. Eine hohe Anzahl von Vorbehandlungen (mindestens drei) scheint jedoch mit einer erhöhten Abbruchwahrscheinlichkeit zusammenzuhängen. Bisher wurde allerdings nicht geprüft, ob die Anzahl der Vorbehandlungen einen unabhängigen Erklärungsbeitrag zur Abbruchrate liefert, oder ob der Zusammenhang über die Diagnose (v.a. zu denken an Persönlichkeitsstörung oder Essstörung, bei denen die Abbruchrate erhöht ist) erklärt werden kann.

2.4.1.2.6 Testdiagnostik: Symptomschwere und Belastung

Testdiagnostische Daten hinsichtlich Symptomschwere und Beschwerdestärke zu Behandlungsbeginn werden in sieben Studien mitgeteilt. Dabei berichten vier Untersuchungen keine Unterschiede zwischen Abbrechern und Beendern, in drei Untersuchungen erwiesen sich die Abbrecher im Vergleich zu den Beendern als weniger belastet.

So berichten Paar et al. (1994) für die Abbrechergruppe signifikant geringere Mittelwerte in der Globalskala *Beschwerdedruck* des Gießener Beschwerdeboogens GBB (Brähler & Scheer, 1995) und seiner Subskala *Gliederschmerzen*. Mussgay et al. (2001) berichten für Abbrecher eine signifikant geringere Belastung im Globalen Schwereindex der Symptom-Check-List SCL-90-R (Franke, 1995) von 0.93 vs. 1.18 ($d = 0.36$), ebenso eine signifikant geringere Depressivität (in der Allgemeinen Depressions-Skala ADS, Hautzinger & Bailer, 1993) von 56.4 vs. 60.3 ($d = 0.32$). In einer weiteren Studie (Damke & Koechel, 2001) werden geringere Belastungen für Abbrecher in den SCL-90-R-Subskalen *Somatisierung* und *Zwanghaftigkeit* sowie im GBB beschrieben (mit Effektstärken d zwischen 0.46 und 0.65).

Keine Unterschiede fanden hingegen Lieberz und Ciemer (2000) im Beeinträchtigungsschwere-Score BSS (Schepank, 1995), Wosgien und Donaubauer (1999) in der SCL-90-R,

Chiesa et al. (2000) in SCL-90-R und Social Adjustment Scale (Weissman, 1975) und Costa (1995) in der ADS.

Die Befunde sind also auch hier uneinheitlich. Dort, wo Unterschiede zwischen Abbrechern und Beendern gefunden werden, sind Abbrüche mit geringerer Symptomschwere verbunden. Patienten mit stärkerer Depressivität oder höher allgemeiner psychischer Belastung, wie sie durch GBB und SCL-90-R abgebildet werden (Harfst et al., 2001), verbleiben demnach etwas wahrscheinlicher bis zum Behandlungsende in der Rehabilitationsmaßnahme.

2.4.1.2.7 Testdiagnostik: Persönlichkeit

Auch bei der Persönlichkeitsdiagnostik sind verschiedene Zusammenhänge zur Abbruchhäufigkeit denkbar. So könnte erstens die Abbruchwahrscheinlichkeit bei denjenigen Patienten größer sein, die extremere Werte auf den Persönlichkeitsskalen aufweisen, da diese Patienten mehr interaktionelle Probleme im Kliniksetting (mit Mitpatienten und in der therapeutischen Beziehung) erfahren könnten. Bedenkt man allerdings zweitens die soziale Erwünschtheit, der Persönlichkeitsskalen unterliegen, so kann man auch zu der Annahme gelangen, dass gerade jene Patienten, die persönliche Probleme generell negieren (und gerade aus diesem Grund die Behandlung später abbrechen könnten) sich in den Persönlichkeitsskalen durch unauffällige Werte auszeichnen. Damit entstünde eine umgekehrte Zusammenhangsrichtung, nach der Abbrecher eher im Normbereich liegen würden als reguläre Beender. Drittens ist auch ein Nullzusammenhang möglich, der darauf hinweisen würde, dass Persönlichkeitsfaktoren entweder keine bedeutende Rolle bei der Erklärung von Abbruchhäufigkeiten spielen oder dass sich die beiden ersten Annahmen im Gruppenvergleich herausmitteln.

Die drei Studien, die Persönlichkeitsskalen untersuchten, weisen jeweils in die gleiche Richtung, nach der verschiedene Persönlichkeitsfaktoren bei Abbrechern geringer ausgeprägt sind als bei Beendern. Im Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989) ermittelten sowohl Costa (1995) als auch Mussgay et al. (2001) für Abbrecher etwas geringere Werte in den Subskalen *Offenheit* und *Erregbarkeit* (mit jeweils geringen Effektstärken d zwischen .25 und .30). Bei Paar et al. (1994) erreichten Abbrecher signifikant niedrigere Werte auf den MMPI-Subskalen *Sensitive Wahrnehmung von Symptomen und Problemen* und höhere Werte auf *Abwehr von seelischen Schwächen und Problemen* (ohne Effektstärkenangaben). Die Befunde zu diesen beiden MMPI-Subskalen sowie zur FPI-Subskala *Offenheit*, die als Marker für eine Verfälschungstendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit dient (Fahrenberg et al., 1989), stützen die Annahme, dass Abbrecher sich möglicherweise eher durch ein Verschleiern persönlicher Probleme auszeichnen als durch ein vermehrtes explizites Präsentieren persönlicher Probleme.

In zwei an der selben Klinik (Psychosomatische Fachklinik St.-Franziska-Stift, Bad Kreuznach) durchgeführten Studien wurden zu Behandlungsbeginn klinische Skalen eingesetzt, die zwar keine umfassenden Persönlichkeitsinventare darstellen, aber dennoch Persönlichkeitseigenschaften (Traits) erfassen sollen. Mussgay et al. (2001) fanden für das Inventar Interpersonaler Probleme IIP (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994) eine signifikant geringere Belastung für Abbrecher im Vergleich zu Beendern ($d = 0.39$). Im State-Trait-Angstinventar STAI (Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) konstatieren sie ebenso wie Costa (1995) einen signifikant niedrigeren Gesamtwert für Abbrecher ($d = 0.46$ bzw. $d = 0.15$). Im State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI, Schwenkmezger, Hodapp & Spielberger, 1992) liegen uneinheitliche Ergebnisse vor: Mussgay et al. (2001) fanden signifikant niedrigere Werte für Abbrecher auf der Subskala *nach innen gerichteter Ärger* ($d = 0.32$), Costa (1995) hingegen nur auf der Subskala *Ärger als Eigenschaft* ($d = 0.40$). Da die Stichproben beider Arbeiten in derselben Klinik erhoben wurden, sind ihre Inkonsistenzen nicht ohne weiteres durch Unterschiede im Patientenkontext zu erklären, sondern stellen in Anbetracht der hohen Zahl der jeweiligen Hypothesentests möglicherweise deren Replizierbarkeit in Frage.

2.4.1.2.8 Zusammenfassung: Klinisch-diagnostische Prädiktoren

Als gut bestätigt kann ein bis um das Doppelte erhöhtes Abbruchrisiko für die Hauptdiagnosen Persönlichkeitsstörung oder Essstörung gelten, das auch inhaltlich plausibel erscheint (vgl. Abschnitt 2.4.1.2.1). Eine Zahl von mehr als drei Vorbehandlungen scheint ebenfalls einen Risikofaktor darzustellen, wobei unerheblich ist, ob es sich dabei um ambulante oder stationäre psychotherapeutische oder um stationäre somatomedizinische Vorbehandlungen handelt. Im Persönlichkeitsbereich weisen geringe Offenheit und stärkere Abwehr seelischer Probleme auf eine höhere Abbruchwahrscheinlichkeit hin. Die psychometrisch erfassbare Symptombelastung ist bei Abbrechern möglicherweise geringer ausgeprägt als bei Beendern, wobei dieser Befund nur teilweise bestätigt worden ist. Ob Abbrecher tatsächlich eine geringere Initialbelastung oder aber eine stärkere Tendenz zur Negierung entsprechender Belastungen aufweisen als reguläre Beender, kann anhand der vorliegenden Datenlage nicht beurteilt werden.

2.4.1.3 Sozialmedizinische Prädiktoren

2.4.1.3.1 Arbeitsfähigkeit

Zwei Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen der *Arbeitsfähigkeit vor Behandlungsbeginn* und der Abbruchhäufigkeit. H. Schulz et al. (1999) fanden in zwei großen Stich-

proben keine Zusammenhänge von wenigstens kleiner Effektstärke zwischen bestehender Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme und der Abbruchhäufigkeit.

In einer Stichprobe zeigte sich allerdings die *Dauer einer bestehenden AU* als bedeutsam: Bei einer Dauer von mehr als 52 Wochen (Anteil immerhin 8.0 % am untersuchten Patientenklientel) war die Abbruchquote signifikant erhöht (21.4 % vs. Gesamtquote von 14.7 %; $\phi = .12$). Ein ähnliches Ergebnis berichten Ruff und Werner (1988). Abbrecher in dieser Studie waren im Mittel länger arbeitsunfähig als Beender (22.0 vs. 10.3 Wochen). 44 % der Abbrecher waren direkt vor Behandlungsbeginn arbeitsunfähig, in der Gruppe der Beender hingegen nur 29 %.

2.4.1.3.2 Rente

Nur 3.2 % (1827 von 56628) aller Rehabilitanden mit psychischer Hauptdiagnose im Berichtsjahr 1997 hatten aktuell oder in der Vergangenheit einen Rentenanspruch gestellt (Lang, Lotz-Rambaldi et al., 1999b). Bei diesen war die Abbruchquote zwar signifikant, aber ohne nennenswerte Effektstärke erhöht (12.8 % vs. 8.6 %; $\phi = .03$). Mussgay et al. (2001) fanden in ihrer Stichprobe nur einen tendenziell signifikanten Zusammenhang, nach dem bei Abbrechern der Aufenthalt in 18 % der Fälle im Zusammenhang mit einem Rentenbegehren stand, während dies bei Beendern nur zu 10 % der Fall war ($\phi = .07$). Auch hier blieb die Effektstärke unterhalb der Grenze eines kleinen Effekts. Eine schon bestehende vorzeitige Berentung lag bei Abbrechern häufiger vor als bei Beendern (18 % vs. 5 %; $p = .001$). H. Schulz et al. (1999) fanden bei Basisdokumentationsanalysen zweier großer Stichproben keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Abbruchquoten von Personen mit vs. ohne Rentenverfahren.

2.4.1.3.3 Zusammenfassung: Sozialmedizinische Prädiktoren

Es liegen Hinweise darauf vor, dass Patienten mit sozialmedizinischen Problemlagen (längere AU-Zeiten, Rentenbegehren, Frühberentung) etwas häufiger vorzeitig entlassen werden als andere Patienten. Dies könnte erstens darauf zurückzuführen sein, dass die sozialmedizinische Problemlage Ausdruck einer schwerer behandelbaren Störung ist, so dass es nicht wegen der sozialmedizinischen Situation selbst, sondern wegen Konflikten im Behandlungsverlauf zum Abbruch kommt. Zweitens kann sich die erhöhte Abbruchquote aus einer mangelhaften Behandlungsmotivation ergeben, wenn sie nach längerer AU oder infolge eines Rentenbegehrens von der Krankenkasse bzw. dem Rentenversicherungsträger veranlasst wird und der Patient überwiegend fremdmotiviert ist. Drittens stehen Rehabilitationsmaßnahmen bei sozialmedizinischen Problemlagen oft im Spannungsfeld zwischen therapeutischer Behandlung

und sozialmedizinischer Begutachtung, wodurch ein Konfliktfeld entsteht, das zu vorzeitigen Entlassungen beitragen kann (vgl. Bückers, Kriebel & Paar, 2001).

2.4.1.4 Indikatoren der Behandlungsmotivation als Prädiktoren

Behandlungsmotivation umschreibt ein komplexes Konstrukt, welches in der Regel über mehrere Indikatoren definiert wird. Wegen der Vielzahl entsprechender Ansätze wird den möglichen Konzeptualisierungen des Konstrukts *Therapiemotivation* weiter unten ein eigenes Kapitel gewidmet (Kapitel 3.1). An dieser Stelle werden als Indikatoren für eine geringe Behandlungsmotivation Variablen wie geringe psychologische Offenheit, niedriger Leidensdruck, körperliche (vs. psychische) Ursachenattribution, geringe Zuversicht in einen Behandlungserfolg, passive Erwartungen an die Behandlung, ein Nicht-benennen-Können von Therapiezielen und höhere Absichtslosigkeit hinsichtlich eigener Verhaltensänderungen betrachtet.

Für das *ambulante Setting* liegen mehrere Hinweise dafür vor, dass Abbrecher eine geringere *psychologische Offenheit* (*psychological mindedness*) aufweisen, d.h. sich weniger in psychologischen Begriffen beschreiben, intra- und interpersonale Probleme in geringerem Maße anerkennen und seltener psychische Ursachen für Verhalten im Allgemeinen und ihre Beschwerden im Besonderen in Betracht ziehen (für eine Übersicht vgl. Garfield, 1994). Dieser Befund stützt die im vorangegangenen Kapitel diskutierte Vermutung, dass Abbrecher deshalb in Persönlichkeitstests unauffälliger abschneiden könnten, weil sie persönliche Probleme negieren. Der Zusammenhang zwischen niedriger Psychotherapiemotivation (bzw. einem Indikator hierfür) und Abbruchwahrscheinlichkeit zeigt sich auch, wenn die Therapiemotivation von den Behandlern fremdeingeschätzt wird (Garfield, 1994). In Bezug auf konkrete Behandlungserwartungen stellt Garfield in einer narrativen Übersicht fest, dass die Erwartung einer passiven Patientenrolle, konkreter Ratschläge oder einer medikamentösen Behandlung vermehrt mit Behandlungsabbrüchen einhergeht. In einer Sekundäranalyse von Daten des United States National Comorbidity Survey und des Ontario Health Surveys schätzten Abbrecher Psychotherapie erwartungsgemäß als *weniger hilfreich* ein und berichteten *mehr Scham* im Hinblick auf das Aufsuchen einer solchen Behandlung (Edlund et al., 2002). Die *erwartete Behandlungsdauer* erwies sich in einer Studie von Pekarik (1991) als bester Prädiktor für die tatsächlich absolvierte Sitzungszahl.

In einer Längsschnittuntersuchung ambulanter Psychotherapien einer verhaltenstherapeutischen Universitätsambulanz konnte Veith (1997) frühe Behandlungsabbrüche (bis zur 4. Sitzung) anhand einer *geringeren Behandlungszuversicht* und *höheren Beeinträchtigung durch eigene Beschwerden* vorhersagen, allerdings nur in sehr geringem Maße ($R^2_{adj} = .05$).

Nach der vierten Sitzung unterschieden sich Abbrecher von regulären Beendern nicht mehr in motivationalen Variablen.

Vier Studien zu Behandlungsabbrüchen ambulanter Psychotherapien bezogen sich auf das *Transtheoretische Modell der Veränderung* (TTM, Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & Velicer, 1997), welches Verhaltensänderungen in die Stadien (1) Absichtslosigkeit, (2) Absichtsbildung, (3) Vorbereitung, (4) Handlung und (5) Aufrechterhaltung einteilt und als motivationales Stufenmodell betrachtet werden kann. Es wird in Kapitel 3 ausführlicher dargestellt. Prochaska und DiClemente (1994) formulierten die Hypothese, dass Personen auf der Stufe der *Absichtslosigkeit*, d.h. in einer Phase, in der keinerlei Intention zur Änderung eines bestimmten Problemverhaltens in absehbarer Zukunft besteht, ein hohes Risiko zum Abbruch einer Therapie haben. In zwei Studien an universitären und städtischen Psychotherapieambulanzen (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999; Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin & al., 1995) wurde diese Hypothese bestätigt: Abbrecher befanden sich im Vergleich zu regulären Beendern häufiger im Stadium der *Absichtslosigkeit* und seltener in den Stadien *Vorbereitung* oder *Handlung* (erhoben mit der Stages of Change Scale SCS, McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989). Im Gegensatz dazu unterscheiden sich in zwei anderen Studien an britischen Mental-Health-Care-Ambulanzen (Derisley & Reynolds, 2000) bzw. einer universitären Psychotherapieambulanz in Kanada (Hunsley, McKean & Best, 2002) Abbrecher und reguläre Beender nicht in ihren Werten auf der SCS-Subskala *Absichtslosigkeit*.

Es ist zu vermuten, dass die genannten, aus verschiedenen Theorien der Psychotherapiemotivation stammenden Faktoren miteinander zusammenhängen. So dürfte eine geringe Problemreflexion mit niedriger psychologischer Offenheit sowie der Erwartung einer kurzen, symptomorientierten Behandlung einhergehen. Bei den entsprechenden Patienten ist denkbar, dass bei Ausbleiben einer raschen Beschwerdereduktion oder Realisieren des Erfordernisses einer aktiven Mitarbeit ein gewisses Maß an Unzufriedenheit mit der Behandlung entsteht, welches dann zum Abbruch führen kann. Da insbesondere Patienten mit niedrigem sozioökonomischem Status eher kurze, symptomorientierte Behandlungen erwarten (Wierzbicki & Pekarik, 1993), könnte hierüber auch die berichtete Korrelation zwischen sozialer Schicht und Abbruchhäufigkeit vermittelt sein.

Aus dem *stationären* Setting liegen einige Untersuchungen vor, die mit den eben zitierten Befunden zum Teil korrespondieren. Die Daten zur Psychotherapiemotivation bei Abbrechern stationärer Behandlungen stammen dabei hauptsächlich aus drei Studien. Costa (1995) erhob in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik vor Behandlungsbeginn globale Selbst- und

Fremdeinschätzungen der Psychotherapiemotivation und definierte Behandlungsabbrüche als jede (auch reguläre) Entlassung innerhalb von 27 Behandlungstagen. In einer weiteren Studie an derselben Klinik (Mussgay et al., 2001) wurden Krankheitskonzept und Behandlungserwartungen mit selbst konstruierten Items bei Behandlungsbeginn erfragt. Abbrüche wurden als alle vorzeitigen, mit Ausnahme extern bedingter, Entlassungen definiert. Die dritte Untersuchung (Wosgien & Donaubauer, 1999) stammt aus einem psychotherapeutischen Akutkrankenhaus. Dort wurde der Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM-40, H. Schulz, Nübling & Rüddel, 1995) und die Therapiemotivations-Itemsammlung THERMIS (Veith, 1997) fünf Tage vor Klinikaufnahme und zu mehreren Zeitpunkten im weiteren Behandlungsverlauf eingesetzt. Als Abbrüche wurden alle vorzeitigen Entlassungen einschließlich der Verlegungen bewertet.

2.4.1.4.1 Globale Psychotherapiemotivation

Costa (1995) berichtet für zwei Globalitems zur Psychotherapiemotivation („Glauben Sie, dass Ihnen eine Psychotherapie in Ihrer augenblicklichen Lage helfen könnte?“ und „Glauben Sie, dass Sie selbst etwas zur Lösung Ihrer derzeitigen Schwierigkeiten beitragen können?“) signifikant niedrigere Werte für Abbrecher als für Beender ($\chi^2[4, N=613] = 14.3$ bzw. $\chi^2[4, N=613] = 12.2$).

In der Untersuchung von Wosgien und Donaubauer (1999) konnte von neun Skalen nur die FPTM-40-Skala *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit* signifikant zwischen Abbrechern und Beendern diskriminieren ($d = .43$). Auf den Skalen Hoffnung, Leidensdruck, Initiative, Vorwissen über Psychotherapie, symptombezogene Zuwendung durch andere (FPTM-40), Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses, Stigmatisierungsängste und Behinderung (THERMIS) ergaben sich keine Gruppenunterschiede. Der Unterschied in der Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit entspricht den oben angestellten Erwartungen, nach denen Abbrecher weniger psychologisch orientiert sind und in Persönlichkeitstests durch stärkere Abwehr persönlicher Probleme auffallen. Widersprüchlich bleibt allerdings, dass sich dieser Unterschied nicht auch in anderen Skalen, insbesondere in psychotherapeutischem Vorwissen, Initiative oder Stigmatisierungsängsten ausdrückt. Dadurch wird der Befund relativiert und erhält den Charakter eines möglichen Zufallsbefundes, der durch eine Alphafehler-Inflationierung zustande gekommen sein könnte. Die Autorinnen berichten übrigens eine Korrelation zwischen dem FPTM-40-Gesamtscore und dem Schulabschluss, nach dem Patienten mit niedrigerer Schulbildung weniger psychotherapiemotiviert sind. Allerdings wurde nicht mehrfaktoriell geprüft, welche Variable stärker zur Vorhersage der Entlassungsform beitrug.

Im Therapeutenurteil der Behandlungsmotivation (eingeschätzt als Globalurteil in der zweiten Behandlungswoche) finden die Autorinnen ebenfalls einen signifikanten Gruppenunterschied in gleicher Richtung (Mann-Whitney-U-Test: $U = 1280$, $Z = -3.7$), wobei die Übereinstimmung zwischen Selbst- (FPTM-40) und Fremdeinschätzung (Therapeutenurteil) allerdings nicht ermittelt wurde.

2.4.1.4.2 Ursachenattribution

Das ätiologische Verständnis des Patienten für seine Beschwerden spielt im Kontext der Therapiemotivation insofern eine Rolle, als es seine Behandlungserwartung, d.h. ob er eher eine psychotherapeutische oder eine somatisch ausgerichtete Behandlung erwartet, maßgeblich beeinflussen dürfte.

Nach Mussgay et al. (2001) betrachten Abbrecher in signifikant geringerem Maße als Beender psychische Ursachen als Grund für ihre Beschwerden ($d = 0.39$). Hier liegt also ein Hinweis darauf vor, dass Abbrüche dadurch zustande kommen könnten, dass ein somatisches Krankheitskonzept des Patienten mit einem vorwiegend psychotherapeutischen Behandlungsangebot der Klinik kollidiert. Denkbar ist, dass hiervon besonders solche Patienten betroffen sind, bei deren Diagnose körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, d.h. bei Somatisierungsstörungen und psychosomatischen Störungen.

Costa (1995) fand dagegen keinen Unterschied in der Krankheitsursachen-Attribution (körperlich vs. seelisch vs. äußere Bedingungen), so dass die Befundlage zu diesem Faktor nur vorsichtig interpretiert werden kann und weiterer Klärung bedarf.

2.4.1.4.3 Behandlungserwartung

Entsprechend den vorangegangenen Überlegungen unterscheiden sich Abbrecher und Beender in den beiden hierzu vorliegenden Studien in ihren Behandlungserwartungen. In einer Studie (Wosgien & Donaubauer, 1999) äußerten sie eine signifikant höhere medizinische Behandlungserwartung als Beender (Mann-Whitney-U-Test: $U = 1333$, $Z = -2.1$). Im Ausmaß der psychotherapeutischen Behandlungserwartung unterschieden sich beide Gruppen allerdings nicht. Demnach ist es möglich, dass Abbrecher nicht notwendigerweise einen Mangel an Psychotherapiemotivation aufweisen, sondern sich vielleicht lediglich ein Mehr an medizinischer Betreuung wünschen.

Dass Abbrecher möglicherweise in höherem Maße kurtypische Anwendungen erwarten, zeigt ein Ergebnis bei Mussgay et al. (2001), die ihre Patienten fragten, wie wichtig nach deren Meinung Tanzveranstaltungen für den Erfolg seien. Abbrecher gewichteten dieses Item bei Behandlungsbeginn signifikant höher als Beender ($d = 0.26$).

2.4.1.4.4 Therapieziele

Als Indikator für Psychotherapiemotivation kann auch das Ausmaß herangezogen werden, in dem Patienten in der Lage sind, realistische, mit psychologischen Konzepten fassbare Therapieziele für sich zu benennen (Meichenbaum & Turk, 1994). Ruff und Werner (1988) untersuchten den Zusammenhang zwischen Therapiezielen und Behandlungsabbrüchen. Abbrecher gaben in Fragebogen und Interview doppelt so häufig wie Beender auf die Frage nach dem Therapieziel keine oder eine nicht einschätzbare Antwort (27 % vs. 14 %).

2.4.1.4.5 Erwartete Behandlungsdauer

Wie bereits im ambulanten Setting (Pekarik, 1991) erwies sich auch in der einzigen hierzu vorliegenden Studie aus dem stationären Setting die erwartete Behandlungsdauer als Prädiktor für einen Behandlungsabbruch. In der entsprechenden Untersuchung (Mussgay et al., 2001) gaben 36.9 % der späteren Abbrecher zu Beginn der Behandlung an, dass die geplante Rehabilitationsdauer kürzer sein sollte (gegenüber 10.8 % bei den Beendern).

2.4.1.4.6 Weitere Aspekte der Behandlungsmotivation

Da psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen zum Teil fremdinitiiert sind (beispielsweise im Zusammenhang mit langen AU-Zeiten oder einem Rentenbegehren), könnte ein wesentlicher Aspekt der Motivation darin bestehen, die Behandlung passiv „auszusitzen“. Die Befürchtung etwaiger Nachteile durch einen Abbruch (z.B. Nicht-Gewährung einer Rente) könnte in diesen Fällen als protektiver Faktor wirken. Tatsächlich zeichneten sich in der Studie von Mussgay et al. (2001) Abbrecher dadurch aus, dass sie bei Behandlungsbeginn signifikant seltener Nachteile für weitere Rehabilitationsmaßnahmen durch einen Abbruch erwarteten als Beender (52.5 % vs. 68.2 %, $\phi = .10$).

2.4.1.4.7 Zusammenfassung Behandlungsmotivation

Es liegen Hinweise darauf vor, dass die Motivation zu einer stationären psychotherapeutischen Behandlung bei Abbrechern geringer ausgeprägt ist als bei Beendern. Dies gilt möglicherweise für mehrere motivationale Aspekte, die miteinander in Zusammenhang stehen dürften: Als Risikofaktoren könnten demnach ein somatisches Krankheitskonzept, die Erwartung einer eher kurzen und medizinisch ausgerichteten Behandlung, geringe Zuversicht im Hinblick auf eine Besserung der eigenen Beschwerden, eine Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit sowie Schwierigkeiten beim Definieren psychologischer Therapieziele gelten. Die Ergebnisse erscheinen insbesondere vor dem Hintergrund, dass sie auf der bei Behandlungsbeginn erhobenen Initialmotivation beruhen, als bedeutsam, da zu erwarten ist, dass im The-

rapieverlauf neben der Initialmotivation Faktoren wie die therapeutische Beziehung oder Beschwerdebesserung an Bedeutung für den Verbleib in der Therapie gewinnen. Nicht zuletzt darf den behandelnden Therapeuten unterstellt werden, dass sie auf unterschiedliche Motivationslagen gezielt eingehen und so in vielen Fällen auch Patienten mit niedriger Ausgangsmotivation an ein Therapieengagement heranzuführen können.

Die Generalisierbarkeit der dennoch berichteten Befunde kann zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer bewertet werden. Die Ergebnisse beruhen lediglich auf drei Studien aus dem Akut- und Rehabilitationsbereich, die jeweils unterschiedliche Abbruchdefinitionen verwendeten, so dass Inkonsistenzen zwischen den Untersuchungsergebnissen methodisch (durch unterschiedliche Patientenklientel und Abbruchdefinition) bedingt sein können. Zur Klärung des Zusammenhangs zwischen Therapiemotivation und Abbruch erscheint deshalb weitere Forschung nötig.

2.4.2 Externe Abbruchgründe

Unabhängig von den oben diskutierten Abbruchgründen gibt es auch Faktoren, die außerhalb des Einflusses von Patienten liegen und eine vorzeitige Entlassung begründen können. Zu denken ist hier an kritische Lebensereignisse wie beispielsweise Tod oder schwere Erkrankung eines Angehörigen oder berufliche Verpflichtungen (z.B. Ende der Ferienzeit bei Lehrern, Auszubildenden oder Studierenden, Saisongeschäft in Ferien- und Weihnachtszeit insbesondere bei Familienbetrieben). Problematisch bei der Bewertung externer Abbruchgründe ist die Einschätzung, wie zwingend bzw. wie unabhängig sie von Behandlungsmotivation und -zufriedenheit sind. Immerhin ist denkbar, dass sie lediglich als willkommener Anlass für die Beendigung einer als aversiv oder ambivalent erlebten Therapie dienen. Insofern sollte bei der Definition von externen Abbruchgründen auf die Nicht-Vorhersehbarkeit der entsprechenden Lebensereignisse (d.h. beispielsweise Ausschluss von bereits vor der Rehabilitationsmaßnahme bestehender Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen) sowie auf ihre Stichhaltigkeit (d.h. beispielsweise Ausschluss von Heimweh, von leichter Erkrankung eines Angehörigen, von nicht zwingenden beruflichen Verpflichtungen) geachtet werden.

Mussgay et al. (2001) schlossen in ihrer Abbruchdefinition solche Fälle aus, in denen externe Einflüsse zur vorzeitigen Entlassung geführt hatten. Entsprechend als externe Abbruchgründe bezeichnete Einflüsse fanden sie bei 33 von 105 vorzeitigen Entlassungen (31 %). In einer Analyse von Hecker (1994) gaben 3 von 21 vorzeitig Entlassenen (14 %) externe Gründe an (Erkrankung des Sohnes, der Ehefrau sowie berufliche Gründe). Familienangelegenheiten und berufliche Verpflichtungen wurden in einer weiteren retrospektiven Befragung (Rosin & Wilmers, 1999) von jeweils 9 % der vorzeitig Entlassenen als Ursache angegeben.

Diese Zahlen deuten auf einen Anteil externer Abbruchgründe von 14 % bis 30 % an allen Abbrüchen hin. Inwiefern es sich im Einzelfall tatsächlich um zwingende externe Gründe gehandelt hat, ist schwer zu beurteilen. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Befund von Barghaan (2001). Die Autorin befragte in Telefoninterviews 32 Abbrecher nach ihren Abbruchgründen und kommt zu dem Schluss, dass in keinem Fall *ausschließlich* externe Faktoren ausschlaggebend waren, sondern dass sie jeweils mit bereits bestehender Unzufriedenheit hinsichtlich der Behandlung einhergingen. Allerdings handelte es sich bei den Interviewten um eine selbstselegierte Stichprobe, bei der sich möglicherweise gerade diejenigen Patienten, die eine Unzufriedenheit zu beklagen hatten, zum Interview bereit erklärten und jene Patienten, bei denen ausschließlich externe Einflüsse zum Behandlungsabbruch geführt hatten, nicht interviewt werden wollten.

Dass Heimweh eine möglicherweise ursächliche Rolle im Abbruchgeschehen spielen kann, deutet die oben zitierte Arbeit von Mussgay et al. (2001) an, nach der Abbrecher bei Klinikaufnahme signifikant häufiger angeben, dass sie ihren Lebenspartner während der Rehabilitation vermissen werden ($d = 0.28$) und dass der Partner sie vermissen wird ($d = 0.37$). Hier wäre interessant zu prüfen, inwiefern Heimweh und Psychotherapiemotivation zusammenhängen und ob insbesondere Behandlungszuversicht und Beschwerdereduktion in der Therapie den Einfluss von Heimweh auf den Therapieabbruch ausgleichen können.

Aus den vorliegenden Daten kann die vorsichtige Schlussfolgerung gezogen werden, dass externe Gründe 14 % bis 30 % der Abbrüche mit verursachen, wobei sie möglicherweise nur in seltenen Fällen alleine für eine vorzeitige Entlassung verantwortlich sind und in der Mehrzahl mit weiteren Abbruchgründen einhergehen.

2.4.3 Mögliche Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen auf Seiten von Klinik und Behandlern

Es wäre sicherlich verkürzt, Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen ausschließlich auf Seiten der Patienten zu suchen. Vielmehr gilt es auch zu fragen, inwieweit das Behandlungsteam zu vorzeitigen Entlassungen beitragen kann. Wie Hecker (1994) ausführt, können Versäumnisse in der Gestaltung des Arbeitsbündnisses (z.B. unzureichende Absprache des Settings, mangelhafte Aufklärung über Vorgehensweise der Psychotherapie, keine Klärung von Erwartungen und Motivation des Patienten) oder Fehler in der Therapie selbst (z.B. Bagatellisieren oder vorschnelles Psychologisieren körperlicher Beschwerden, zu frühe Konfrontation, Übersehen von Abwehr oder Funktionalität) zu Behandlungsabbrüchen beitragen.

Die Datenlage zu Abbruchfaktoren auf Behandlerseite ist dünn. Für den ambulanten Bereich konstatieren Baekeland und Lundwall (1975) in einer narrativen Übersicht, dass eine geringe Erfahrung des Therapeuten in sechs von sieben Studien mit einer höheren Abbruchquote einherging. In einer eigenen Analyse von Basisdokumentationsdaten aus zwei psychosomatischen Fachkliniken (N = 2215, Lang, Lotz-Rambaldi, Koch & Schulz, 1999a) zeigte sich allerdings kein Zusammenhang zwischen dem Alter des Bezugstherapeuten und der Abbruchhäufigkeit. Unter der Annahme, dass Lebensalter als Indikator für berufliche Erfahrung gelten kann, würde dieses Ergebnis das oben zitierte relativieren. Ebenso wenig wie das Alter korrelierte das Geschlecht des Therapeuten oder die Geschlechtskombination zwischen Therapeut und Patient mit der Abbruchhäufigkeit. Demnach spricht die Befundlage dafür, dass Abbrüche nicht mit Routinedaten auf Seiten der Behandler erklärt werden können. Über Routinedaten hinausgehende Variablen, die stärker das therapeutische Handeln betreffen, sind als Interaktionsvariablen wiederum abhängig vom jeweiligen Patienten als Interaktionspartner und nur mit hohem Aufwand zu erheben, so dass hierzu lediglich zwei Prozessanalysen vorliegen (Junkert-Tress et al., 2000; Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000), auf die in Kapitel 2.4.6 näher eingegangen wird.

Neben den Behandlern selbst könnte auch verschiedenen Settingvariablen Einfluss auf vorzeitige Entlassungen zukommen. So ist denkbar, dass Klinikregeln, die Verfügbarkeit von Einzelzimmern, das Freizeitangebot oder ähnliche Faktoren Patienten bei den entsprechenden Entscheidungsprozessen beeinflussen können. Auch bei organisatorisch bedingtem Therapeutenwechsel (z.B. wegen Urlaubs) ist eine Erhöhung der Abbruchwahrscheinlichkeit vorstellbar.

Hinsichtlich des möglichen Einflusses von Settingvariablen sind zwar unterschiedlich hohe Quoten vorzeitiger Entlassungen für einzelne Kliniken bekannt (weil aus den Jahresberichten der Kliniken zu entnehmen). Allerdings lassen diese Unterschiede keinen Schluss auf Abbruchursachen zu, da sich die Kliniken in vielen Settingmerkmalen (Therapiekonzept, Gruppen- vs. Einzelsetting, Behandlungsdauer, Komfort, Umgebung, etc.) sowie Patientenmerkmalen (Belegungsstruktur hinsichtlich Diagnosenverteilung, Kostenträger, sozialmedizinischen Problemlagen etc.) unterscheiden können.

2.4.4 Mögliche Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen auf Seiten der zuweisenden Instanzen

Empirische Daten zu möglichen Abbruchgründen auf Zuweiserseite existieren bislang nicht. Als Abbruch-begünstigend wäre hier beispielsweise eine falsche Indikationsstellung durch den beantragenden bzw. begutachtenden Arzt denkbar, so dass Bedürfnis des Patienten und

Angebot der Rehabilitationsklinik nicht zusammenpassen und der Patient vorzeitig (unter Umständen bereits am ersten Behandlungstag) aus der Rehabilitationsmaßnahme entlassen wird, weil kein psychosomatischer Behandlungsbedarf besteht. Bislang liegen jedoch keine Daten über die Güte von Zuweisungen vor, beispielsweise in Form eines Vergleichs von Bewilligungs- und Entlassdiagnosen.

Eine falsche Passung kann sich auch durch Remission der Beschwerden im Zeitraum zwischen Beantragung und Antritt der Rehabilitationsmaßnahme ergeben. Die Wartezeit vor einer stationären Psychotherapie lag in zwei Kliniken im Berichtsjahr 1998 im Median bei ca. 6 Wochen, betrug bei 6 % der Patienten aber auch mehr als 21 Wochen (H. Schulz et al., 1999). Spontanremissionen ereignen sich insbesondere bei den in der psychosomatischen Rehabilitation häufig anzutreffenden *chronifizierten* Störungen zwar relativ selten (Potreck-Rose & Koch, 1994), sind aber bei langen Wartezeiten nicht völlig auszuschließen. In solchen Fällen würde trotz nach ursprünglicher Aktenlage korrekter Zuweisung zum Aufnahmezeitpunkt kein Behandlungsbedarf mehr bestehen und die Behandlung nach der Eingangsdiagnostik vermutlich vorzeitig beendet werden.

Lange Wartezeiten können auch zu organisatorischen Schwierigkeiten für Patienten führen, wenn ursprünglich geplante Betreuungsmöglichkeiten für Angehörige inzwischen nicht mehr bestehen, sich berufliche Verpflichtungen ergeben haben oder ähnliches. In solchen Fällen wird eine Rehabilitationsmaßnahme unter Umständen trotz organisatorischer Probleme angetreten, aber aus denselben Gründen wieder abgebrochen. In der erwähnten Untersuchung (H. Schulz et al., 1999) ergaben sich Hinweise auf einen u-förmigen Zusammenhang zwischen Wartezeit und Abbruchhäufigkeit, nach dem bei Wartezeiten unter einer Woche ($n = 41$, Abbruchquote 26.8 %) sowie zwischen 31 und 40 Wochen ($n = 36$, Abbruchquote 30.4 %) das Abbruchrisiko gegenüber der Gesamtstichprobe signifikant erhöht war ($n = 1748$, Abbruchquote 14.7 %; $\phi = .09$).

Auch wenn Versicherte gegenüber ihrer Rentenversicherung vereinzelt über lange Antragswege und intransparente Entscheidungsprozesse klagen (Beutel & Bleichner, 1998), ist dies als isolierter Faktor für Behandlungsabbrüche theoretisch wenig vorstellbar. Eine begünstigende Wirkung auf Abbrüche ist allenfalls in Kombination mit einer geringen Rehabilitationsmotivation oder organisatorischen Schwierigkeiten auf Seiten des Patienten denkbar.

Die einzelnen Rentenversicherungsträger unterscheiden sich im Übrigen nicht in ihren Abbruchquoten (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2002).

2.4.5 Retrospektiv erfragte Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen

Während die vorangegangenen Kapitel nach isolierten Variablen auf Patienten- und Behandlerseite gegliedert waren, folgen die Kapitel 2.4.5 und 2.4.6 einer Gliederung nach methodischen Gesichtspunkten: Es werden zunächst Ergebnisse retrospektiver Befragungen von Patienten und Behandlern vorgestellt, im Anschluss daran Untersuchungen des therapeutischen Prozesses.

Rosin und Wilmers (1999) berichten Abbruchgründe, die von 32 vorzeitig entlassenen Patienten (von 165 in einer Fragebogenuntersuchung Angeschriebenen) explizit auf eine offene Frage genannt wurden. Die meisten Patienten (37.5 %) nannten *Verhaltensweisen ihres Therapeuten* als Abbruchgrund (z.B. unzureichendes Eingehen auf ihre körperlichen Beschwerden oder die von ihnen als relevant erachteten Probleme). Ähnlich häufig (von 34.4 % der Patienten) wurde *Unzufriedenheit mit der Unterbringung* als Ursache angegeben (v.a. Einrichtung und Ausstattung des Gebäudes). Deutlich seltener führten die Patienten ihren Abbruch auf *Probleme mit Mitpatienten*, *Familienangelegenheiten* oder *berufliche Verpflichtungen* zurück (jeweils 9.4 %).

Lieberz und Ciemer (2000) fassen Antworten auf eine offene Frage nach Abbruchgründen aus einer retrospektiven Fragebogenstudie von 24 (von 56 angeschriebenen) Abbrechern der Regelversorgung einer psychosomatischen Universitätsklinik zusammen. Jeder zweite Patient gab *ausbleibenden Therapieerfolg*, d.h. dass ihm die Behandlung nicht weitergeholfen habe, als Abbruchgrund an. Ebenso häufig wurden *Probleme in der Gruppentherapie* genannt: 50 % der Abbrecher fühlten sich dort unwohl, unverstanden oder hatten Schwierigkeiten, in der Gruppe über persönliche Anliegen zu sprechen. Des weiteren wurden *Probleme mit Mitpatienten* als Abbruchgründe genannt (ohne Häufigkeit), hier vor allem eine als zu stark empfundene Belastung durch deren Probleme. Die *strikte Hausordnung* mit Ausgangsregelung, Alkoholverbot und Essverträgen wurde ebenfalls als Abbruchgrund genannt. *Therapeutenwechsel* durch Urlaub oder Krankheit und damit verbundenes Fehlen einer konstanten Bezugsperson werden in einigen Fällen (ohne Häufigkeitsnennung) als Abbruchgrund angeführt. Interessanterweise gaben aber auch 5 von 24 Abbrechern an, aufgrund einer *Beschwerdebesserung* die Behandlung vorzeitig beendet zu haben. Nur sehr selten seien hingegen *externe Faktoren* wie berufliche oder familiäre Verpflichtungen, Einflüsse Außenstehender oder durch die Therapie ausgelöste Probleme in der Partnerschaft genannt worden.

Chiesa et al (2000) interviewten 18 von 42 Abbrechern eines britischen Akutkrankenhauses für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Als Abbruchgründe wurden von den Patienten

häufig *Unzufriedenheit mit den Behandlern* (Nicht-Verstanden-Werden, Rigidität, überkonfrontatives oder überanalysierendes Verhalten der Behandler), *Unzufriedenheit mit organisatorischen Aspekten* (Unterbringung, Zeitmanagement, Gruppensetting, als willkürlich erlebte Zuweisung zu Therapieprogrammen) und *Beziehungsprobleme mit Mitpatienten* (mobbing-ähnliches Verhalten, nicht lösbare Konflikte, Sich-Ausgeschlossen-Fühlen, Mangel an Privatsphäre) genannt. Interessant ist hier der Befund, dass Probleme mit Mitpatienten häufig (in 11 von 18 Fällen) zu Abbrüchen beitrugen. Dies könnte darauf hinweisen, dass neben der üblichen Betonung der therapeutischen Effekte von Stationsgemeinschaft, Doppelzimmer und Gruppentherapie (v.a. Möglichkeit zur Aktualisierung interpersonaler Konflikte, zum Erwerb sozialer Kompetenzen und zum stellvertretenden Lernen an Modellen) anti-therapeutische Effekte wie Einschüchterung, entmutigende Modelle oder nicht lösbare Konflikte möglicherweise in der Betrachtung vernachlässigt werden.

Dass meist keine einzelne Ursache, sondern eine *Kombination mehrerer Faktoren* für einen Behandlungsabbruch ausschlaggebend ist, legen Ergebnisse einer Studie nahe, die auf Telefoninterviews mit 25 Abbrechern (von 269 schriftlich kontaktierten Abbrechern) und 37 Beendern psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen einer Landesversicherungsanstalt fußt (Barghaan et al., im Druck). 88 % der Abbrecher gaben im Interview mindesten zwei und 80 % mindestens drei verschiedene Abbruchgründe an. Dabei wurden fast von jedem Patienten (von 92 %) *behandlungsbezogene Gründe* genannt, die sich inhaltsanalytisch in die Kategorien *Unzufriedenheit mit der Behandlung* (76 %), *Unzufriedenheit mit den therapeutischen Rahmenbedingungen* (Organisation, Pflege, Mitpatienten; 60 %), *Gefühl der Deplatziertheit in der Klinik* (40 %, meist infolge eines ausschließlich somatischen Krankheitskonzepts des Patienten) und *Beschwerdenstagnation bzw. -verschlechterung* (24 %) einordnen ließen. Deutlich seltener, aber immer noch von annähernd jedem zweiten Patienten (48 %), wurden *externe Abbruchgründe* wie familiäre und berufliche Verpflichtungen oder interkurrente Erkrankungen genannt. Allerdings wurde in keinem Fall ein solcher Grund als alleine ausschlaggebend für die vorzeitige Beendigung bezeichnet. Typische *Ursachenkombinationen* ließen sich mit Hilfe von Clusteranalysen wie folgt beschreiben: (1) ein ausgesprochen somatisches Krankheitskonzept des Patienten und/oder ein unerfüllter somatischer Behandlungswunsch, (2) eine erlebte Nutzlosigkeit der Behandlung bei gleichzeitigem Vermissen hilfreicher Behandlungsangebote und (3) Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion mit Mitpatienten und/oder Behandlern bei zusätzlichen klinikinternen und -externen Randproblemen.

In Untersuchungen aus dem *ambulantem Setting* zeigten sich ähnliche, von den Patienten berichtete Abbruchgründe. In einer Fragebogenuntersuchung von 51 Patienten, die Einzelpsy-

chotherapie in freier Praxis vorzeitig beendet hatten (Rücklauf von 29 % bei 198 angeschriebenen Patienten) wurden als häufigste Gründe *ausbleibender Erfolg, das Vermissen von Ratschlägen und Erklärungen, mangelndes Verständnis durch den Therapeuten und psychische Belastung durch die Therapie* genannt (Schwab & Brasch, 1986). Insgesamt führten die Befragten den Abbruch dennoch hauptsächlich auf sich selbst zurück, dann erst auf den Therapeuten bzw. die Methode und zuletzt auf äußere Gründe.

Damit übereinstimmend wurden in einer anderen Fragebogenuntersuchung (M. Schulz, Winkler & Schröder, 1999) an 35 Abbrechern ambulanter Psychotherapien (Rücklaufquote unbekannt) am häufigsten (27-mal) *Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie* als Abbruchgrund angeführt (konkret: mit den Methoden des Therapeuten, mit den Fortschritten in der Therapie, negative Beziehung zum Therapeuten). Deutlich seltener gaben die Patienten *positive Gründe* wie die Entwicklung eigener Bewältigungsmöglichkeiten, Verbesserung der Beschwerden und die Einschätzung, dass die Therapie nicht mehr nötig sei, an. *Äußere Gründe* wie finanzielle Ursachen, zeitliche Belastung, berufliche Gründe, private Belastungen oder die negative Meinung von Bekannten und Verwandten wurden nur sehr selten (zweimal) genannt.

Neben explizit erfragten Abbruchgründen können unter Umständen auch *Angaben zur Patientenzufriedenheit* Hinweise auf mögliche Abbruchursachen liefern. In zwei Studien wurde die Behandlungszufriedenheit vorzeitig und regulär entlassenen Patienten miteinander verglichen (Lotz-Rambaldi et al., 2000; Rosin & Wilmers, 1999). Beide Male zeigten sich die Abbrecher *mit der psychotherapeutischen Behandlung insgesamt unzufriedener* (mit mittlerer Effektstärke von $d = .62$ bei Lotz-Rambaldi et al., 2000). Bei Rosin und Wilmers (1999) gilt das speziell für die *Bewertung der Einzeltherapie und der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie*. Lotz-Rambaldi et al. (2000) finden zusätzlich eine höhere *Unzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung, der pflegerischen Betreuung, der Unterbringung und der Gesamtbewertung der Rehabilitationsmaßnahme*. Inwieweit die berichtete Unzufriedenheit wirklich ursächlich am Abbruchgeschehen beteiligt ist, kann aufgrund des rein korrelativen Zusammenhangs allerdings nicht beurteilt werden. Immerhin ist auch denkbar, dass die schlechtere retrospektive Bewertung der Behandlung erst infolge des Abbruchgeschehens entstanden ist, entweder durch konkret mit der vorzeitigen Entlassung zusammenhängende Konflikte (z.B. um die Kodierung der Entlassungsform im Entlassungsbericht) oder im Sinne einer kognitiven Dissonanzreduktion („die Therapie muss schlecht gewesen sein, sonst hätte ich sie nicht abgebrochen“).

Mit derselben methodischen Einschränkung liefert eine Studie interessante Anhaltspunkte, in der 29 Beschwerdebriefe von Patienten psychosomatischer Fachkliniken an den Kostenträger inhaltsanalytisch untersucht wurden (Beutel & Bleichner, 1998). Die Hälfte der Beschwerdeführer war vorzeitig entlassen worden. 69 % der Beschwerdeführer beklagten eine mangelhafte *medizinische Behandlung*. Sie erlebten zu wenig Beachtung ihrer körperlichen Beschwerden, beschwerten sich über eine einseitige Gewichtung psychosozialer Krankheitsfaktoren und ließen in ihren Schreiben ein überwiegend somatisches Krankheitskonzept erkennen. 52 % beschwerten sich über die *psychologische Behandlung*. Entsprechend einem Zuwenig an medizinischer Behandlung dominierte hier die Klage über ein Zuviel an Psychotherapie. Viele Patienten fühlten sich in ihren Beschwerden fehlbeurteilt und falsch behandelt. Nicht immer bezogen sich die Beschwerden jedoch auf den Konflikt zwischen somatischer Behandlungserwartung und psychotherapeutischem Klinikschwerpunkt. Patienten beklagten auch schlechte Arbeitsbündnisse und einen Mangel an Einzelsitzungen gegenüber aversiv erlebten Gruppentherapien. 31 % monierten den *therapeutischen Rahmen*, v.a. eine als zu streng bemängelte Hausordnung, zu wenig Freizeitangebote und zu wenig freie Zeiteinteilung. In 24 % der Beschwerden wurde die Verpflegung (Zubereitung, Geschmack der Speisen, Sonderwünsche an die Küche) kritisiert.

Zusammenfassend deuten die Selbstangaben der Patienten unabhängig vom Setting (stationär vs. ambulant) und der Erhebungsmethodik (explizite Frage nach Abbruchgründen in Fragebögen oder Interviews vs. Analysen von Patientenzufriedenheit und Beschwerden) in eine ähnliche Richtung: Die meisten Abbrecher lassen ein *somatisches Krankheitskonzept* erkennen und nennen eine *mangelnde Berücksichtigung ihrer körperlichen Beschwerden* als Abbruchgrund. Parallel dazu wird von vielen vorzeitig Entlassenen eine *zu starke Gewichtung psychotherapeutischer Behandlungsbausteine* beklagt. In dieser Problemkonstellation erscheint auch plausibel, dass viele Patienten *ausbleibenden Therapieerfolg* als Abbruchgrund angeben. *Organisatorische Aspekte* wie Therapeutenwechsel oder Unzufriedenheit mit der Unterbringung werden ebenfalls vergleichsweise häufig als Abbruchgründe genannt. Seltener scheinen Abbrüche auf *Konflikte mit Mitpatienten* zurückzugehen und noch seltener werden *externe Gründe* und *Beschwerdebesserung* genannt. Die Selbstangaben von Patienten weisen außerdem darauf hin, dass keine singulären Ursachen für Abbrüche verantwortlich zu sein scheinen, sondern in der Regel mehrere Gründe in Kombination auftreten. Diese Einschätzung ist konsistent mit der weiter oben gezogenen Schlussfolgerung, nach der sich eine Monokausalität auch nicht für die untersuchten Prädiktoren feststellen ließ.

Alle zitierten retrospektiven Patientenbefragungen unterliegen allerdings dem Problem einer fraglichen Repräsentativität, da die Rücklaufquoten gering ausfielen. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch systematische Selbstselektion ist insofern denkbar, als sich möglicherweise vor allem unzufriedene Patienten an den retrospektiven Befragungen beteiligt haben könnten. Entsprechend könnte der hohe Anteil von behandlungsbezogenen im Gegensatz zu externen Abbruchgründen auf eine Selbstselektion vor allem solcher Patienten, die mit der Klinik „noch eine Rechnung offen haben“, zurückzuführen sein, aber unter Umständen nicht das Spektrum tatsächlicher Abbruchursachen widerspiegeln.

2.4.6 Merkmale des Therapieprozesses im Zusammenhang mit vorzeitigen Behandlungsbeendigungen

Im Bereich der *stationären* Psychotherapie liegt lediglich eine Arbeit vor (Wosgien & Donaubauer, 1999), die Hinweise auf Prozessmerkmale im Zusammenhang mit vorzeitigen Entlassungen gibt. Hier unterschieden sich Abbrecher und Beender eines psychosomatischen Akutkrankenhauses bei Behandlungsbeginn nicht in ihrer Symptomschwere (operationalisiert mit der SCL-90-R, Franke, 1995), wohl aber in der fünften Behandlungswoche: Patienten, die danach noch ihre Behandlung abbrachen (sog. Spätabbrecher) waren zu diesem Zeitpunkt auf den SCL-Subskalen *Depressivität* und *Phobische Angst* signifikant weniger belastet, verließen die Behandlung also möglicherweise deshalb vorzeitig, weil es ihnen wieder besser ging.

Aus dem *ambulanten* Bereich liegen zwei Arbeiten vor, die Therapieprozesse abgebrochener Psychotherapien videogestützt analysiert haben. Junkert-Tress et al. (2000) verglichen 12 abgebrochene ambulante tiefenpsychologisch fundierte Kurztherapien mit 12 nach Alter, Geschlecht und Diagnose gematchten regulär beendeten Therapien mit Hilfe der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, Benjamin, 1974). Wenn auch in allen Therapien die weitaus meisten Äußerungen als positiv klassifiziert wurden (auf Therapeutenseite zu 91 % freundlich bestätigend oder freundlich anleitend, auf Patientenseite zu 93 % sich freundlich öffnend oder freundlich auf Vorgaben eingehend), so zeichneten sich 7 der 12 abgebrochenen Therapien durch vermehrt negativ getönte Interaktionsmuster aus (auf Therapeutenseite: herabsetzen / beschuldigen und übersehen / vernachlässigen; auf Patientenseite: gekränkt und beleidigt sein, sich abschotten / sich verweigern). Bei 5 der 12 abgebrochenen Therapien fand sich allerdings kein erhöhter Anteil feindseliger Kommentare. Die Autoren beschreiben die Therapieabbrecher als gering motiviert sowie als hysterisch bzw. narzisstisch strukturiert. Beim Abbruchgeschehen handelt es sich damit möglicherweise um ein komplexes Zusammenspiel von Ausgangs- und Prozessmerkmalen, bei dem unklar ist, warum sich aus bestimmten Ausgangsmerkmalen (geringe Motivation, Persönlichkeitsstörung) in manchen

Fällen feindselige therapeutische Interaktionen entwickeln und in anderen Fällen nicht, und warum einige Therapien letztlich abgebrochen werden.

Schlechtere Therapiebeziehungen finden auch Regli et al. (2000) bei abgebrochenen Psychotherapien. Sie verglichen 11 abgebrochene, 17 erfolgreich und 17 wenig erfolgreich beendete Psychotherapien (Allgemeine Psychotherapie nach Grawe, 1995) mit Hilfe der Wirkfaktorenanalyse, in der aus der Beobachterperspektive die vier Aspekte Therapiebeziehung, Ressourcenaktivierung, Problembearbeitung und Veränderungen zwischen den Sitzungen beurteilt werden (Grawe, Regli, Smith & Dick, 1999). Bereits in den ersten Therapiesitzungen unterschieden sich später abgebrochene Therapien von erfolgreichen Therapien in folgenden Dimensionen: geringeres Engagement und geringere Kompetenz auf Seiten des Therapeuten, geringere Motivation und Mitarbeit des Patienten sowie schlechtere allgemeine Therapeut-Patient-Beziehung (jeweils mit $d = \text{ca. } 0.80$). Diese Unterschiede bestanden jedoch nicht zwischen abgebrochenen und erfolglosen Therapien, so dass eine ungünstige Therapiebeziehung nicht spezifisch für Behandlungsabbrüche, sondern allgemein für nicht erfolgreich abgeschlossene Therapien zu sein scheint.

2.5 Zusammenfassende Bewertung

Behandlungsabbrüche psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen oder stationärer Psychotherapien sind in jüngerer Zeit in mehreren Studien fokussiert worden.

Bei stationären Behandlungen wird dabei meist jede vorzeitige Entlassung als Abbruch **definiert**, mitunter werden auch Untergruppen in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer oder der genauen Entlassungsform gebildet. Lediglich in einer Arbeit (Mussgay et al., 2001) wurden Ursachen außerhalb des Behandlungskontextes (externe Abbruchgründe) explizit aus der Abbruchdefinition ausgeschlossen.

Untersuchungen der stationären psychosomatischen Rehabilitation berichten für vorzeitige Entlassungen typischerweise **Häufigkeiten** zwischen 8 % und 15 %. Diese liegen unterhalb der für stationäre psychotherapeutische *Akut*behandlungen berichteten Quoten, die zwischen 20 % und 30 % liegen dürften (Lieberz & Ciemer, 2000; Rosin & Wilmers, 1999), wenn man die dort für Subgruppen vorzeitiger Entlassungen berichteten Zahlen hochrechnet. Innerhalb der medizinischen Rehabilitation liegen die Abbruchquoten psychosomatischer Maßnahmen (im Berichtsjahr 1997: 9 %) über denen somatischer Indikationen (3 %) und unter denen mit der Hauptindikation *substanzbezogene Abhängigkeit* (29 %).

Befunde zum **Therapieergebnis** sind wegen methodischer Schwierigkeiten (in der Regel Post-hoc-Vergleiche mit fehlenden Baseline-Daten) nur eingeschränkt zu bewerten. Meist

wird das Therapieergebnis von Abbrechern zum Entlassungszeitpunkt durch die Behandler negativer beurteilt als das von regulär Entlassenen. Ebenso kann von einem erhöhten Frühberentungsrisiko nach abgebrochener Rehabilitationsmaßnahme ausgegangen werden. Trotz stärkerer Unzufriedenheit mit der Behandlung schätzten Abbrecher in einer Studie ihren katamnestischen Gesundheitszustand aber nicht schlechter ein als die regulären Beender.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Untersuchung von **Abbruchursachen**. Die diesbezügliche Forschung lässt sich nach methodischen Gesichtspunkten in Post-hoc-Analysen von Basisdokumentationsdaten, retrospektive Patientenbefragungen und längsschnittliche Studiendesigns unterteilen.

Wegen der guten Verfügbarkeit basieren die meisten Studien auf Daten der Basisdokumentation. In diesen Untersuchungen mehren sich Hinweise auf ein bis um das Doppelte erhöhtes Abbruchrisiko für die Altersgruppe unter 30 Jahren, für Nicht-Erwerbstätige und Auszubildende, für Patienten mit den Hauptdiagnosen Persönlichkeitsstörung oder Essstörung sowie für Patienten mit sozialmedizinischen Problemlagen (lange AU-Zeiten, Rentenbegehren, Frühberentung). In welcher Weise diese Merkmale zu einem Behandlungsabbruch beitragen können, wurde in den betreffenden Kapiteln diskutiert.

In einigen Basisdokumentationsanalysen, vor allem aber in einer Längsschnittstudie (Wosgien & Donaubauer, 1999), wurden Aspekte der Behandlungsmotivation fokussiert. Nach diesen Befunden ist die Motivation zu einer stationären psychotherapeutischen Behandlung bei Abbrechern möglicherweise geringer ausgeprägt als bei regulären Beendern. Als ungünstig gelten demnach ein somatisches Krankheitskonzept, die Erwartung einer kurzen und medizinisch ausgerichteten Behandlung, geringe Zuversicht im Hinblick auf eine Besserung der eigenen Beschwerden, die Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit sowie Schwierigkeiten beim Definieren psychologischer Therapieziele. Allerdings sind die vorliegenden Befunde wenig konsistent und von meist geringer Effektstärke, so dass sie bei aller inhaltlichen Plausibilität mit Vorsicht bewertet werden müssen.

Retrospektive Patientenbefragungen sind wegen geringer Rückläufe (in allen Studien unter 50 %) und möglicher Selektionsprozesse unzufriedener Patienten nur vorsichtig zu interpretieren. In den entsprechenden Studien äußern sich Abbrecher meist unzufriedener mit der Rehabilitationsmaßnahme als reguläre Beender. Als Abbruchursache nennen sie häufig ein Zuviel an Psychotherapie, Unbehagen mit dem gruppentherapeutischen Setting, Konflikte mit Behandlern und Mitpatienten oder Kritik an ihrer Unterbringung. Externe Gründe scheinen zumindest als alleinige Ursache eher selten für Abbrüche verantwortlich zu sein.

Das höhere Abbruchrisiko bei Diagnosegruppen mit fraglicher Krankheitseinsicht (Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen), bei geringerer Psychotherapiemotivation und die retrospektiven Klagen von Abbrechern über ein Zuviel an Psychotherapie lassen vermuten, dass motivationalen Aspekten eine besondere Bedeutung im Abbruchgeschehen zukommt. Wegen der geringen Effektstärken bivariater Zusammenhänge ist zur Erklärung von Behandlungsabbrüchen möglicherweise eine multifaktorielle Konzeption nötig, die motivationalen Faktoren besonderes Gewicht einräumt, aber auch soziodemographische, sozialmedizinische und klinische Ausgangsparameter sowie externe Einflüsse berücksichtigt.

Die mögliche Bedeutung der Psychotherapiemotivation im Zusammenhang mit Behandlungsabbrüchen hat sich nicht in einer Häufigkeit entsprechender Studien niedergeschlagen, vermutlich, weil das Konstrukt aufwändiger als Routinevariablen der Basisdokumentation zu erheben ist. Dort, wo motivationale Variablen untersucht wurden, fehlen genauere Explikationen darüber, warum ganz bestimmte Motivationsindikatoren mit welchen Hypothesen erhoben wurden. Die vorliegende Arbeit strebt deshalb an, motivationale Faktoren theoriegeleitet auszuwählen und Hypothesen über deren Zusammenhang mit der Abbruchwahrscheinlichkeit zu überprüfen.

Um eine theoriegeleitete Auswahl motivationaler Variablen treffen zu können, wird im nachfolgenden Kapitel ausführlicher auf die Konzeptualisierung von Behandlungsmotivation und speziell von Psychotherapiemotivation eingegangen.

3 Motivation im Kontext von Psychotherapie, Rehabilitation und Gesundheitsverhalten

Unter Therapie- bzw. Behandlungsmotivation verstehen die meisten Autoren ein Konstrukt, welches das therapiebezogene Verhalten eines Patienten in seiner Richtung und Stärke steuert (Veith, 1997). Sowohl in der wissenschaftlichen Literatur als auch in der Laiensprache wird dabei in der Regel von dem Begriff der Therapiemotivation angenommen, dass jeder wisse, was damit gemeint sei. Tatsächlich besteht jedoch eine hohe definitorische Unschärfe hinsichtlich dessen, was unter Therapiemotivation zu verstehen ist. Nach Meichenbaum und Turk (1994) umfasst Therapiemotivation - bezogen auf jede Behandlung im Gesundheitswesen - unter anderem:

- die Aufnahme und kontinuierliche Teilnahme an einer Therapie mit Einhaltung vereinbarter Termine und Nachuntersuchungen,
- korrekte Medikamenteneinnahme,
- die engagierte Durchführung von therapeutischen Hausaufgaben und
- den aktiven Versuch, Lebensstiländerungen in Gang zu setzen, gesundheitsförderliches Verhalten auf- und Risikoverhalten abzubauen.

In dieser Aufzählung klingt eine Unterscheidung zwischen Therapiebefolgung (Compliance) und Therapiemotivation (Adherence) an. Therapiebefolgung zielt darauf ab, ob Patienten den Anweisungen und Empfehlungen des Behandlers (z.B. hinsichtlich Medikamenteneinnahme oder Abbau von Risikoverhalten) nachkommen. Das Konstrukt der Therapiebefolgung stammt aus dem somatomedizinischen Bereich und ordnet dem Patienten eine tendenziell passive Rolle zu, die sich darauf beschränkt, Anweisungen des Behandlers umzusetzen. Im Gegensatz dazu betont der Begriff der Therapiemotivation stärker ein aktives Engagement des Patienten. Dieses erstreckt sich vom Aufnehmen von und der kontinuierlichen Teilnahme an einer Behandlung bis zur Bereitschaft zu konkreten Verhaltens- und Lebensstiländerungen.

In der Aufzählung der Autoren fällt ferner auf, dass Therapiemotivation ausschließlich über Handlungen bzw. Handlungstendenzen operationalisiert wird. Jene können aber bestenfalls dazu dienen, Therapiemotivation zu erschließen (in dem Sinne, dass Patient X deshalb als motiviert gilt, weil er therapeutische Hausaufgaben umgesetzt hat bzw. als unmotiviert gilt, weil er seine Behandlung abgebrochen hat). Als behaviorale Manifestationen von Therapiemotivation dienen diese Verhaltensweisen somit allenfalls als vage Indikatoren für bestehende bzw. defizitäre Motivation. Sie geben keine Auskunft über die kennzeichnenden Bestimmungsstücke der Therapiemotivation. Will man Zusammenhänge zwischen der Motivation

und einem Behandlungsabbruch untersuchen, so wird eine Definition der Therapiemotivation über Abbruchverhalten sogar zirkulär.

Ebenso wenig, wie eine allgemein akzeptierte Theorie der Behandlungsmotivation vorliegt, kann von „der einen“ Behandlungsmotivation gesprochen werden. Um der Komplexität dieses Konstrukts gerecht zu werden, ist vielmehr seine Aufspaltung in verschiedene Teilaspekte nötig. Entsprechende Bemühungen stammen vor allem aus dem Bereich der Psychotherapieforschung. Im Hinblick auf den Indikationsbereich der vorliegenden Arbeit werden deshalb im Folgenden Konzepte der *Psychotherapiemotivation* diskutiert. Anschließend soll auf spezifische Motivations-Aspekte im Zusammenhang mit einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme eingegangen werden, bevor der Gegenstandsbereich auf gesundheitsbezogenes Verhalten ausgeweitet wird.

3.1 Konzepte von Psychotherapiemotivation

In den zurückliegenden etwa 100 Jahren psychotherapeutischer Theoriebildung wurde eine Vielzahl von Konzepten der Psychotherapiemotivation vorgeschlagen. Zur besseren Übersichtlichkeit wird nachfolgend zunächst die geschichtliche Entstehung beschrieben, bevor auf neuere Entwicklungen und aktuelle Konzepte eingegangen wird.

3.1.1 Geschichtliche Entwicklung

Freud formulierte bereits 1905 mit dem *Leidensdruck* eine erste motivationale Komponente, die er als bedeutsam für das Durchführen einer Psychotherapie ansah. Er hielt die Psychoanalyse „bei Personen nicht anwendbar, die sich nicht selbst durch ihre Leiden zur Therapie gedrängt fühlen, sondern sich einer solchen nur infolge des Machtgebotes ihrer Angehörigen unterziehen“ (Freud, 1905, S.21). Mit dem Leidensdruck des Patienten postulierte Freud eine notwendige Bedingung und damit gewissermaßen ein motivationales Indikationskriterium für die Psychoanalyse. Etwas später prägte er den Begriff des *Sekundären Krankheitsgewinns*, der nach seiner Auffassung die Therapiemotivation im Wechselspiel mit dem Leidensdruck mitbedingt: „Von der Größe dieser Triebkraft (dem Leidensdruck / K.L.) zieht sich mancherlei ab, was erst im Laufe der Analyse aufgedeckt wird, vor allem der sekundäre Krankheitsgewinn...“ (Freud, 1913, S.477). Unter Krankheitsgewinn verstand Freud sämtliche Vorteile, die eine Person aus ihren Beschwerden zieht. Während der primäre Krankheitsgewinn direkt in der (neurotischen) Lösung eines intrapersonalen Konflikts besteht (beispielsweise der Unterdrückung aggressiver Impulse durch Sublimierung, der Spannungsreduktion durch Alkoholgenuß), tritt der sekundäre Krankheitsgewinn erst nachträglich in Form eines zusätzlichen

Gewinns auf, beispielsweise in Form von Zuwendung oder Rentenzahlung (Laplanche & Pontalis, 1986).

Die Bestimmungsstücke Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn gelten in der psychoanalytischen Konzeption als grundsätzlich dynamisch und veränderbar. So wird bei mangelndem Leidensdruck (und damit fehlender Therapiemotivation) dessen „Freilegung“ (Blankenburg, 1981) als erste Intervention explizit gefordert.

Therapiemotivation wurde - wenn auch nicht als solche benannt - in den Anfängen der Psychotherapie demnach als mehr oder weniger direkte Folge von Leidensdruck und sekundärem Krankheitsgewinn verstanden. Zusätzlich forderte Freud von psychoanalytischen Patienten die Bereitschaft, „zeitweilig für ein besseres Ende Leiden in Kauf zu nehmen“ (ebd. S. 366). Damit sind zwei motivationale Faktoren angesprochen, die in der psychoanalytischen Literatur zunächst in den Hintergrund getreten waren und erst später wieder aufgegriffen wurden: Die Erwartung eines „besseren Endes“, also die *Zuversicht in einen Therapieerfolg* sowie die *Bereitschaft, kurzfristige Nachteile* durch die Therapie, die als emotionale Belastung oder finanzielle wie zeitliche Kosten denkbar wären, *zu ertragen*.

Freuds Idee des Wechselspiels zwischen fördernden und hemmenden motivationalen Kräften wurde von Dollard und Miller (1950) aufgegriffen. Sie konzeptualisierten Therapiemotivation als Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt. Zur Annäherung (oder Aufsuchetendenz) tragen Leidensdruck, die Sorge vor Verschlimmerung, sozialer Druck und ein als salutogenetisch zu bezeichnender Wunsch, höhere Ziele im Leben zu erreichen, bei. Als motivationssenkend im Sinne einer Vermeidungstendenz gelten beispielsweise Angst vor Hilflosigkeit in der Therapie, Scham in Verbindung mit dem Offenbaren eigener Konflikte oder Stigmatisierungsbefürchtungen. Dollard und Miller formulieren damit deutlicher, was bei Freud nur angeklungen war: dass eine Aufsuchetendenz nicht nur infolge einer Negativ-Motivierung durch Leidensdruck („push“), sondern auch infolge einer Positiv-Motivierung durch den Anreiz eines positiven Zielzustands („pull“) entstehen kann. Diese Positiv-Motivierung griff auch Malan (1976) auf, der das Streben nach Einsicht, d.h. den Wunsch, sich selbst besser verstehen zu wollen, als motivationale Kraft vom Leidensdruck differenzierte.

Im Vergleich zur psychoanalytischen Theorienbildung setzten von verhaltenstherapeutischer Seite Konzeptualisierungen der Therapiemotivation erst mit einiger Verspätung ein. Da in frühen behavioristischen Theorien psychische Störungen ausschließlich über externale Reiz-Reaktions-Kontingenzen erklärt wurden, blieben motivationale Konzepte entsprechend unberücksichtigt. Als Bestandteil der sog. „black box“ waren sie sogar ausdrücklich von wissenschaftlicher Betrachtung ausgeschlossen. Erst nach der kognitiven Wende wurden in den 60er

Jahren vermehrt Erwartungen und Zielvorstellungen in die Theoriebildung einbezogen. Viel Beachtung fand dabei die *Kognitive Theorie der Therapiemotivation* (Krause, 1966), in der Therapiemotivation als Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Rechnung konzeptualisiert wurde. Nach dieser Auffassung wägt eine Person die zu erwartenden Vorteile einer Therapie (z.B. Reduktion von Leidensdruck, Zugewinn an persönlichen Freiheiten) gegen die zu erwartenden Nachteile (materielle Kosten, Stigmatisierung etc.) ab. Zum Aufsuchen einer Therapie kommt es demnach dann, wenn der erwartete Nutzen die erwarteten Kosten übersteigt. Notwendige Bedingungen für das Entstehen von Psychotherapiemotivation bestehen nach Krause darin, dass eine Person erstens ihre gegenwärtige Situation als schwer erträglich empfindet, zweitens von Psychotherapie eine Besserung ihrer Situation erwartet und drittens die dafür nötigen Kosten als erträglich bewertet. Der Fokus von Kosten-Nutzen-Abwägungen verändert sich nach Krause über den Therapieprozess hinweg. Er teilt hierzu den Behandlungsverlauf in vier Phasen ein. In Phase 1, dem Aufsuchen („Searching for a treatment agent“) sammelt eine Person Informationen über eine oder mehrere Behandlungsmöglichkeiten und deren relativen Nutzen. Eine Entscheidung für oder gegen eine Behandlungsoption fällt ein Patient nach Art eines „rational shopper“ (S. 12), soweit er zu solcher Rationalität unter der Belastung seiner Beschwerden im Stande ist. Krause geht dabei von einem Trial-and-Error-Prozess aus, in dem der (angehende) Patient nicht unbedingt versucht, den erwarteten Nutzen zu maximieren, sondern lediglich so lange sucht, bis er eine Behandlungsmöglichkeit gefunden hat, von der er glaubt, dass sie seine Probleme lösen kann, ohne ihn zu überfordern. Nachdem eine Person eine Behandlungsoption ausgewählt hat, vertraut sie sich in Phase 2 mit ihren Beschwerden und persönlichen Informationen einem Behandler an („Committing oneself to a treatment agent“). Das Ausmaß, in dem sie sich anvertraut, hängt von neuen Kosten-Nutzen-Einschätzungen ab (z.B. hinsichtlich möglicher Risiken - Kritik, wilde Interpretationen usw. - beim Offenbaren intimer Informationen gegenüber dem ausgewählten Therapeuten). Mit Phase 3 bezeichnet Krause den eigentlichen Therapieprozess („Sustaining the course of treatment“). Hier verändert sich die Qualität von Kosten und Nutzen erneut. Nutzen besteht jetzt beispielsweise in therapeutischen Effekten wie beginnendem Nachlassen von Leidensdruck und erhöhtem Selbstverständnis oder einfach in Form unspezifischer Gratifikationen durch Verständnis und Wertschätzung des Therapeuten. Zu Phase 4, der Behandlungsbeendigung („Terminating treatment“), kommt es, wenn der erwartete Nutzen die erwarteten Kosten nicht mehr übersteigt, weil beispielsweise eine ausreichende Beschwerdebesserung eingetreten (und weiterer Nutzen damit unwahrscheinlich) ist oder sich die erwarteten Kosten erhöht haben (z.B. durch die Erkenntnis, dass doch mehr aktive Mitarbeit nötig ist als zuvor angenommen).

Krause expliziert damit als einer der ersten Überlegungen zur Verlaufsabhängigkeit von Psychotherapiemotivation. Nachfolgende Autoren haben diese Überlegungen aufgegriffen und weitergeführt. Kritisch kann angemerkt werden, dass Krause sich ausschließlich am Paradigma des rational entscheidenden Homo oeconomicus orientiert und emotionale Faktoren der Therapiemotivation (z.B. Ängste, Scham, Übertragungsprozesse) unberücksichtigt lässt.

Prozessüberlegungen wie diejenigen von Krause wurden von Appelbaum (1972) weitergeführt. Aufgrund der in einem Therapieverlauf sich verändernden motivationalen Anforderungen ging Appelbaum dazu über, nicht von *einer* Therapiemotivation, sondern phasenabhängig von verschiedenen Motivationen zu sprechen. So unterschied sie

- die Motivation, therapeutische Hilfe aufzusuchen,
- die Motivation, eine begonnene Behandlung fortzuführen und
- die Motivation, sich zu verändern (abhängig von der *Fähigkeit* zur Veränderung).

Die *Motivation, eine Therapie aufzusuchen*, entspricht der bereits bekannten Aufsuchetendenz (Dollard & Miller, 1950) oder dem „Searching for a treatment agent“ (Krause, 1966). Die *Motivation zur Fortsetzung der Therapie* entspricht am ehesten der Phase 3 in Krauses Konzeption. Appelbaum verlässt jedoch Krauses Paradigma des Homo oeconomicus und erklärt diesen Motivationsaspekt psychoanalytisch: Nach Aufnahme der Therapie entscheiden demnach Fragen der Autonomie, Befürchtungen des Nicht-Ernstgenommen- oder Ausgenutzt-Werdens durch den Therapeuten und entsprechendes Vertrauen bzw. Misstrauen über die Fortsetzung der Therapie. Der Wunsch einer Fortsetzung speise sich vor allem aus unbewussten Übertragungsphantasien (z.B. dem Wunsch nach väterlicher Anerkennung durch den Therapeuten) und bewussteren Aspekten des Arbeitsbündnisses (z.B. der bewussten Einschätzung, mit Hilfe des Therapeuten die eigenen Probleme lösen zu können). Appelbaum rückt an dieser Stelle als eine der Ersten die therapeutische Beziehung in den Vordergrund der Motivationsanalyse. *Veränderungs-* oder auch *Arbeitsmotivation* beschreibt schließlich die Bereitschaft zur eigenen Veränderung, um die zuvor durch Einsicht gewonnenen Ist-Soll-Diskrepanzen zu schließen. Appelbaum weist darauf hin, dass hierzu nicht nur die entsprechende Bereitschaft, sondern auch die Fähigkeit zur Veränderung (capacity to change) nötig sei. Vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorie macht sie diese Fähigkeit an der Ich-Stärke, d.h. der Fähigkeit des Individuums, sich an veränderte interne und externe Bedingungen anzupassen, fest.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit den vorgestellten Arbeiten bis etwa zum Beginn der siebziger Jahre eine ausgesprochen breite theoretische Basis geschaffen war. Sie bestand

vor allem darin, dass verschiedene Bestandteile von Psychotherapiemotivation definiert und theoretisch begründet worden waren. Im einzelnen waren zu den Freudschen Konzepten des Leidensdrucks und Sekundären Krankheitsgewinns kognitiv orientierte Konstrukte wie Ursachenattributionen, Erfolgserwartungen und Kosten-Nutzen-Kalkulationen hinzugekommen. Sifneos (1968) fasste diese zusammen als (1) die Fähigkeit zu erkennen, dass die Beschwerden psychischen Ursprungs sind, (2) die Fähigkeit zur Introspektion, (3) den Willen, aktiv an der Behandlung mitzuwirken, (4) Neugierde und den Wunsch, sich selbst besser zu verstehen, (5) den Wunsch, sich zu verändern, zu explorieren und Dinge auszuprobieren, (6) positive Erfolgserwartungen und (7) die Bereitschaft, für die Therapie Opfer zu bringen. Auf die beiden letztgenannten Aspekte wurde zusätzlich das lerntheoretische Konzept der Kontingenzen (d.h. der zeitlichen Relation von Verhaltenskonsequenzen) bezogen: Mit den notwendigen Opfern in der Therapie muss ein Patient *kurzfristig* aversive Umstände in Kauf nehmen, um *langfristig* positive Konsequenzen erreichen zu können (vgl. Zimmer, 1983). Die konzipierten Aspekte der Therapiemotivation wurden schließlich durch die von Krause (1966) und Appelbaum (1972) eingeführten Prozessbetrachtungen ergänzt.

Auf dieser theoretischen Basis bauen nachfolgende Konzepte auf. Wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, entstanden dabei keine radikal neuen Konzepte der Psychotherapiemotivation; vielmehr wurde versucht, die zuvor entwickelten Motivationsaspekte empirisch zu fundieren.

3.1.2 Neuere Konzeptionen

Eine an die beschriebenen Theorien anknüpfende Zunahme von Versuchen, Therapiemotivation empirisch zu messen, dürfte auf zwei Beweggründe zurückgehen. Zum ersten auf das Bestreben, Therapiemotivation valide und reliabel erfassen zu können. Immerhin stand der Mangel an Messinstrumenten in deutlichem Widerspruch zu dem theoretischen Gewicht, dass man der Therapiemotivation in Bezug auf ihre Relevanz für den Therapieerfolg beimaß. Zum zweiten rückte angesichts der vielen motivationalen Konzepte die Notwendigkeit einer empirischen Überprüfung der Theorien zunehmend in den Vordergrund.

Eine empirische Analyse motivationaler Variablen wurde von Riedel (1989; 1990) durchgeführt. Er konzeptualisierte Psychotherapiemotivation über die drei Aspekte Beschwerdeintensität, seelische Ursachenattribution und Einstellungen zur Psychotherapie. Beschwerdeintensität operationalisierte er mit der Beschwerdeliste (Zerssen, 1976), seelische Ursachenzuschreibung durch ein fünfstufiges Einzelitem und Einstellungen zur Psychotherapie durch den Fragebogen von Halder (1977). Dieser 15-Item-Fragebogen beinhaltet die drei Faktoren *Eigenbereitschaft zur Psychotherapie*, *subjektive Erfolgserwartung* und *Autoritarismus*. In Riedels Verlaufsstudie von stationären Psychotherapien sagten Beschwerdeintensität, seeli-

sche Attribution und Einstellungen zur Psychotherapie die Inanspruchnahme voraus (mit 82 % richtigen Vorhersagen in der Diskriminanzanalyse), wobei die Beschwerdeintensität den höchsten prädiktiven Wert hatte. Das Therapieergebnis wurde am besten von der Halder-Subskala *subjektive Erfolgserwartung* vorhergesagt (wenn auch nur mit einer Partialkorrelation von $r = .14$). Diese differentiellen Zusammenhänge sprechen für den Nutzen einer Trennung dieser Motivationsaspekte. Im Sinne einer Konstruktvalidierung stärken sie eine Konzeption, welche die genannten Aspekte voneinander diskriminiert. Leider berichtet Riedel keine Korrelationen der Skalen untereinander. Des weiteren fiel in der Untersuchung ein Versuch der externen Validierung unbefriedigend aus: Beim externen Kriterium der fremd eingeschätzten Therapiemotivation (mittels des von Riedel übersetzten 7-Item-Fremdbeurteilungsinstruments von Sifneos, 1968) gingen in die multiple Regression lediglich seelische Ursachenattribution und subjektive Erfolgserwartung mit einem eher geringen erklärten Varianzanteil ($R^2_a = .11$) ein.

Schneider (1986) legte seiner Konzeption die Komponenten des *Krankheitserlebens* und der *Krankheitsverarbeitung* zugrunde. Das Krankheitserleben, das er als affektnah bezeichnet, konstituiert sich aus den bekannten Aspekten Leidensdruck und Krankheitsgewinn. Krankheitsverarbeitung bezeichnet er als kognitionsnah und unterteilt sie in Laienätiologie (d.h. Ursachenattribution), allgemeine Behandlungserwartungen und Vorerfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen. Bei der Entwicklung eines entsprechenden Fragebogens (Schneider, Basler & Beisenherz, 1989) konnte die theoretische Konzeption jedoch nicht faktorenanalytisch bestätigt werden. Dennoch behielt er sie aufgrund inhaltlicher Überlegungen bei. Forschungsergebnisse (vgl. Schneider & Klauer, 2001) zeigen häufig positive Zusammenhänge zwischen einzelnen Skalen und dem Therapieerfolg (v.a. für die Subskalen *psychosoziale Ursachenattribution* und *generelle Offenheit gegenüber Psychotherapie*). In Anbetracht der fehlenden Faktorenstruktur können diese differentiellen Zusammenhänge aber kaum im Sinne einer Konstruktvalidierung zur Bestätigung der Motivations-Konzeption herangezogen werden.

Im Gegensatz zu Riedels und Schneiders Konzeptionen nimmt Nübling (1992) eine konzeptionelle Trennung zwischen Psychotherapiemotivation und Ursachenattribution (von ihm als „Krankheitskonzept“ bezeichnet) vor. Er begründet diese Trennung theoretisch mit der Unterscheidung einer eher affektiven (Therapiemotivation) und einer eher kognitiven Dimension (Krankheitskonzept) sowie forschungspragmatisch damit, dass durch diese Trennung höhere Vergleichbarkeit mit Studien gegeben sei, die sich auf das Krankheitskonzept beschränken.

Für eine zunächst auf den Bereich stationärer Psychotherapien beschränkte Testentwicklung sammelte Nübling (1992, S. 89f) Items zu folgenden, in der Literatur gefundenen Inhaltsclustern:

- somatischer vs. psychischer Leidensdruck
- sekundärer Krankheitsgewinn
- Wunsch bzw. Bereitschaft zur Selbstreflexion
- Bereitschaft zur Veränderung
- aktive Einstellung gegenüber der bevorstehenden Behandlung
- Bemühen um Information bzgl. psychosomatischer Behandlung
- innere Grundeinstellung gegenüber Psychotherapie
- Angst vor Stigmatisierung durch andere
- Unverständnis gegenüber der Überweisung in eine psychosomatische Klinik
- Hoffnung, Optimismus bzgl. einer Beschwerdebesserung
- Bereitschaft, Opfer zu bringen

Für den Bereich des Krankheitskonzepts bildete er zusätzlich die Cluster

- den Beschwerden/der Erkrankung attribuierte Ursachen und
- Erwartungen an bzw. Vorstellungen über die bevorstehende Behandlung.

Nach Item- und Faktorenanalysen gelangte Nübling zu sieben Faktoren für den Bereich der Psychotherapiemotivation (PTM), wobei er wegen der in der Literatur vorhandenen Diversität der Motivationsaspekte eine breite Faktorenstruktur bevorzugte. Seine sieben Faktoren heißen

1. Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch
2. Hoffnung
3. Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses
4. Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit
5. Stigmatisierungsängste
6. Initiative und Wissen
7. Symptombezogene Zuwendung durch andere

Hinsichtlich des Krankheitskonzepts (KK) bildete er die fünf Faktoren

1. Psychische Ursachenattribution
2. Nicht-psychische Ursachenattribution
3. Ursachenattribution auf die Kindheit
4. Psychotherapeutische Behandlungserwartung
5. Medizinisch-somatische Behandlungserwartung

Bis auf wenige Ausnahmen bestehen zwischen allen zwölf Faktoren niedrige bis moderate Interkorrelationen. Hieraus folgert Nübling, dass „der empirisch ermittelte, im Schnitt moderate Zusammenhang zwischen PTM- und KK-Skalen ihre inhaltliche Trennung“ rechtfertige (S. 105). Allerdings korrelieren insbesondere die beiden KK-Skalen *Psychische Ursachenattribution* und *Psychotherapeutische Behandlungserwartung* sowohl beträchtlich miteinander ($r = .53$) als auch mit fast allen PTM-Skalen (v.a. mit der Skala *Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch* zu $r = .79$ bzw. $r = .59$). Diese hohen Korrelationen sprechen

möglicherweise eher dafür, *psychische Ursachenattribution und Behandlungserwartung* als einen integralen Bestandteil der Psychotherapiemotivation zu konzeptualisieren. Des weiteren erscheint die Unterteilung in affektive (PTM) und kognitive (KK) Komponenten bei näherer Betrachtung der PTM-Faktoren nicht unbedingt zwingend: So könnten die Faktoren *Initiative und Wissen* und *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit* eher Kognitionen als Emotionen abbilden, ebenso wie der Faktor *Hoffnung* auch als primär kognitive Ergebniserwartung betrachtet werden kann.

Mit globalen Therapeuteinschätzungen zu Psychotherapiemotivation und Geneseverständnis korrelieren die meisten Skalen moderat (bis zu $r = .32$) in erwarteter Richtung. Eine Vorhersage des Fremdurteils durch die zwölf Skalen gelingt allerdings nur in geringem bis mittleren Maße ($R^2_a = .21$ für Psychotherapiemotivation und $R^2_a = .11$ für das Geneseverständnis). Als Validitätshinweis ist weiterhin ein hoher Zusammenhang zum Inanspruchnahmeverhalten in der Klinik (operationalisiert als Gesamtdosis an Einzel- und Gruppentherapien) zu bewerten, das mit $R^2_a = .30$ aus PTM und KK zum Aufnahmezeitpunkt vorhergesagt werden kann. Zwischen Klinikaufnahme und Entlassung verändern sich die Komponenten von PTM und KK differentiell in erwartete Richtungen: Psychischer Leidensdruck, Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses, Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit und medizinisch-somatische Behandlungserwartungen nehmen ab, während psychologische Ursachenattribution und psychotherapeutische Behandlungserwartung zunehmen. Der selbsteingeschätzte Behandlungserfolg kann durch die Initialmotivation in einer Höhe von $R^2_a = .30$ vorhergesagt werden; diese Vorhersage geht v.a. auf den Faktor *Hoffnung* zurück.

Nübling kommt das Verdienst zu, den ersten deutschsprachigen Fragebogen zur Messung von Psychotherapiemotivation vorgelegt zu haben, dem eine faktorenanalytisch abgesicherte, hochdifferenzierte Konzeption der Psychotherapiemotivation zugrunde liegt (s. Kapitel 3.2.2). Lediglich die Trennung in Motivation und Krankheitskonzept (hinter dem sich Ursachenattribution und Behandlungserwartungen verbergen) kann inhaltlich und empirisch hinterfragt werden. Die Ausdifferenzierung des Konzepts in zwölf Faktoren bringt mit sich, dass die einzelnen Faktoren sich bei der Vorhersage von Inanspruchnahmeverhalten und Therapieergebnis – den zentralen Fragen im Zusammenhang mit dem Nutzen des Konstrukts Psychotherapiemotivation – gegenseitig in ihren Einflüssen überlagern. Dies gilt insbesondere für die Faktoren *Psychischer Leidensdruck/Selbstreflexionswunsch*, *psychische Ursachenattribution*, *psychotherapeutische Behandlungserwartung* und *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit*, die alle hoch interkorrelieren. Unter ökonomischen Gesichtspunkten wäre deshalb zu überlegen, ob diese Faktoren nicht auch zu einem einzigen Faktor zusammengefasst werden

können, der in etwa das von Sifneos (1968) so bezeichnete Konstrukt „Psychologische Offenheit“ („psychological mindedness“) abbilden würde.

Veith (1997) greift die oben beschriebene Prozessperspektive von Appelbaum (1972) auf und unterteilt Psychotherapiemotivation in (1) die Motivation, therapeutische Hilfe aufzusuchen (Therapiemotivation im engeren Sinne), (2) Veränderungsmotivation und (3) Beziehungsmotivation. Letztere speist sich aus der therapeutischen Beziehung, die für einen Patienten einen relativ eigenständigen Grund darstellen kann, in die Therapie zu kommen, beispielsweise um „den verständnisvollen, zuversichtlichen, manchmal auch tröstenden ‚Verbündeten‘ zu treffen“ (S. 66). Während die Therapiemotivation im engeren Sinne über das Aufsuchen einer Psychotherapie entscheidet, wird das Therapieverhalten in Veiths Konzeption maßgeblich von den Komponenten Änderungs- und Beziehungsmotivation gesteuert. Sie sind zu Beginn der Therapie oft gering ausgeprägt, so dass ihre Erhöhung ein erstes therapeutisches Ziel darstellt (beispielsweise durch Selbstbeobachtung und Beziehungsaufbau). Mögliche Wechselwirkungen der drei Motivationen mit Patienten-, Therapeuten- und Therapiemerkmale sowie deren Rahmenbedingungen deutet Veith in einem umfangreichen Modell an (S. 62). Empirisch beschränkte sich Veith auf die Analyse von Psychotherapiemotivation im Sinne der Aufsuche-Motivation. Diese konzeptualisierte er als Erwartungs-mal-Wert-Produkt der beiden Faktoren *Leidensdruck* und *Behandlungszuversicht*. Die Behandlungszuversicht, also die erwartete Besserung (sie entspräche Nüblings Faktor *Hoffnung*), stellt die *Erwartung* dar, während der aktuelle Leidensdruck bestimmt, für wie *wertvoll* eine solche Besserung vom Patienten erachtet wird. Das Produkt aus Behandlungszuversicht (Erwartung) und Leidensdruck (Wert) ergibt dann ein Maß für die Therapiemotivation. Mit Komponenten des Therapieverhaltens (Therapienachfrage, Mitarbeit während der Sitzungen, Offenheit, Erprobungsbereitschaft) korreliert vor allem der Faktor Zuversicht (je nach Komponente und Zeitpunkt im Therapieverlauf zwischen $r = .12$ und $.50$). Der Faktor Leidensdruck (wiederum unterteilt in *Behinderung*, *Hilflosigkeit* und *wahrgenommene Normabweichung*) korreliert deutlich geringer mit dem Therapieverhalten. Die Faktoren Leidensdruck und Zuversicht haben differenzielle Effekte, so dass „die multiplikative Verknüpfung der Erwartungs- und Wertkomponenten eher beobachtbare Zusammenhänge verdeckt“ (Veith, 1997, S. 348).

Die von den Vertretern mehrdimensionaler Konzepte beschriebenen Dimensionen sind für einen Überblick in Tabelle 6 zusammengestellt.

Tabelle 6: Komponenten mehrdimensionaler Konzeptionen von Psychotherapiemotivation.

Freud (1905, 1913)	Sifneos (1968)	Halder (1977) Riedel (1989)	Schneider (1986)	Nübling (1992)	Veith (1997)
Leidensdruck	Leidensdruck	Beschwerdeintensität	Leidensdruck	Leidensdruck (somatisch u. psychisch)	Leidensdruck = Ergebnis-Folge- Erwartung (Behinderung, erlebte Normabweichung, Hilflosigkeit)
Krankheitsgewinn			Krankheitsgewinn	Sekundärer Krankheitsgewinn (Symptombezogene Zuwendung durch andere)	
Erfolgszuversicht	Erfolgszuversicht	subjektive Erfolgserwartung		Hoffnung u. Optimismus bzgl. Beschwerdebesserung	Zuversicht = Handlungs- Ergebnis-Erwartung
Opferbereitschaft	Opferbereitschaft		Allgemeine Behand- lungserwartungen	Bereitschaft, Opfer zu bringen	
	Wille, aktiv an Beh. mitzuwirken			aktive Einstellung gegenüber Behandlung	
	Veränderungswunsch			Erwartungen an bzw. Vorstellungen über die bevorstehende Behandlung	
				Bereitschaft zur Veränderung	
	psychische Ursache- nattribution	psychische Ursache- nattribution	Laienätiologie	Unverständnis gegenüber Überwei- sung in psychosomat. Klinik	
				Ursachenattribution	
	Introspektionsfähigkeit			Wunsch bzw. Bereitschaft zur Selbstreflexion	
	Wunsch, sich zu explorieren				
	Wunsch, Neues auszuprobieren				
		Eigenbereitschaft zur PT		Bemühen um Information bzgl. psychosomatischer Behandlung (→ später: Initiative und Wissen)	
			Vorerfahrung mit PT		
		Autoritarismus		Innere Grundeinstellung gegenüber PT (→Verleugnung psych. Hilfs- bedürftigkeit)	
				Angst vor Stigmatisierung	

Neben den beschriebenen mehrdimensionalen Konzepten der Psychotherapiemotivation wurden in den USA in den achtziger Jahren zwei motivationale Konzepte zur Erklärung von *Verhaltensänderungen* entwickelt, die auf den Gegenstandsbereich der Psychotherapie übertragbar sind.

Als allgemeine Motivationstheorie entwickelten Deci und Ryan (1985) die *Theorie der Intrinsischen Motivation und Selbstbestimmung* (theory of intrinsic motivation and self-determination). Sie wurde von Pelletier, Tuson und Haddad (1997) auf den Bereich der Psychotherapie übertragen. In der Theorie werden sechs verschiedene Typen der Motivation unterschieden: Amotivation, extrinsische Motivation mit den vier Subtypen externe, introjizierte, identifizierte und integrierte Regulation sowie intrinsische Motivation. Von *Amotivation* sprechen die Autoren, wenn eine handelnde Person weder Ziel noch konkrete Ursache mit ihrer Handlung verbindet. Amotiviert zur Psychotherapie wäre demnach ein Patient, der „zwar zur Therapie kommt, jedoch voller Hoffnungslosigkeit und mit der Gewissheit, dass die Therapie nur Zeitverschwendung“ sei (Pelletier et al., 1997, S. 416, Übersetzung K.L.). Als *extrinsisch motiviert* gelten Verhaltensweisen, die aus instrumentellen Gründen, d.h. zum Erreichen einer Belohnung oder zum Vermeiden von Bestrafung, ausgeführt werden. Je nachdem, wo die Belohnung bzw. Bestrafung lokalisiert ist, unterscheiden die Autoren vier Subtypen der extrinsischen Motivation. *Externe Regulation* bezieht sich dabei auf Verhaltensweisen, die ausschließlich extern verstärkt werden, beispielsweise durch Belohnung oder Androhung von Strafe seitens einer anderen Person. Ein suchtkranker Patient, der sich ausschließlich aufgrund eines Ultimatums von Angehörigen in Therapie begibt, wäre ein Beispiel für extern regulierte Therapiemotivation. Beim zweiten Subtyp, der *introjizierten Regulation*, ist die ursprünglich externe Regulationsquelle internalisiert worden, so dass deren Anwesenheit für Auslösung und Aufrechterhaltung der Handlung nicht mehr nötig ist. Stattdessen wird das Verhalten internal durch Emotionen wie Schuld oder Angst gesteuert. Als unter *identifizierter Regulation* (dritter Subtyp) stehend gilt ein Verhalten, das von einer Person ausgeführt wird, weil es mit dessen Werten oder Zielen kongruent ist. Pelletier et al. (1997) geben das Beispiel einer Patientin mit Eheproblemen, die sich für eine Therapie entscheidet, weil das Aufsuchen professioneller Hilfe kongruent mit ihrem Wert ist, alles zu versuchen, um ihre Ehe zu erhalten. Das Verhalten wird in diesem Beispiel wegen extrinsischer Gründe ausgeführt (um die Ehe zu retten), gilt wegen der bedeutsamen Rolle der persönlichen Werte, mit denen sich die Patientin identifiziert (Wert der Ehe, Maßstab des Alles-Versuchens) aber als internal reguliert. Von *integrierter Regulation* (vierter Subtyp) sprechen die Autoren dann, wenn ein Verhalten ausgeführt wird, weil es mit anderen Selbstschemata bzw. dem gesamten Selbstbild der handelnden Person übereinstimmt. Ein Patient, der bereits zuvor eine Therapie abgeschlossen

hat und in einer Krise erneut therapeutische Hilfe aufsucht, um die erreichten Veränderungen aufrechtzuerhalten, gilt nach Pelletier et al. (1997) als durch *integrierte Regulation* motiviert, wenn das Bemühen um fortdauernde psychische Gesundheit zu einem integralen Bestandteil seiner Identität geworden ist. Den letzten der sechs Motivationstypen stellt die *intrinsische Motivation* dar. Als *intrinsisch motiviert* bezeichnen Deci und Ryan (1985) solche Verhaltensweisen, die ausschließlich wegen der Befriedigung, die ihre Ausübung unmittelbar erzeugt, freiwillig und ohne externe Verstärker ausgeführt werden. Ein Psychotherapiepatient würde beispielsweise als intrinsisch motiviert gelten, wenn er sich ausschließlich wegen der Befriedigung, die er in einem tieferen Selbst-Verständnis findet, in Therapie begibt. Zur Erfassung der beschriebenen sechs Motivationstypen im Hinblick auf eine psychotherapeutische Behandlung wurde ein faktorenanalytisch entwickelter Fragebogen vorgelegt (Pelletier et al., 1997), der in Abschnitt 3.2.2 ausführlicher vorgestellt wird.

Wie zu erkennen ist, können die sechs Motivationstypen auf einem Kontinuum zunehmender Autonomie von externen Regulationsquellen angeordnet werden. Damit verbunden ist die Annahme, dass Verhalten umso stabiler ist, je intrinsischer es motiviert ist, was jedoch hinterfragt werden kann (vgl. Kristjansson, 1993). Bei der von Pelletier et al. (1997) vorgenommenen Übertragung der Theorie auf den Gegenstandsbereich der Psychotherapie erscheint eine Fixierung auf das Idealbild der intrinsischen Motivation sogar abwegig, da ohne bestehenden Leidensdruck (d.h. eine externe Regulationsquelle laut Theorie) im bundesdeutschen Gesundheitssystem überhaupt keine Bewilligung eines Richtlinienverfahrens durch die Krankenkasse erfolgen würde. Auch im Rehabilitationssystem setzt die Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme externe Regulationsquellen voraus (subjektiven Leidensdruck, Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, lange AU-Zeiten, etc.). Zudem vermag die Theorie die Beendigung einer Psychotherapie nicht befriedigend zu erklären. Ein Patient, der sich ausschließlich aus Freude an der Selbstreflexion in Therapie begibt und damit intrinsisch motiviert ist, dürfte diese Therapie nach der Theorie der intrinsischen Motivation kaum jemals beenden. Hier wird deutlich, dass die Theorie keine Möglichkeit von Interessenverschiebungen zwischen verschiedenen Zielen formuliert. Eine Person kann aber intrinsisch für ihre Rehabilitationsmaßnahme motiviert sein und sich währenddessen mit häuslichen oder beruflichen Anforderungen konfrontiert sehen, so dass sie die Maßnahme abbricht. Ihre Rehabilitationsmotivation im Sinne der Theorie der intrinsischen Motivation hat sich aber nicht verändert. Insgesamt liefert die Theorie damit für den Verbleib in bzw. den Abbruch einer therapeutischen Maßnahme keinen ausreichenden Erklärungsbeitrag.

Von Prochaska und DiClemente (1982) stammt das *Transtheoretische Modell der Veränderung (TTM)*, das sich auf Verhaltensänderungen im Bereich des Gesundheitsverhaltens (z.B. Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum) bezieht. Der Entwicklung des TTM liegt eine schulübergreifende Analyse der wichtigsten Wirkfaktoren von Psychotherapien zugrunde (deshalb die Bezeichnung *transtheoretisch*), aufgrund derer die Autoren postulieren, dass „Verhaltensänderung ein Prozess (ist), der sich durch das aktive zeitliche Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander aufbauender Stufen (stages of change) beschreiben lässt“ (Keller, Velicer & Prochaska, 1999, S. 17). Auf der Grundlage empirischer Forschungsergebnisse unterteilen die Autoren den Prozess der Verhaltensänderung in fünf bzw. sechs diskrete, aufeinander aufbauende Stufen. Die Stufe der *Absichtslosigkeit (precontemplation)* ist dadurch gekennzeichnet, dass keine Intention zur Änderung eines bestimmten Problemverhaltens in absehbarer Zukunft (i. d. R. sechs Monate) besteht. Auf der Stufe der *Absichtsbildung (contemplation)* findet eine bewusste Reflexion über das Problemverhalten statt, ohne dass diese bereits in konkrete Veränderungsschritte auf Verhaltensebene führt. Eine Person auf der Stufe der *Vorbereitung (determination oder preparation)* hat einen klaren Entschluss zu einer Verhaltensänderung gefasst. Typischerweise verfügt sie auf dieser Stufe über konkrete Handlungspläne zur Erreichung des Zielverhaltens. Die *Handlungsstufe (action)* zeichnet sich durch aktive Verhaltensänderungen aus, bei denen das beobachtbare motorische Verhalten im Vergleich zu kognitiven und affektiven Prozessen im Vordergrund steht. Auf der Stufe der *Aufrechterhaltung (maintenance)* befindet sich eine Person, wenn sie das Zielverhalten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten beibehalten hat. Vor allem für den Bereich des Suchtverhaltens lässt sich eine sechste Stufe formulieren, die *Stabilisierung (termination)*. Auf dieser Stufe besteht für eine Person hundertprozentige Zuversicht, das Zielverhalten beizubehalten und einer Versuchung zu einem Rückfall widerstehen zu können.

Das TTM hat sich im Bereich der Gesundheitspsychologie als Modell zur Beschreibung und Erklärung von Verhaltensänderung bewährt. Wie bei allen Phasen- oder Stufenmodellen ist die Beschreibung von Veränderungsprozessen durch die Einteilung in diskrete Stufen möglicherweise künstlich und würde besser durch ein Kontinuum abgebildet (vgl. Weinstein, Rothman & Sutton, 1998). Die Stufeneinteilung besitzt aber für Berater und Therapeuten hohe Augenscheinvalidität und liefert theoretisch begründete Handlungsanleitungen für differenzielle, stufenbezogene Interventionen. Auf der Ebene von Interventionszielen erlaubt das Modell ebenfalls das Formulieren differentieller statt dichotomer Zielsetzungen. Insgesamt verfügt das TTM damit über eine hohe Praxisrelevanz.

So nützlich das Modell aber für eng definierte Verhaltensbereiche ist, so problematisch ist seine Übertragung auf die Psychotherapie insgesamt, deren Indikationen individuell unterschiedlich sind und deren Therapieziele einerseits meistens vielfältig sind (v.a. bei vorliegender Komorbidität) und andererseits zuweilen gar nicht in der Änderung von Problemverhalten (bzw. dem Aufbau von Gesundheitsverhalten) bestehen, sondern beispielsweise in der kognitiv-affektiven Bewältigung belastender Lebensereignisse. Trotz dieser Schwierigkeiten wurde ein Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsstufen in der Psychotherapie entwickelt (McConaughy et al., 1989; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983), der in Abschnitt 3.2.2 ausführlicher vorgestellt wird.

3.1.3 Aktuelle konzeptionelle Fragen

Bis heute wird in Übersichtsarbeiten zur Psychotherapiemotivation eine fehlende terminologische Klarheit und das Fehlen einer allgemein anerkannten Theorie der Therapiemotivation beklagt (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000; Truant, 1999). Einigkeit dürfte inzwischen darüber bestehen, dass Therapiemotivation als multidimensionales Konstrukt aufgefasst werden muss. Da die Beziehungen zwischen den Dimensionen vielfältig und häufig unklar sind, erschöpfen sich viele Definitionen darin, dass sie die entsprechenden Dimensionen aufzählen. Truant (1999) fasst gängige Definitionen zusammen, indem er Therapiemotivation als ein Konstrukt definiert, das Änderungswillen, Einsichtsfähigkeit, Bereitschaft zu aktiver Teilnahme, Opferbereitschaft, Leidensdruck, Wunsch nach Besserung, geringen Krankheitsgewinn, Eigenverantwortung, realistische Ziele, positive Erfolgserwartung, Neugierde sich selbst zu verstehen und Offenheit für psychologische Sichtweisen (psychological mindedness) beinhaltet. Die Bestandteile gehen interessanterweise kaum über die bereits von Sifneos (1968) genannten hinaus.

Truant (1999) stellt fest, dass der Begriff der Psychotherapiemotivation zuweilen so weit definiert ist, dass er zum Synonym für Eignung (suitability) zur Psychotherapie wird. Eignung geht laut Truant jedoch über Motivation hinaus und beinhaltet neben (1) der Motivation zusätzlich (2) die Qualität der therapeutischen Beziehung und (3) die Lebensumstände des Patienten. Merkmale einer guten therapeutischen Beziehung sind beispielsweise gegenseitige Sympathie zwischen Patient und Therapeut und das Gefühl des Verstanden-Werdens auf Seiten des Patienten. Für den hohen Stellenwert einer hilfreichen Arbeitsbeziehung („helping alliance“, Luborsky, 1976) beim Zustandekommen eines Therapieerfolgs sprechen zahlreiche empirische Untersuchungen (für einen Überblick vgl. Luborsky, McLellan, Woody & al., 1985). Insbesondere in therapeutischen Gruppen scheint eine hilfreiche Arbeitsbeziehung auch zu Mitpatienten für den Verbleib in der Gruppe sowie für den Therapieerfolg wichtig zu

sein (Chiesa et al., 2000; Kordy & Senf, 1992; Truant, 1999). Truants drittes Eignungskriterium, die supportiven Lebensumstände, bestehen beispielsweise in verfügbarer Zeit und Finanzen, familiärer Unterstützung, Befürwortung des Arbeitgebers sowie in der Abwesenheit aktueller Krisen. In ähnlicher Weise wie Truant hält auch Strauß (2000) (1) die Zielvereinbarungen psychotherapeutischer Maßnahmen, (2) die Passung zwischen therapeutischem Angebot und den Vorstellungen des Patienten sowie (3) die Berücksichtigung von Ressourcen auf Patientenseite bei der Indikationsstellung für bedeutsam.

Eine konzeptuelle Trennung zwischen Psychotherapiemotivation, therapeutischer Beziehung und supportiven Lebensumständen war (und ist) nicht immer selbstverständlich. Miller (1985, zit. nach Nübling, 1992) plädierte beispielsweise dafür, Psychotherapiemotivation nicht nur als Patientenmerkmal aufzufassen, sondern auch Therapeuten- und Umgebungsvariablen einzubeziehen. Damit besteht jedoch die Gefahr, den Begriff der Therapiemotivation zu überfrachten. Für die vorliegende Arbeit wird deshalb ein Ansatz gewählt, in dem Motivation ausschließlich ein Patientenmerkmal darstellt, auf das Lebensumstände und therapeutische Beziehung zwar einwirken, das aber ein von diesen abgegrenztes Konstrukt darstellt.

In jüngerer Zeit wird über die Frage, *ob* ein Patient motiviert ist, hinausgegangen und fokussiert, *wozu* (in Bezug auf welche Therapieziele) er motiviert ist (Kanfer et al., 2000). Beispielsweise berichten Berking und Jacobi (2001) für eine Stichprobe aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation, dass die Korrelation zwischen Motivation (gemessen mit dem FMP, Schneider et al., 1989) und Therapieergebnis (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV, Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) von den Therapiezielen moderiert wurde: Abhängig vom Haupttherapieziel ergaben sich Korrelationen zwischen $r = .49$ (bei Ziel: Trauer und Verarbeitung eines interpersonalen Verlusts) und $r = -.30$ (Ziel: Bewältigung von Schlafproblemen). Die Arbeitsgruppe um Grawe betont in jüngerer Zeit ebenfalls die Bedeutung von Therapiezielen im Zusammenwirken mit der Therapiemotivation (Grosse-Holtforth, 2001; Grosse-Holtforth & Grawe, 2000). Neben konkreten Therapiezielen (Grosse-Holtforth, 2001) konzeptualisieren sie sog. *motivationale Ziele*, die als Ziele mittleren bis hohen Abstraktionsgrades im Gegensatz zu konkreten Zielen keinen erreichbaren Endpunkt haben, sondern im Sinne von Prozesszielen ein kontinuierliches Streben bzw. Vermeiden erfordern (z.B. die Annäherungsziele, sich weiterzubilden, eine verlässliche Partnerschaft führen zu können oder die Vermeidungsziele, nicht einsam zu sein oder weniger zu streiten).

Die Frage, ob Therapieziele als Bestandteil der Therapiemotivation zu denken sind (und z.B. das Benennen-Können realistischer Ziele als Indikator für Therapiemotivation gelten soll) oder ob sie als eigenständiges Konstrukt neben der Motivation konzeptualisiert werden sollten

(wie es die Befunde von Berking & Jacobi, 2001 nahe legen), muss angesichts der noch dünnen Forschungslage derzeit offen gelassen werden.

Hafen et al. (2000; 2001) entwickeln derzeit eine indikationsübergreifende Konzeption für Behandlungsmotivation in der stationären Rehabilitation. Die Motivationsdimensionen, die sie der Literatur entnommen haben, ordnen sie drei übergeordneten Kategorien zu, die ursprünglich von Petry (1993) für den Bereich der Suchttherapie entwickelt worden waren:

1. **Behandlungsdisposition.**
Darunter fassen sie Einstellungs- und Erwartungsstrukturen in Form von Erfolgserwartung, Wissen über die Rehabilitation, Erwartungen an die Rehabilitation, Eigenverantwortung und Kompetenzerwartung.
2. **Behandlungsbereitschaft.**
Sie bezieht sich darauf, ob ein Patient zu einem gegebenen Zeitpunkt die innere Bereitschaft besitzt, ein bestehendes Behandlungsangebot anzunehmen; sie umfasst die Dimensionen Leidensdruck, Krankheitsgewinn Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit, Veränderungswille und Opferbereitschaft.
3. **Behandlungsaktivität**
beschreibt schließlich das (intendierte oder beobachtete) Verhalten eines Patienten in Bezug auf die Behandlung vor, während und nach der Rehabilitation. Hierunter sind die Motivationsdimensionen Initiative, Behandlungsziele, aktives Engagement, Gesundheitsförderung und Anerkennen der Notwendigkeit eines allgemeinen Verhaltenswandels angesiedelt.

Als möglicherweise hilfreich kann die Konzeption von drei Kategorien, die zeitlich unterschiedlich nahe zur eigentlichen Behandlung stehen, betrachtet werden. Wie in weiter oben zitierten Arbeiten erscheint aber auch hier die Zuordnung zuweilen willkürlich. Beispielsweise wäre eine Einordnung der Dimension *Anerkennen der Notwendigkeit eines allgemeinen Verhaltenswandels* anstatt unter Behandlungsaktivität auch unter Behandlungsbereitschaft denkbar, ebenso wie die Dimension *Veränderungswille*, die unter Behandlungsbereitschaft angesiedelt ist, auch zu Behandlungsaktivität passen würde. Welchen Nutzen die Kategorienbildung bringen kann, bleibt unklar. Denkbar ist allenfalls, dass sie eine Heuristik zur Variablenaggregation liefern kann.

3.2 Die Erfassung von Psychotherapiemotivation

3.2.1 Fremdbeurteilungsinstrumente

Bis zur Veröffentlichung von Krauses (1967) Fremdbeurteilungsbogen lagen keine Messinstrumente zur Erhebung der Therapiemotivation vor. Motivation wurde lediglich über Expertenurteile von Klinikern erhoben, die sich wiederum an Kriterien wie der Ehrlichkeit des Patienten, dem bewussten Wunsch, sich zu ändern, fehlendem sekundärem Krankheitsgewinn und dem Willen, die Behandlungskosten selbst zu tragen, orientierten (Wallerstein & Robbins

1956, zit. nach Nübling, 1992) oder einfach an der Anzahl versäumter Therapiesitzungen (Kidd 1968, Canter 1972, Enright 1975, jeweils zit. nach Riedel, 1989).

In der psychotherapeutischen Versorgungspraxis überwiegt auch heute das Therapeutenurteil zur Einschätzung der Motivation. Dies hat nicht nur ökonomische Gründe, sondern hängt auch damit zusammen, dass die Motivationsanalyse mit Exploration und therapeutischem Beziehungsaufbau verbunden ist (Kanfer et al., 2000). Das Therapeutenurteil der Motivation stützt sich i.d.R. auf Einschätzungen von Leidensdruck, Ursachenvorstellungen, Erwartungen, Zielen und Mitarbeit des Patienten. Nach Truant (1999) lauten typische Fragen an den Patienten etwa „Warum kommen Sie gerade jetzt zur Therapie?“ (äußerer Druck spricht hier für geringe Motivation), „Was könnte Ihre Probleme lösen?“ (passive Behandlungserwartungen wie die eines Ratschlags, von Medikamenten, etc. sprechen für eher geringe Motivation), „Welche Ziele streben Sie in der Therapie an?“ (realistisch vs. unrealistisch), „Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden?“ (das Rational der Therapie sollte kompatibel mit der Ursachenvorstellung des Patienten sein).

In den meisten Basisdokumentationen psychosomatischer Fachkliniken wird die Psychotherapiemotivation über Einzelitems erfasst (z.B. Nübling & Schmidt, 1998; Zielke, 1994). Darüber hinausgehende Instrumente zur Fremdbeurteilung von Psychotherapiemotivation sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

Das Client Behavior Inventory (CBI, Krause, 1967) besteht aus einer Liste von 47 Verhaltensweisen, die Bestandteile der typischen Patientenrolle in der Psychotherapie darstellen. Die Itemformate sind kategorial und ordinal mit drei bis vier Antwortkategorien bzw. -stufen. Therapeuten beurteilen mit diesem Instrument das Verhalten ihrer Patienten retrospektiv nach mindestens drei absolvierten Therapiesitzungen. Die 47 Verhaltensweisen ordnet Krause in vier inhaltliche Cluster (siehe Tabelle 7). Die so entstandenen „Skalen“ beruhen allerdings nicht auf faktoren- oder inhaltsanalytischen Prozeduren, sondern alleine auf inhaltlichen Überlegungen. Zur Beurteilung der psychometrischen Qualität der Skalen liegen keine Daten vor.

Sifneos (1968) legte einen 7-Item-Fragebogen zur Motivationseinschätzung durch Therapeuten vor. Die Items sind ordinalskaliert mit drei Antwortstufen. Die Items wurden von Riedel (1989) ins Deutsche übersetzt und faktorenanalytisch überprüft. Dabei ergaben sich drei annähernd gleich starke Faktoren mit je zwei Items (siehe Tabelle 7; das siebte Item konnte keinem Faktor zugeordnet werden). Wegen der geringen Reliabilität der Subskalen verwendete Riedel jedoch den Gesamtscore. Die Zusammenhänge zwischen dem Fremdbeurteilungsinstrument einerseits und Selbsteinschätzungen der Patienten zu Erfolgserwartungen und psy-

chischer Ursachenattribution andererseits fielen in Riedels Untersuchung gering aus ($R^2_a = .11$ in der Regression des Gesamtscores auf die Prädiktoren subjektive Erfolgserwartung und seelische Ursachenattribution).

Tabelle 7: Fremdbeurteilungsinstrumente zur Einschätzung der Psychotherapiemotivation.

Autor	Instrument	Item-zahl	Skalen mit Beispiel-Items
Krause (1967)	Client Behavior Inventory (CBI)	47	Pünktliche, zuverlässige Anwesenheit bei anberaumten Sitzungen How many times has this client been late for his appointment? Detaillierte Beschreibung des Problems, seiner Auslöser, Begleitumstände und Folgen Did the client frankly discuss his feelings with you? Zuhören, Verstehen und Reagieren auf therapeutische Interventionen Did the client try to discuss the points and questions you raised? Hausaufgaben zwischen den Sitzungen Was it evident that the client spent time between interviews thinking about points you had raised or matters to be discussed with you?
Sifneos (1968), deutsch: Riedel (1989)	ohne Bezeichnung	7	Einsicht in seelische Verursachung Der Patient hat die Fähigkeit zu erkennen, dass seine Erkrankung mit seinen Lebensumständen und seinem Erleben in Zusammenhang steht. Der Patient besitzt Selbsteinsicht hinsichtlich seiner seelischen Schwierigkeiten. Aktive Neugier Der Patient besitzt eine aktive Neugier gegenüber sich selbst. Der Patient besitzt den Wunsch, sich zu ändern. Mitarbeitsbereitschaft Der Patient besitzt die Bereitschaft, aktiv bei der Psychotherapie mitzuarbeiten. Der Patient besitzt die Bereitschaft, angemessene Opfer zu bringen.
Rosenbaum und Horowitz (1983)	Motivation for Psychotherapy Scale (MOPS)	23	Aktives Engagement The patient presents goals for therapy which are carefully thought out, elaborated, and clear. Offenheit für psychologische Sichtweisen (psychological mindedness) The patient views psychological well-being as an important concern. Anreiz-vermittelte Opferbereitschaft The patient's social, personal, and work circumstances offer incentives for improved functioning. Positive Einstellung gegenüber Psychotherapie The patient thinks therapy is generally efficacious and likely to be of help.
Schulte (unveröff., zit. nach Veith, 1997)	Fragebogen zur Motivation des Patienten nach Therapeutenurteil (FMP-TH)	16	Mitarbeit während der Therapiesitzungen. Erprobungsbereitschaft. Äußerungen bzgl. Therapiewunsch. (Seltene) Terminveränderungen oder -versäumnis durch den Klienten. Offenheit. (Widerwillige) Reaktion auf Terminvorgaben oder -veränderungen. Für keine Skala Itembeispiele vorliegend

Rosenbaum und Horowitz (1983) stellten aufgrund umfangreicher Literaturanalysen einen Itempool zusammen, in den neben eigenen Items solche aus der sog. Menningerstudie

(Kernberg et al., 1972), aus dem Vanderbilt-Projekt (Keithly, Sampels & Strupp, 1980) sowie die Items von (Sifneos, 1968) eingingen. Die Itemformate bestehen aus siebenstufigen Likertskalen von "not at all" bis "extremely strongly". Eine Hauptkomponentenanalyse erbrachte die in Tabelle 7 dargestellte vierfaktorielle Lösung. Dabei erklärt der Faktor *Aktives Engagement* 49 % der Gesamtvarianz, während die Varianzaufklärung der anderen drei Faktoren zwischen 6 % und 10 % liegt. Allerdings fallen die Faktorladungen der einzelnen Items teilweise etwas unbefriedigend aus (für 9 von 23 Items zwischen .45 und .60).

Der Fragebogen zur Motivation des Patienten nach Therapeutenurteil (FMP-TH, Schulte, unveröff., zit. nach Veith, 1997) besteht aus 16 Items zu therapierelevantem Verhalten (z.B. Mitarbeit, Gesprächsverhalten, Pünktlichkeit), die der Therapeut nach einer Therapiesitzung einschätzt. Die sechs Skalen *Mitarbeit während der Therapiesitzungen*, *Erprobungsbereitschaft*, *Äußerungen bzgl. Therapiewunsch*, *(Seltene) Terminveränderungen oder -versäumnis durch den Klienten*, *Offenheit* und *(Widerwillige) Reaktion auf Terminvorgaben oder -veränderungen* wurden faktorenanalytisch gebildet und erklären zusammen 73 % der Varianz. Ihre internen Konsistenzen schwanken im Therapieverlauf. Die niedrigsten Werte liegen je nach Messzeitpunkt zwischen .42 und .74 für die Subskala *Reaktion auf Terminvorgaben oder -veränderungen* (nur zwei Items) und zwischen .84 und .89 für die Subskala *Erprobungsbereitschaft*.

3.2.2 Selbstbeurteilungsinstrumente

Einen Überblick über deutsch- und englischsprachige Fragebögen zur Selbsteinschätzung der Psychotherapiemotivation gibt Tabelle 8.

Halder (1977) legte die *Skala zur Erfassung der Einstellung zur psychischen Störung und zur Psychotherapie (PSYPT)* vor. Die 15 Items mit dichotomem Antwortformat (stimmt vs. stimmt nicht) wurden von der Autorin faktorenanalytisch in zwei Faktoren getrennt, die zusammen allerdings nur 37 % der Gesamtvarianz aufklärten. Der Faktor *Eigenbereitschaft zur Psychotherapie* enthält Einschätzungen über die Erfolgsaussichten von Psychotherapie im Allgemeinen sowie die eigene Bereitschaft zur Psychotherapie im Besonderen. Der Faktor *Autoritarismus* bündelt Items, die ausdrücken, dass Psychotherapie „Verweichlichung sei und durch Selbstdisziplin und Härte gegen sich selbst zu ersetzen sei. Es kommen Vorstellungen von der Eigenverantwortlichkeit des Individuums zum Ausdruck, die sich mit dem Wunsch nach Unterstützung und Hilfe durch die Psychotherapie nicht vereinbaren lassen“ (Halder, 1977, S. 135). Die Korrelation zwischen den beiden PSYPT-Faktoren betrug bei Halder $r = .11$, so dass sie als weitgehend unabhängig voneinander betrachtet werden können. Aus nicht genannten Gründen schlägt die Autorin aber einen Gesamtscore vor. Für die Gesamt-

skala gibt sie eine interne Konsistenz von Cronbach's alpha = .85 an. An einer separaten Patientenstichprobe extrahierte Riedel (1989) aus den 15 Items drei Faktoren. Der dritte Faktor, den er *Subjektive Erfolgserwartung* nannte, wird dabei von zwei Items (vgl. Tabelle 8) gebildet, die bei Halder noch unter dem Faktor *Eigenbereitschaft zur Psychotherapie* subsummiert waren. Der neue Faktor erwies sich in der Verlaufsuntersuchung von Riedel als einziger der drei Faktoren für die Prädiktion des Therapieerfolges als bedeutsam.

Tabelle 8: Selbstbeurteilungsinstrumente zur Einschätzung der Psychotherapiemotivation.

Autor	Instrument	Itemzahl	Skalen mit Beispiel-Items
Halder (1977)	Skala zur Erfassung der Einstellung zur psychischen Störung und zur Psychotherapie (PSYPT)	15	Eigenbereitschaft zur Psychotherapie Wenn ich meine Konflikte nicht mehr selbst bewältigen könnte, würde ich jederzeit Geld und Zeit für eine Psychotherapie aufbringen. Autoritarismus Vielen Leuten mit seelischen Schwierigkeiten würde einfach härtere Arbeit gut tun. Subjektive Erfolgserwartung Die Erfolgsaussichten einer psychotherapeutischen Behandlung sind ziemlich gering.
Rink (1984)	Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation (THMO)	87	Leidensdruck Ich fühle mich oft durch meine Probleme überfordert. Änderungswunsch Ich wäre gern zufriedener mit mir. Selbstexploration Ich möchte gern die Gründe für mein Verhalten besser verstehen. Behandlungsziele Von einer psychologischen Behandlung würde ich mir erwarten, dass ich mich besser beherrschen kann. Positive Einstellung zu Psychotherapie Ich glaube, ein Psychologe würde mich verstehen können. Negative Einstellung zu Psychotherapie Leute, die ihre Probleme mit anderen besprechen, finde ich schwach. Externale Attribuierung Ich glaube, die Hauptursache für meine Schwierigkeiten liegt bei anderen Personen.
Schneider, Basler & Beisenherz (1989)	Fragebogen zur Messung von Psychotherapiemotivation (FMP)	47	Krankheitserleben (Leidensdruck) Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden. Meine Umwelt verhält sich gegenüber meinen Beschwerden eher verständnisvoll. Laienätiologie Der ganze familiäre und berufliche Stress hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt. Meine Situation am Arbeitsplatz (bzw. der Verlust des Arbeitsplatzes) hat stark bei der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt. Allgemeine Behandlungserwartungen Mit meinen Beschwerden bin ich bei einem Arzt besser aufgehoben als bei einem Psychotherapeuten / Psychologen. Mal ordentlich ausspannen würde mir mehr helfen als jede psychologische Behandlung. Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Psychotherapie Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen. Ich habe mich in Zeitschriften, Büchern, dem Fernsehen oder dem Radio über eine psychologische Behandlung informiert.

Tabelle 8 (Forts.): Selbstbeurteilungsinstrumente zur Einschätzung der Psychotherapiemotivation.

Autor	Instrument	Item- zahl	Skalen mit Beispiel-Items
Nübling (1992)	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (PTM)	120	Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch Ich leide stark unter seelischen Problemen. Hoffnung In Bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen. Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses Ich halte es für dringlich, etwas gegen meine Beschwerden zu unternehmen. Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe, fertig. Stigmatisierungsängste Es sollen möglichst wenige von meinen Beschwerden / meiner Krankheit wissen. Initiative und Wissen Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert. Symptombezogene Zuwendung durch andere Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst.
H. Schulz, Nübling & Rüddel (1995)	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FPTM-40)	40	Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch Hoffnung Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit Initiative und Wissen Symptombezogene Zuwendung durch andere Beispielitems siehe PTM
Veith (1997)	Therapiemotivations-Itemsammlung (THERMIS)	26	Behinderung / Beeinträchtigung Solange ich meine Probleme habe, kann ich mir nichts mehr richtig vornehmen. Hilflosigkeit Im Moment ist es nicht unbedingt notwendig, dass ich sofort fachliche Hilfe bekomme. Normabweichung Ich habe das Gefühl, auf einer Stufe mit anderen zu stehen; das trägt dazu bei, gute Beziehungen mit ihnen aufzunehmen. Zuversicht Auch durch eine Therapie wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel ändern. Zuversicht bzgl. körperlicher Besserung Ich hoffe, dass sich auch meine körperlichen Beschwerden nach einer psychologischen Behandlung bessern werden.
McConaughy, Prochaska & Velicer (1983), McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer (1989)	Stages of Change Scales (SCS)	32	Precontemplation (Absichtslosigkeit) As far as I'm concerned, I don't have any problems that need changing. Contemplation (Absichtsbildung) It might be worthwhile to work on my problem. Action (Handlung) I am finally doing some work on my problems. Maintenance (Aufrechterhaltung) It worries me that I might slip back on a problem I have already changed, so I am here to seek help.
Pelletier, Tuson & Haddad (1997)	Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)	24	Intrinsic Motivation For the satisfaction I have when I try to achieve my personal goals in the course of therapy. Integrated Regulation Because through therapy I feel that I can now take responsibility for making changes in my life. Identified Regulation Because I believe that eventually it will allow me to feel better. Introjected Regulation Because I would feel guilty if I was not doing anything about my problem. External Regulation Because my friends think I should be in therapy. Amotivation Honestly, I really don't understand what I can get from therapy.

Eher wenig Beachtung in der Forschungsliteratur hat der *Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation* (THMO, Rink, 1984) gefunden. Der Itempool war ursprünglich an Insassen einer Jugendvollzugsanstalt entwickelt worden. Anhand einer weiteren Stichprobe von jugendlichen Strafgefangenen sowie von Berufsschülern entwickelte die Autorin die 94-Item-Version, die faktoren- und itemanalytisch überprüft ist. Das Antwortformat ist dichotom (stimmt – stimmt nicht), die internen Konsistenzen (Cronbach's alpha) der Subskalen liegen zwischen .91 (Leidensdruck) und .68 (Externale Attribuierung). Der Anwendungsbereich des Fragebogens ist außerhalb der Referenzpopulation allerdings nicht überprüft. Da über den weiteren Einsatz des Bogens keine Veröffentlichungen vorliegen, sind auch keine Zusammenhänge zu Inanspruchnahme und Therapieerfolg bekannt.

Schneider (1986; Schneider et al., 1989) entwickelte einen Fragebogen, dessen Rohform er an vier theoretisch angenommen Faktoren (Krankheitserleben, Laienätiologie, Allgemeine Behandlungserwartungen sowie Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Psychotherapie) orientierte und in mehreren empirischen Schritten unter Berücksichtigung von Trennschärfe-koeffizienten und Schwierigkeitsindizes einer Itemselektion unterzog. Die postulierten Faktoren ließen sich allerdings bereits in der Testentwicklung nicht faktorenanalytisch belegen. Stattdessen entstand eine inhaltlich schwer interpretierbare 5-Faktoren-Lösung. Dennoch behielt Schneider seine a-priori postulierte 4-Skalen-Lösung bei und stütze sich dabei lediglich auf inhaltliche Erwägungen. In Tabelle 8 ist für jede der vier Skalen das trennschärfste sowie am wenigsten trennscharfe Item angegeben. Sie zeigen innerhalb der einzelnen Skalen eine starke inhaltliche Heterogenität, aus der die mangelhafte Faktorenstruktur ersichtlich wird. Aufgrund der fehlenden faktoriellen Validität entstehen zwischen den vier Skalen hohe Interkorrelationen bis $r = .69$ (zwischen den Subskalen *Allgemeine Behandlungserwartungen* sowie *Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Psychotherapie*). Ihre internen Konsistenzen liegen zwischen .71 und .86. Schneider (1989) berichtet zur externen Validität des FMP eine Korrelation des Gesamtscores mit dem Außenkriterium *Fremdrating der Therapiemotivation* von $r = .36$. Vergleichbar hohe Korrelationen (jeweils um die $r = .40$) berichten auch von Wietersheim, Schneider, Kriebel, Freyberger und Tetzlaff (2000) zwischen dem FMP (Subskalen und Gesamtwert) und den Expertenratings *Motivation zur Psychotherapie*, *Psychotherapie als geeignete Behandlungsform* und *Psychische Symptomatik im Vordergrund*.

Die Fragebogenentwicklung von Nübling (1992) wurde bereits in Kapitel 3.1.2 ausführlich beschrieben. Ergebnis seiner Testkonstruktion ist der *Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (PTM)* mit zwei Parallelformen aus je 60 Items, die sich auf die in Tabelle 8 genannten sieben Faktoren verteilen. Die Items besitzen ein vierstufiges Antwortformat

(stimmt nicht – stimmt eher nicht – stimmt eher – stimmt). Die internen Konsistenzen (Cronbach's alpha) der Faktoren in der Gesamtform liegen zwischen .79 (Symptombezogene Zuwendung durch andere) und .96 (Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch). Die sieben Faktoren korrelieren gar nicht bis moderat miteinander, mit Ausnahme der Skalen Leidensdruck – Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses ($r = .65$), Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit – Stigmatisierungsängste ($r = .47$) und Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit – Hoffnung ($r = -.49$; Korrelationen jeweils für die Gesamtskalen). Hinweise auf eine prognostische Validität des PTM bestehen insoweit, als mit den Skalen die Inanspruchnahme (Therapiedosis) innerhalb einer stationären Psychotherapie wie auch das selbsteingeschätzte Therapieergebnis jeweils mit einer Vorhersageleistung um $R^2_a = .30$ vorhergesagt werden konnten. Bei der Vorhersage des Therapieergebnisses erweist sich v.a. der Faktor *Hoffnung* als erklärungs mächtig (Nübling, 1992).

Um den PTM ökonomischer zu gestalten, entwickelten H. Schulz et al. (1995) eine aus 40 Items bestehende Kurzform, den FPTM-40. Wegen der oben beschriebenen hohen Interkorrelationen eliminierten sie vorab die Faktoren *Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses* und *Stigmatisierungsängste* bzw. ordneten deren Items den Skalen *Leidensdruck* und *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit* zu. Mit der Kurzform konnten sie die ursprüngliche Dimensionalität der Langform gut replizieren. Zusätzlich wurde der Faktor *Initiative und Wissen* in seine beiden Komponenten zerlegt, so dass sechs Faktoren entstanden, die zusammen 55 % der Gesamtvarianz aufklärten. Cronbach's alpha der einzelnen Skalen lag in verschiedenen klinischen Stichproben (vgl. Nübling, Schmidt & Schulz, 2002) zwischen .71 (Wissen) und .92 (Psychischer Leidensdruck). H. Schulz et al. (1995) korrelierten die FPTM-40-Skalen auch mit den Skalen des FMP (Schneider et al., 1989), den sie allerdings leicht modifiziert hatten (4 Items eliminiert und 18 Items in deren Wortlaut verändert, hauptsächlich durch Ersetzen von „psychologisch“ durch „psychotherapeutisch“). Sie berichten moderate Korrelationen ($r > |.30|$) zwischen einzelnen Skalen, die teilweise gut zu interpretieren sind (Wissen – Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie: $r = -.51$; Initiative – Initiative: $r = -.41$). Zum Teil fallen die Korrelationen allerdings nicht erwartungsgemäß aus (Psychischer Leidensdruck – Krankheitserleben: $r = .12$; Psychischer Leidensdruck – Laienätiologie: $r = -.44$; Psychischer Leidensdruck – Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie: $r = -.45$; Initiative – Allgemeine Behandlungserwartungen: $r = .33$). Inwiefern die nicht erwarteten Korrelationen in der Unterschiedlichkeit der erfassten Konstrukte, der fehlenden Faktorenstruktur des FMP oder in den vorgenommenen Modifikationen begründet liegt, ist nicht geklärt.

Die *Therapiemotivations-Itemsammlung* (THERMIS, Veith, 1997) besteht aus 26 post-hoc extrahierten Einzelitems vier verschiedener Fragebögen. Aufgrund theoretischer Überlegungen wählte der Autor aus dem Therapiemotivations-Fragebogen (MOFRA, Schulte, unveröff.), dem FMP (Schneider et al., 1989), der Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA, Sorembé & Westhoff, 1985) und der PERI-SC-Demoralisationsskala (Dohrenwend, Shrout, Egri & Mendelsohn, 1980) Items zur Operationalisierung der Konstrukte *Behinderung*, *Hilflosigkeit*, *Normabweichung* (alles Aspekte von Beschwerde- bzw. Leidensdruck) und *Zuversicht* aus. Die ausgewählten Items unterzog er Item- und Faktorenanalysen, wobei sich der Faktor *Zuversicht* in die Faktoren *allgemeine Behandlungszuversicht* und *Zuversicht bezüglich körperlicher Besserung* aufspaltete. Die fünf Faktoren klären 58 % Varianz auf, die internen Konsistenzen liegen mit Ausnahme der Skala *Hilflosigkeit* ($\alpha = .67$) über $\alpha = .80$. Mit Erwähnung der Arbeiten Krampens weist Veith (1997) darauf hin, dass die THERMIS keinen eigenständigen Fragebogen darstellt, sondern die berichteten Kennwerte auf einer Beantwortung der Items im Kontext ihrer jeweiligen Ausgangsfragebögen beruhen.

Die *Stages of Change Scale* (SCS, McConaughy et al., 1989; McConaughy et al., 1983) basiert auf dem Transtheoretischen Modell der Veränderung (TTM, Prochaska & Velicer, 1997), das in Abschnitt 3.1.2 ausführlicher dargestellt worden ist. Die 32 Items mit fünfstufigem Antwortformat sind in Patientenstichproben aus ambulanten Psychotherapiesettings faktorenanalytisch trennbar und lassen sich den vom TTM postulierten Faktoren *Absichtslosigkeit* (*Precontemplation*), *Absichtsbildung* (*Contemplation*), *Handlung* (*Action*) und *Aufrechterhaltung* (*maintenance*) zuordnen. Die internen Konsistenzen (Cronbach's alpha) liegen zwischen .79 (*Precontemplation*) und .84 (*Action*). Zur Auswertung schlagen die Autoren Patientenprofile vor, die anhand der vier Skalenmittelwerte erstellt werden. Mittels Clusteranalyse bilden sie Patientengruppen homogener Profile (8 bzw. 9 in den genannten Publikationen), die sie inhaltlich plausibel interpretieren. Der Einfachheit halber werden in den meisten Arbeiten jedoch die Skalenmittelwerte ausgewertet oder Probanden aufgrund ihres höchsten Skalenwertes einem Veränderungsstadium zugeordnet (vgl. Derisley & Reynolds, 2000). Da der Fragebogen *Stadien* der Veränderung misst, eignet er sich gut für Verlaufsbeschreibungen. Er hat sich zwar bei eng umschriebenen Verhaltensproblemen (z.B. Rauchen, Ernährungsverhalten) bewährt, seine Anwendung in weiter definierten Problembereichen, innerhalb derer sich darüber hinaus Prioritäten verschieben können, erscheint allerdings schwierig. Die Fokussierung auf veränderbare Verhaltensprobleme bildet unter Umständen nicht das Anliegen ab, mit dem ein Patient eine Psychotherapie aufsucht. Entsprechend bezieht er sich bei der schriftlichen Beantwortung der einzelnen Items möglicherweise auf Probleme, die später

nicht therapierelevant sind, oder sogar von Item zu Item auf jeweils unterschiedliche Probleme.

Ebenfalls faktorenanalytisch wurde die *Client Motivation for Therapy Scale CMOTS* (Pelletier et al., 1997) gebildet. Dieser Fragebogen basiert auf der Theorie der Intrinsischen Motivation und Selbstbestimmung (Deci & Ryan, 1985), die ausführlicher in Abschnitt 3.1.2 dargestellt wurde. Entsprechend dieser Theorie bildet der Fragebogen die in Tabelle 8 aufgeführten sechs Skalen ab. Deren Cronbach's alpha liegt zwischen .92 (Intrinsic Motivation) und .70 (External Regulation). Theoriekonform korrelieren benachbarte Skalen in etwa mittlerer Höhe miteinander (zwischen $r = .30$ bis $.50$), weiter entfernte Skalen in geringer Höhe negativ. Hinweise zur Konstruktvalidität liegen insoweit vor, als die Autoren erwartungsgemäße Zusammenhänge zu psychologischen Konstrukten wie Kontrollüberzeugung, Depressivität, und Therapiewunsch berichten. Verlaufsuntersuchungen während psychotherapeutischer Interventionen stehen noch aus.

3.3 Spezielle Aspekte der Psychotherapiemotivation im Zusammenhang mit stationären Rehabilitationsmaßnahmen

Im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation sind einige Besonderheiten hinsichtlich der Psychotherapiemotivation zu beachten. Hierzu gehören vor allem eine evtl. externe Veranlassung der Rehabilitationsmaßnahme sowie das in der Regel vorherrschende Gruppensetting.

Während in ambulanten Psychotherapiepraxen Patienten oft eigeninitiativ vorstellig werden und damit ein beträchtlicher Anteil veränderungsmotivierter Patienten zu erwarten sein dürfte, sind in der stationären psychosomatischen Rehabilitation Eigen- und Fremdmotivation oft stärker vermischt. Vor allem in Verbindung mit sozialmedizinischen Problemlagen und Rentenbegehren kann vom Rentenversicherungsträger eine Rehabilitationsmaßnahme veranlasst werden, zu der der Rehabilitand nicht unbedingt selbst motiviert ist. In diesen Fällen ist das Therapieverhalten des Patienten extern reguliert und kann beispielsweise durch eine befürchtete Ablehnung seines Rentenanspruchs bei Nicht-Mitarbeit gesteuert werden. Aus Behandler-sicht ist deshalb die Motivierung des Patienten, d.h. die Entwicklung einer psychologischen Sichtweise seiner Beschwerden und das Sich-Einlassen auf eine psychotherapeutische Behandlung, oft das erste Therapieziel in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In den Indikationsbereichen Orthopädie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Psychosomatik zusammengefasst liegt der Anteil von Rentenanspruchsstellern bei 13.6 % aller Rehabilitanden (Kulick, Florian & Enge, 2001), was einen substantiellen Anteil fremdmotivierter Patienten

ten bedeuten könnte. Speziell für diese Gruppe werden deshalb Leitlinien zur Behandlung diskutiert (Bückers et al., 2001), in denen besonders dem Spannungsfeld zwischen Rentenwunsch des Patienten, Behandlungsauftrag der Klinik und Begutachtungspflicht des Therapeuten Rechnung getragen wird.

Ein weiterer Faktor, der die Behandlungsmotivation einzelner Patienten beeinflussen kann, ist das in den meisten psychosomatischen Fachkliniken vorherrschende Gruppensetting. Sich vor Mitpatienten mit persönlichen Beschwerden offenbaren zu müssen, kann für Patienten abschreckend sein, insbesondere wenn sie ohnehin kein psychologisches Verständnis ihrer Beschwerden haben. Scham kann hier genauso wie die Befürchtung, in der Gegenwart psychisch Kranker selbst kränker zu werden, die Motivation zur Therapiemitarbeit reduzieren. Umgekehrt kann die Therapiegruppe auch motivationssteigernd wirken, indem Mitpatienten als soziale Unterstützung, als konfrontierende Partner oder als positive Modelle erlebt werden (vgl. Yalom, 1996). Vorzeitig entlassene Patienten berichten retrospektiv allerdings häufig negative Erfahrungen mit Mitpatienten (Barghaan, 2001; Chiesa et al., 2000), so dass der möglicherweise therapiestörende Einfluss von Mitpatienten – bei aller Vorsicht vor Kausalinterpretationen aus den zitierten retrospektiven Studien – nicht außer Acht gelassen werden sollte.

In der bundesdeutschen Forschungslandschaft wurden bzw. werden mehrere Instrumente entwickelt, die der Erhebung von Rehabilitationsmotivation (im Unterschied zur speziellen Psychotherapiemotivation) dienen sollen. So liegt für den Bereich der orthopädischen Rehabilitation ein Fragebogen von Deck, Zimmermann, Kohlmann und Raspe (1998) mit den faktorenanalytisch gebildeten Dimensionen *Wohlbefinden/Erholung*, *Gesundheit*, *Krankheitsbewältigung* und *Rente/Beruf* vor. Deck hatte den Fragebogen ursprünglich vor dem Hintergrund eines Erwartungs-mal-Wert-Modells konzipiert und Behandlungserwartungen sowie deren subjektive Relevanz erfragt. Wegen der hohen Korrelation beider Variablengruppen eliminierte sie die Items zur Relevanz und plädiert dafür, das Ausmaß der vier Behandlungserwartungen als Indikator für die Rehabilitationsmotivation zu werten (Deck, 2001).

Faller, Vogel und Bosch (2000) entwickelten einen Fragebogen zur Erfassung von Rehabilitationserwartungen hinsichtlich der Behandlungsmethode (Prozesserwartungen) und der Behandlungsziele (Ergebniserwartungen) bei Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. Sie ermittelten faktorenanalytisch zehn Dimensionen der Prozesserwartung (ärztliche Betreuung, körperliches Training, berufliche Beratung, balneophysikalische Behandlung, Gesundheitsbildung, Stressbewältigungstraining, Gruppengespräche, Entlastung vom Alltag, alternative Medizin und angenehme Umgebung) und neun Dimensionen der Ergebniserwartung (berufli-

che Leistungsfähigkeit, körperliche Fitness, Beschwerdereduktion, Verhaltensänderung, Gewichtsreduktion, positives Körpergefühl, Vitalität, Lebensgenuss trotz Krankheit und soziale Kontakte).

Als ebenfalls rehabilitationsspezifisches Instrument wird derzeit der *Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO* (Hafen et al., 2001) entwickelt. Die Entwicklung erfolgt weitgehend induktiv, indem ein großer Pool von selbst formulierten Items und solchen bestehender Instrumente (v.a. FMP, Schneider et al., 1989, und FPTM-40, H. Schulz et al., 1995) an kardiologischen, orthopädischen und psychosomatischen Stichproben faktoren- und itemanalytisch untersucht wird. Erste faktorenanalytische Ergebnisse lieferten sechs Faktoren: (1) Hilfsbedürftigkeit und psychischer Leidensdruck, (2) Einschränkungen im Alltag aufgrund körperlicher Beschwerden, (3) Reaktionen des sozialen Umfelds auf die Erkrankung, (4) Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens, (5) Hoffnungslosigkeit und Skepsis und (6) Eigeninitiative und Wissen. Sie klären zusammen 50 % Varianz auf. Erwartungsgemäß korreliert der Faktor 1 substantiell ($r > .30$) mit den Faktoren 2 und 5. Reliabilität und Validität werden in weiteren Studien überprüft (vgl. Hafen et al., 2001)

Einen deduktiven Ansatz haben Kühn, Pannicke, Mohs und Schneider (2001) gewählt, die einen Fragebogen zur Erfassung rehabilitationsbezogener Motivation auf der theoretischen Grundlage des *Sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns* (Schwarzer, 1992a) entwickeln. Diesem Modell, das im nachfolgenden Kapitel ausführlicher beschrieben wird, liegen als zentrale Modellkomponenten die Konstrukte (1) Verhaltensintention, (2) Selbstwirksamkeitserwartung und (3) Ergebniserwartung zugrunde. Kühn et al. (2001) operationalisierten diese Faktoren sowie die periphereren Modellkomponenten (4) soziale Erwartungen, (5) Vorwissen, (6) wahrgenommener Schweregrad, (7) Risikoeinschätzung und (8) absolute und relative Vulnerabilität. Für die drei erstgenannten Faktoren berichten die Autoren erste Daten aus einer Stichprobe orthopädischer Rehabilitanden, nach denen diese Variablen reliabel erfasst werden können. Befunde zu den übrigen Skalen sowie zu Validitätshinweisen stehen noch aus.

3.4 Motivationale Konzepte von Gesundheitsverhalten

Wie das Beispiel des Transtheoretischen Modells mit seiner Anwendung auf Psychotherapie (McConaughy et al., 1989) trotz aller in Abschnitt 3.2.2 erwähnter Vorbehalte gezeigt hat, können gesundheitspsychologische Modelle, auch wenn sie ursprünglich für enger umgrenzte Verhaltensbereiche entwickelt wurden, unter Umständen auf den Bereich der Psychotherapiemotivation übertragen werden. Da die vorliegende Arbeit eine ähnliche Integration von

Konzepten der Psychotherapiemotivation und des Gesundheitsverhaltens anstrebt, wird zunächst ein kurzer Überblick über motivationale Modelle des Gesundheitsverhaltens gegeben.

Forschungsarbeiten in diesem Gegenstandsbereich basieren auf der Annahme, dass gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (z.B. ausgewogene Ernährung) wie auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z.B. Rauchen) von einer Person zu großen Teilen selbst gesteuert werden. Entsprechend verfolgt die Forschung in diesem Feld zwei hauptsächliche Ziele: ein eher grundlagenwissenschaftliches Ziel, zu verstehen, warum Menschen bestimmte Verhaltensweisen ausüben, und ein eher anwendungsbezogenes Ziel, Interventionen zur Veränderung gesundheitsbezogenen Verhaltens zu entwickeln. Das fokussierte Verhalten reicht dabei von gesundheitsfördernden (z.B. gesunde Ernährung, Zähneputzen, Teilnahme an Sportgruppen) über gesundheitsschützende Verhaltensweisen (z.B. Inanspruchnahme von Impfungen, Benutzung von Kondomen oder von Fahrradhelmen) und Vermeidung von gesundheitsschädigendem (z.B. Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum) bis hin zu *Krankheitsrollen-Verhalten* (z.B. Medikamenten-Compliance bei chronischen Erkrankungen).

Die nachfolgend beschriebenen Konzepte werden auch als *sozial-kognitiv* bezeichnet, weil sie sich am sozial-kognitiven Ansatz der Sozialpsychologie orientieren. Dessen Grundfrage (Wie interpretieren Individuen soziale Situationen?) kann prinzipiell in zwei Richtungen verfolgt werden (Conner & Norman, 1996): Wie interpretieren Individuen andere Personen und deren Verhalten (soziale Wahrnehmung), und wie interpretieren sie die eigene Person und das eigene Verhalten (Selbstregulation)? In den sozialkognitiven Theorien zum Gesundheitsverhalten liegt der Fokus auf der Selbstregulation. Diese wird in der Regel verstanden als jene „mental- und behavioralen Prozesse, mit denen Personen ihr Selbstverständnis formen, ihr Verhalten steuern oder ihre Umgebung verändern, so dass sie Ergebnisse erreichen, die mit ihren Selbstwahrnehmungen und persönlichen Zielen in Einklang stehen“ (Fiske & Taylor, 1991, S.181, Übersetzung K.L.). Viele der in den sozial-kognitiven gesundheitspsychologischen Modellen beschriebenen Kognitionen wie Intentionen, Einstellungen, Ergebnis- oder Kompetenzerwartungen stellen Faktoren der Selbstregulation dar. Dass Motivationen sozialen Entstehungsprozessen unterliegen, hat Heckhausen bereits in der Rahmentheorie der Motivation formuliert, nach der „Motivationen (...) auf hochorganisierten kognitiven Systemen von Person-Umwelt-Bezügen beruhen“ (Heckhausen, 1963, S. 606).

Nachfolgend werden die bedeutendsten motivationalen Modelle des Gesundheitsverhaltens beschrieben, anschließend werden empirische Befunde zusammenfassend dargestellt.

3.4.1 Das Health Belief Modell

Zur Erklärung von Gesundheitsverhalten benennt das *Health Belief Modell* (HBM, Rosenstock, 1966; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), das auch als *Modell gesundheitlicher Überzeugungen* übersetzt wird, zwei zentrale sozialkognitive Variablen: die *Wahrnehmung einer Krankheitsbedrohung* und die *Bewertung von Gegenmaßnahmen*. Die wahrgenommene Krankheitsbedrohung ergibt sich laut Modell aus der Überzeugung, für ein bestimmtes Gesundheitsproblem anfällig zu sein (*Vulnerabilität*) und dem eingeschätzten *Schweregrad* der betreffenden Erkrankung. Die Bewertung von Verhaltensweisen zur Abwehr der Gesundheitsbedrohung (auch als *Ergebniserwartung* bezeichnet) erfolgt im Sinne von Kosten-Nutzen-Abwägungen. Menschen üben nach dem HBM ein bestimmtes Gesundheitsverhalten aus, wenn sie sich als für eine bestimmte Erkrankung gefährdet einschätzen, diese als schwerwiegend erachten und von der betreffenden Verhaltensweise erwarten, dass diese die Bedrohung abwehren kann, und zwar zu akzeptablen Kosten. Das HBM ist in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

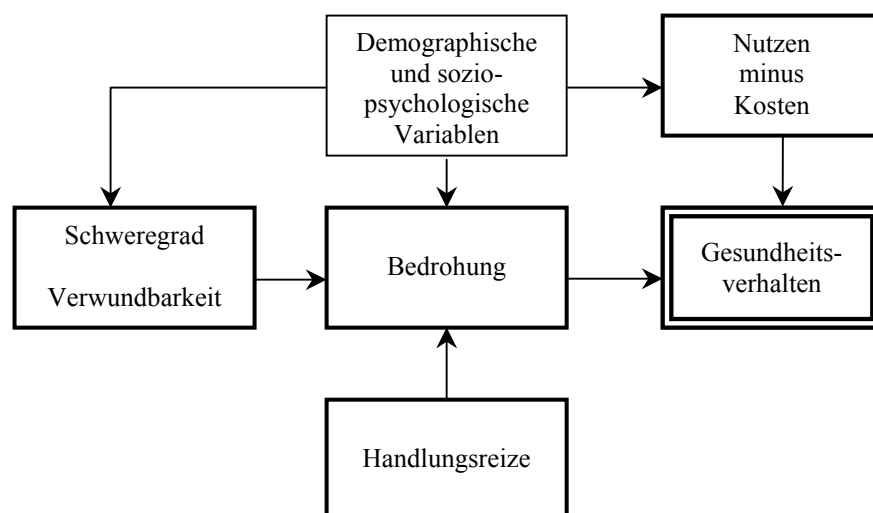


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Health-Belief-Modells (aus Schwarzer, 1992a, S. 43)

Die Zusammenhänge zwischen den genannten Variablen werden durch demographische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale und soziale Variablen moderiert. Zusätzlich werden oft die beiden Faktoren *Handlungsanreize* (cues to action) und *Gesundheitsmotivation* in Modelldarstellungen einbezogen. Mit Handlungsanreizen sind internale (z.B. Schmerzen) oder externale Stimuli (z.B. Medienkampagne, Ratschläge von anderen) gemeint, welche die wahrgenommene Bedrohung, die Handlungsbewertung oder das Verhalten selbst beeinflussen (Janz & Becker, 1984).

Empirische Studien zum HBM überprüfen die Prädiktoren des Gesundheitsverhaltens in der Regel gleichberechtigt nebeneinander (vgl. die Übersicht von Sheeran & Abraham, 1996). Hier setzt auch ein Kritikpunkt des Modells an: Es wird nicht spezifiziert, in welcher Weise die Faktoren miteinander interagieren oder ob es eine kausale Rangfolge innerhalb der Faktoren gibt. Beispielsweise wurde verschiedentlich vorgeschlagen, Krankheitsbedrohung als weiter entfernten Prädiktor, der über die Beeinflussung von Ergebniserwartungen wirksam ist, zu konzeptualisieren (Conner & Norman, 1996). Weitere Kritikpunkte entstehen aus dem Vergleich mit später entwickelten und nachfolgend dargestellten Modellen, gegenüber denen das HBM wichtige Konstrukte (Intention, Selbstwirksamkeitserwartung, Volition) unberücksichtigt lässt.

3.4.2 Die Theorie der Handlungsveranlassung, Theorie des geplanten Verhaltens und das Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung

Die *Theorie der Handlungsveranlassung* (Theory of reasoned action, TRA, Fishbein & Ajzen, 1975), die in Abbildung 2 schematisch dargestellt ist, geht davon aus, dass Verhalten direkt aus einer zuvor gebildeten *Verhaltensintention* folgt. Intentionen werden wiederum von *Einstellungen* und *subjektiven Normen* einer Person gebildet.

Eine Einstellung kann man in diesem Zusammenhang definieren als „diffuse affektiv-evaluative Modellkomponente [...], die weder über explizite Prozesse der Informationsverarbeitung noch über Handlungstendenzen verfügt“ (Schwarzer, 1992a, S.3). Eine Operationalisierung ist in Begriffen wie „gut-schlecht“, „positiv-negativ“ oder „angenehm-unangenehm“ denkbar (im Kontext von Nikotinkonsum beispielsweise: „Dass ich rauche, finde ich...“). Einstellungen leiten sich im Sinne einer Erwartungs-mal-Wert-Verknüpfung aus *erwarteten Konsequenzen* eines Verhaltens (z.B. wie hoch schätzt eine Person die Wahrscheinlichkeit ein, dass sie durch Rauchen Lungenkrebs bekommen wird) multipliziert mit der *Bewertung dieser Konsequenz* (wie schlimm fände die Person eine Lungenkrebserkrankung). Die *subjektive Norm* enthält die Vorstellung von Erwartungen all jener Personen, die zu der eigenen normativen Bezugsgruppe gehören (Partner, Eltern, Freunde, Bekannte) und repräsentiert damit den *generalisierten signifikanten Anderen*. Sie ergibt sich wie die Einstellung aus einem Produkt aus der wahrgenommenen Erwartung des anderen (z.B. „Mein Partner findet, ich sollte aufhören zu rauchen“) einerseits und dem Wunsch, einer solchen Erwartung nachzukommen andererseits.

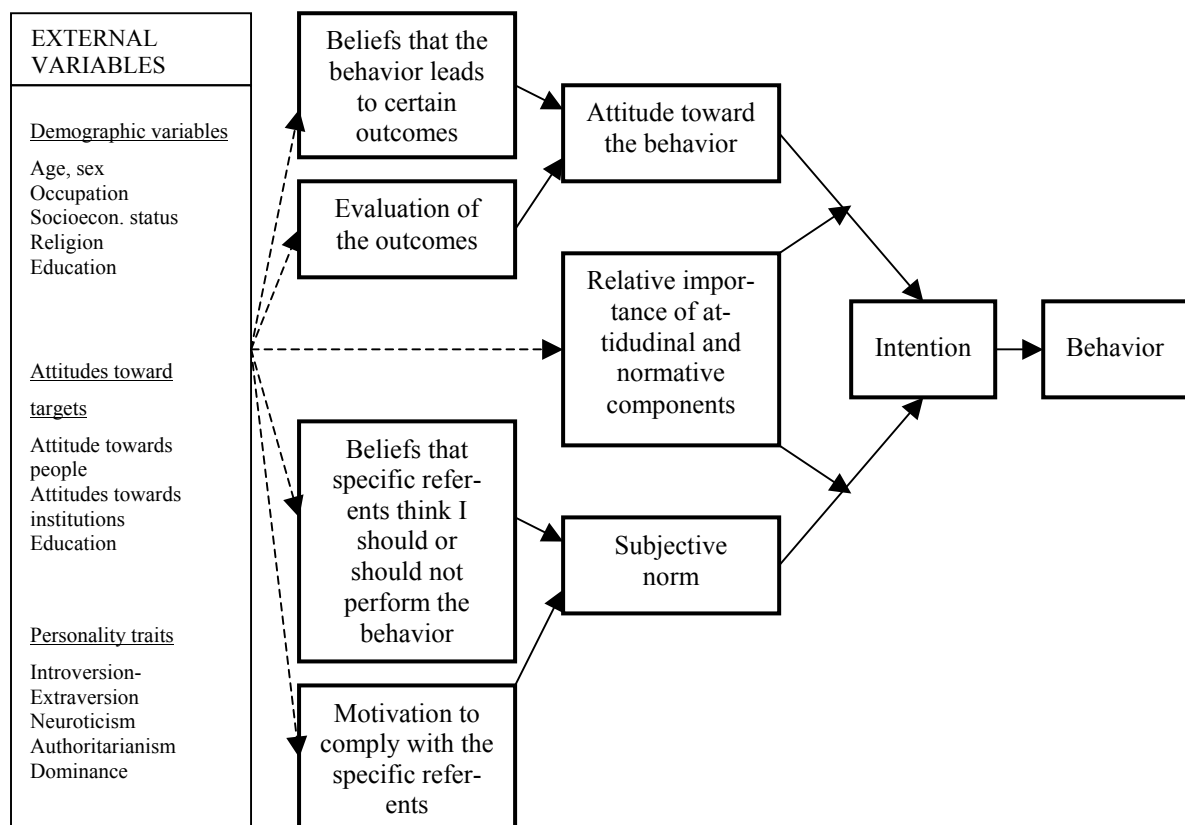


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Theorie des geplanten Verhaltens (aus Ajzen & Fishbein, 1980, S. 84)

Verglichen mit dem HBM macht die TRA genaue Aussagen über die kausale Rangfolge der einzelnen Faktoren. Allerdings ließen sich diese Aussagen wiederholt empirisch widerlegen: Ein Vertauschen von Modellbestandteilen (von Einstellung und Überzeugungsstärke bzw. subjektiver Norm und normativer Überzeugung) führte in zwei Studien zum Zigarettenkonsum bei Jugendlichen sogar zu verbesserten Vorhersagen der Verhaltensintention (De Vries, Dijkstra & Kuhlmann, 1988; De Vries & Kok, 1986).

Die Autoren der TRA modifizierten die Theorie später zur *Theorie des geplanten Verhaltens* (Theory of Planned Behavior TPB, Ajzen & Madden, 1986). Neu an dieser Theorie war, dass der Grad, in dem das beabsichtigte Verhalten unter willentlicher Kontrolle steht, einbezogen wurde. Die entsprechende Modellkomponente wurde *Verhaltenskontrolle* (behavioral control) genannt (vgl. Abbildung 3). Dieses Konstrukt war von den Autoren zunächst diffus konzeptualisiert worden und wurde später als Äquivalent zu *wahrgenommener Selbstwirksamkeit* betrachtet (vgl. Abraham, Sheeran & Orbell, 1998; Schwarzer, 1992a). Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung (synonym: Kompetenzerwartung) stammt aus der *Sozial-kognitiven Lerntheorie* Banduras (1977) und beschreibt die Einschätzung einer Person, mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln eine bestimmte Handlung ausführen zu können.

Operationalisierbar ist sie durch Items wie beispielsweise „wenn meine Freunde rauchen, finde ich es sehr leicht, nicht zu rauchen“.

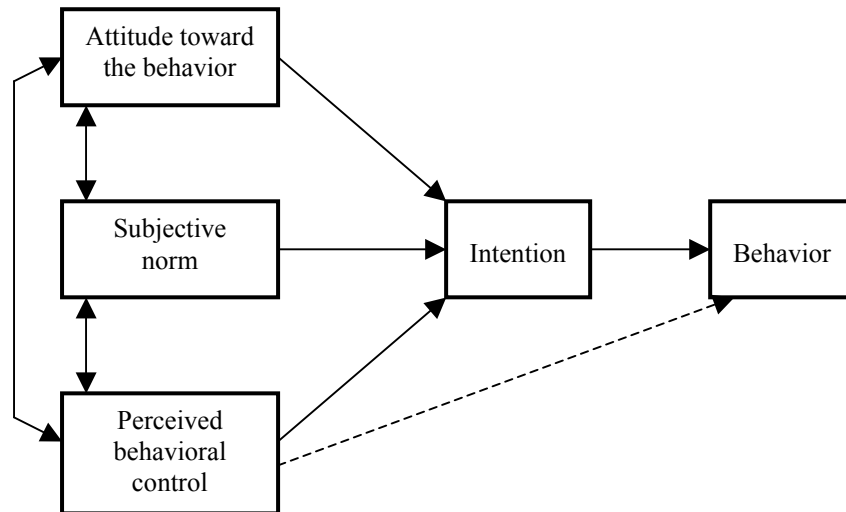


Abbildung 3: Schematische Darstellung der Theorie des geplanten Verhaltens (aus Ajzen & Madden 1986, S. 458)

Wie sich in einer Vielzahl empirischer Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten gezeigt hat, kann der Selbstwirksamkeitserwartung zum einen der stärkste Einfluss auf die Bildung entsprechender Intentionen zugeschrieben werden, zum anderen sogar auch ein eigenständiger Erklärungsbeitrag auf die Ausführung und Aufrechterhaltung des Verhaltens selbst. Letzteres gilt insbesondere dann, wenn das Zielverhalten nicht unter alleiniger Kontrolle der einzelnen Person steht (Ajzen, 1991). Dies ist im Kontext von Gesundheitsverhalten beispielsweise bei Kondombenutzung zur HIV-Prävention der Fall: Zum Zielverhalten (Kondomgebrauch) müssen hier zwei Personen beitragen, so dass die Intention von Person A nur einen Teil des Verhaltens vorhersagen kann und ihre Einschätzung, den Partner von den Vorteilen des Kondoms überzeugen zu können (entspricht der Selbstwirksamkeitserwartung) einen weiteren Vorhersagebeitrag für das Verhalten liefert. Im Allgemeinen kann von Personen mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen angenommen werden, dass sie sich höhere Ziele setzen, größere Anstrengungen zu deren Erreichung investieren, Ziele über längere Zeit verfolgen und Fehler eher als Lernerfahrungen betrachten (Bandura, 1977).

3.4.3 Die Theorie der Schutzmotivation

Die *Theorie der Schutzmotivation* (Protection Motivation Theory, PMT, Rogers, 1975, 1985) war ursprünglich zur Erklärung von Reaktionen auf Angstappelle entwickelt worden. Sie beschreibt Gesundheitsverhalten als Resultat zweier Bewertungsprozesse, und zwar einer

Bewertung der Bedrohung und einer Bewertung von Bewältigungsmöglichkeiten (vgl. Abbildung 4). Die Bedrohungsbewertung ergibt sich wie im HBM aus wahrgenommener Vulnerabilität und Schwere einer Erkrankung. Die Bewertung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten resultiert erstens aus der Erwartung, dass ein bestimmtes Verhalten die Bedrohung abwehren kann (Ergebniserwartung) und zweitens aus dem Maß an Überzeugung, das fragliche Verhalten auch ausführen zu können (Selbstwirksamkeitserwartung). Gemeinsam münden die beiden Bewertungsprozesse in eine Verhaltensintention. Auch in diesem Modell sind die Prädiktoren der Intention gleichberechtigt nebeneinanderstehend konzeptualisiert. Nach Taylor (1990) verhalten sich Personen im Sinne der PMT dann gesundheitsbewusst, wenn (a) eine Gesundheitsbedrohung schwerwiegend erscheint (Schweregrad), (b) die subjektive Verletzbarkeit oder die Auftretenswahrscheinlichkeit für eine Krankheit hoch ist (Vulnerabilität), (c) wenn eine Handlung als eine wirksame Maßnahme zur Abwehr der Gefahr eingeschätzt wird (Ergebniserwartung) und (d) wenn die Person glaubt, die entsprechende Handlung ausführen zu können (Kompetenzerwartung).

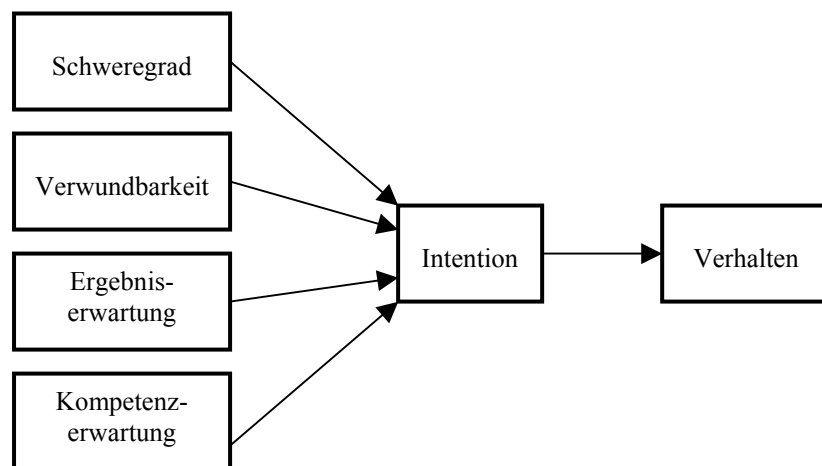


Abbildung 4: Schematische Darstellung der Theorie der Schutzmotivation (vereinfacht, aus Schwarzer 1992, S. 52)

3.4.4 Die Volitionstheorie

Die *Volitionstheorie* (Heckhausen, 1987, 1989) befasst sich mit der Umsetzung einer gefassten Intention in tatsächliches Handeln sowie mit der Aufrechterhaltung einer Handlung über einen längeren Zeitraum hinweg. Nach der Intentionsbildung (motivationale Phase) tritt demnach die volitionale Phase ein, in der (1) konkrete Handlungspläne (Vorsätze) gebildet werden (präaktionale Volitionsphase) und (2) der Ablauf einer initiierten Handlung (aktionale Phase) kontrolliert wird, d.h. die Handlung aufrechterhalten und gegen konkurrierende Handlungstendenzen abgeschirmt wird (vgl. Abbildung 5). Das Konzept der Handlungskontrolle der aktionalen Phase geht dabei auf Kuhl (1983) zurück. Die Phasenabfolge endet nach Erreichen

eines Handlungsergebnisses mit einer letzten motivationalen Phase (postaktionale Motivationsphase), in der Bewertungsprozesse bzgl. der zurückliegenden Handlung und der Ergebnis-Ursachen-Zuschreibung vollzogen werden. Die Volitionstheorie wird auch als Rubikon-Modell bezeichnet, weil mit dem Eintritt in die volitionale Phase gleichermaßen der Rubikon zwischen Intentionsbildung und konkreter Handlungsvorbereitung bzw. –ausführung überschritten ist, d.h. die Person nicht mehr überlegt, *ob* sie ein bestimmtes Verhalten ausführen will, sondern nur noch, *wie* sie es ausführt.

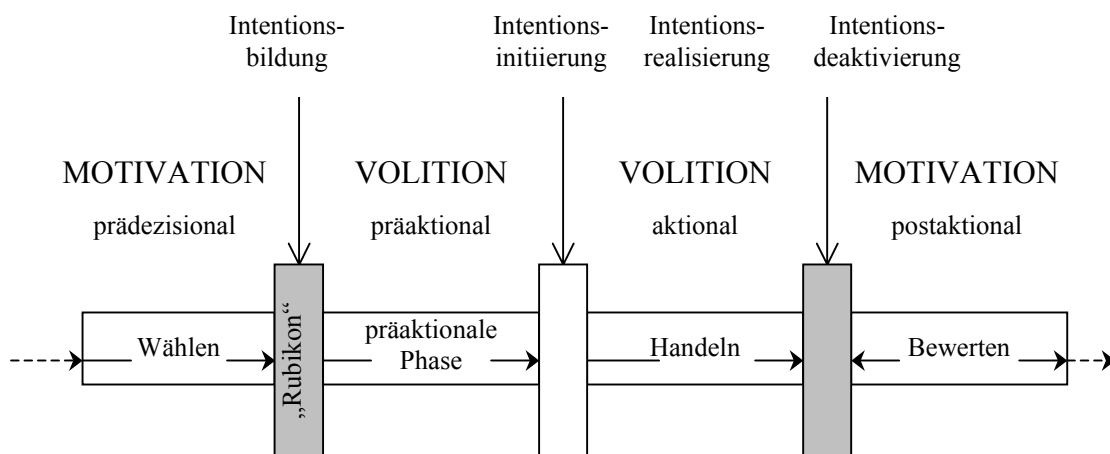


Abbildung 5: Schematische Darstellung des Rubikon-Modells (nach Heckhausen 1989, S. 212)

Nach Veith (1997) steht die Volitionstheorie am vorläufigen Ende einer zunehmenden Differenzierung von Mediatoren zwischen Einstellung und Verhalten: Da Einstellungen ursprünglich wenig zur Verhaltensvorhersage beitrugen, fügten Fishbein und Ajzen (1975) die Intention zwischen Einstellungen und Verhalten ein. Um die Vorhersagekraft von Intentionen zu erhöhen, forderten sie, diese konkret zu spezifizieren. Diese konkrete Spezifikation greift Heckhausen mit der Volitionstheorie auf, um sie als Vorsatz zu konzeptualisieren und diesen wiederum zwischen Intention und Handlung anzusiedeln.

3.4.5 Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach HAPA, Schwarzer, 1992a, 1992b), das in Abbildung 6 schematisch dargestellt ist, werden die in die Theorie der Schutzmotivation (PMT) enthaltenen Konstrukte mit der Volitionstheorie verknüpft. Entsprechend unterscheidet Schwarzer eine motivationale von einer volitionalen Phase.

Die motivationale Phase beschreibt den Prozess der Intentionsbildung. Wichtigste Faktoren sind hierbei die wahrgenommene Bedrohung, die aus dem subjektiv wahrgenommenen

Schweregrad einer antizipierten Erkrankung und der eingeschätzten Vulnerabilität für diese Erkrankung resultiert. Die Bedrohung hat nach Schwarzers Modell einen direkten Einfluss auf die Intentionsbildung sowie auf die Ergebniserwartung, d.h. auf die Erfolgseinschätzung einer bestimmten Gegenmaßnahme. Ergebnis- und Kompetenzerwartung stellen, wie bereits in den beschriebenen Vorläufern, zentrale Einflussgrößen dar. Soziale Normen formuliert Schwarzer nicht in Form einer eigenständigen Modellkomponente. Ohne sie graphisch explizit darzustellen, konzeptualisiert er sie jedoch als Einflussgröße auf Ergebnis- und Kompetenzerwartungen.

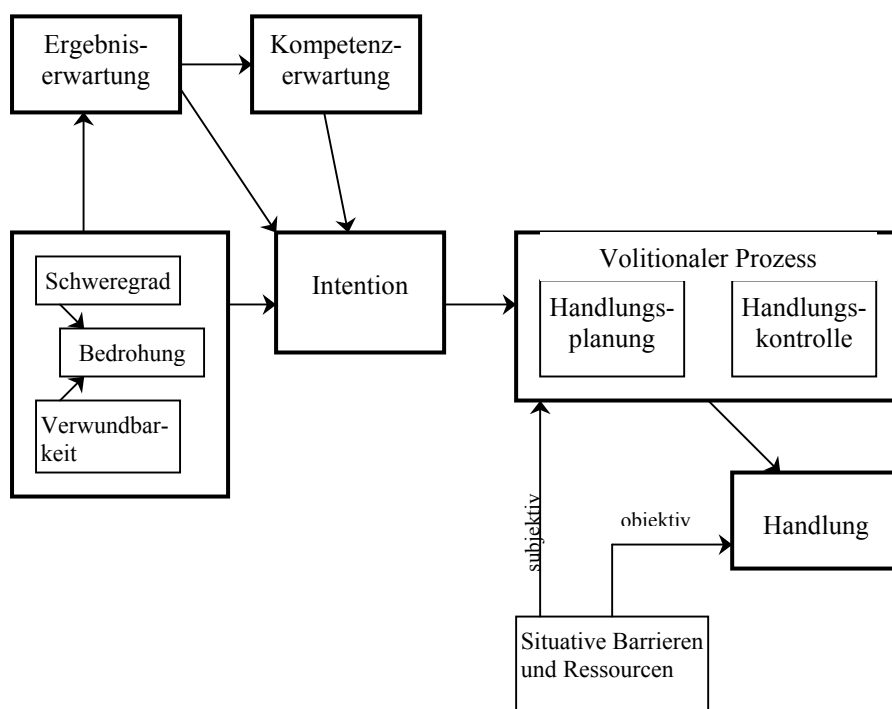


Abbildung 6: Schematische Darstellung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (aus Schwarzer, 1992a, S. 75)

Nach abgeschlossener Intentionsbildung tritt eine Person in die volitionale Phase ein. Wie oben beschrieben, wird in der präaktionalen Phase die Handlung im Detail geplant. Der Handlungsplan wird dabei von der gebildeten Intention beeinflusst, zusätzlich aber auch von der Kompetenzerwartung, von der abhängt, ob sich die Person überhaupt in der Lage sieht, bestimmte Teilhandlungen auszuführen. Diese Bedeutung der Kompetenzerwartung wurde in neueren Konzeptionen weiter ausdifferenziert, indem phasenspezifisch zielsetzungsbezogene, handlungsbezogene (beide prä-intentional) und bewältigungsbezogene (post-intentional) Selbstwirksamkeitserwartungen unterschieden werden (vgl. Schwarzer, 1999; Schwarzer & Renner, 2000). Nach Initiierung der eigentlichen Handlung (aktionale Phase) findet eine ständige Handlungsausführungskontrolle statt, die dazu dient, sowohl die Handlung, als auch

Intention und Vorsatz gegenüber möglichen Distraktoren abzuschirmen. Die Handlung selbst ist der Einfachheit halber als abgeschlossene Einheit dargestellt. Schwarzer betont jedoch, dass in der Regel „eine Reihe fortlaufender, vielleicht auch ineinander verschachtelter Handlungen, deren Verlauf und Zwischenergebnisse kontinuierlich überwacht und bewertet werden“ (Schwarzer, 1992a, S. 74) zu finden sei. Unter situativen Barrieren und Ressourcen sind sowohl *materielle* Ressourcen bzw. Kosten für eine Handlung (Geld, Zeitaufwand) als auch *soziale* Barrieren bzw. Unterstützungen zu verstehen. Sie wirken sich als subjektiv wahrgenommene Faktoren auf die Handlungsplanung aus, beeinflussen als objektiv bestehende Barrieren bzw. Ressourcen aber auch direkt die Handlung selbst. In der *postaktionalen Phase* (in Abbildung 6 nicht dargestellt) findet schließlich eine *Handlungsbewertung* statt, in der Erfolge und Misserfolge registriert und interpretiert werden. Misslungene Realisierungsversuche können zukünftigen Volitionsstärken und Kompetenzerwartungen abträglich sein, während Erfolge vorteilhaft sind. Dies hängt natürlich auch von der Kausalattribution des Ergebnisses ab. Die postaktionale Phase liegt jenseits der Volition und ist Teil einer neuen Motivationsphase.

3.4.6 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das *Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung* (TTM, Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & Velicer, 1997) wurde bereits in Abschnitt 3.1.2 ausführlich beschrieben. Es fokussiert stärker als die oben beschriebenen Modelle auf den *Prozess* einer Verhaltensänderung und teilt diesen in fünf (bzw. sechs) Stufen ein. Die Stufe der *Absichtslosigkeit* (*pre-contemplation*) ist dadurch gekennzeichnet, dass keine Intention zur Änderung eines bestimmten Problemverhaltens in absehbarer Zukunft (i. d. R. sechs Monate) besteht. Auf der Stufe der *Absichtsbildung* (*contemplation*) findet eine bewusste Reflexion über das Problemverhalten statt, ohne dass diese bereits in konkrete Veränderungsschritte auf Verhaltensebene führt. Eine Person auf der Stufe der *Vorbereitung* (*determination* oder *preparation*) hat einen klaren Entschluss zu einer Verhaltensänderung gefasst. Typischerweise verfügt sie auf dieser Stufe über konkrete Handlungspläne zur Erreichung des Zielverhaltens. Die *Handlungsstufe* (*action*) zeichnet sich durch aktive Verhaltensänderungen aus, bei denen das beobachtbare motorische Verhalten im Vergleich zu kognitiven und affektiven Prozessen im Vordergrund steht. Auf der Stufe der *Aufrechterhaltung* (*maintenance*) befindet sich eine Person, wenn sie das Zielverhalten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten beibehalten hat. Vor allem für den Bereich des Suchtverhaltens lässt sich eine sechste Stufe unterscheiden, die *Stabilisierung* (*termination*). Auf dieser Stufe besteht für eine Person hundertprozentige Zuversicht, das Zielverhalten beizubehalten, und keinerlei Versuchung zu einem Rückfall. Die ersten drei

Stufen können ihrerseits in einzelne Cluster unterteilt werden, wobei als Differenzierungskriterien die sog. *Entscheidungsbalance* (Verhältnis von Pros und Contras bzgl. der Verhaltensänderung) und das Konstrukt *situative Verlockungen* (*situational temptations*) dienen (Norman, Velicer, Fava & Prochaska, 2000).

Wie die Volitionstheorie und das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns erlaubt auch das TTM eine genauere Betrachtung der Prozesse, die beeinflussen, ob eine gebildete Intention in konkretes Verhalten umgesetzt wird oder nicht. Im TTM ist es die Vorbereitungsstufe, die durch Handlungsplanung oder aber Schwanken und Aufschieben gekennzeichnet ist.

In jüngerer Zeit ist das TTM mit der sozial-kognitiven Lerntheorie verknüpft worden, wobei insbesondere das Konstrukt *Selbstwirksamkeitserwartung* in die Veränderungsstadien integriert worden ist (Schwarzer & Gutierrez-Dona, 2000). Empirisch zeigt sich dabei in der Regel, dass die Selbstwirksamkeitserwartung linear mit den Veränderungsstufen ansteigt (Basler, Jaekle & Keller, 1999; Keller, Nigg & Jaekle, 1999). Nach ersten empirischen Befunden bei Rauchern haben speziell auf die Selbstwirksamkeit ausgerichtete Interventionen nur bei jenen Personen einen Effekt auf das Rauchverhalten, die sich bereits in der Vorbereitungsphase befinden, d.h. sich mit konkreten Handlungsplänen befassen. Für Personen auf vorangehenden Stufen blieb die Fokussierung von Selbstwirksamkeitserwartungen ohne Effekt auf das Verhalten (Dijkstra, De Vries, Roijackers & van Breukelen, 1998). Auch in den Phasen der Handlung und Aufrechterhaltung dürften Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen, wie viel Anstrengung eine Person investiert und wie erfolgreich sie auftretende Hindernisse bewältigt (Schwarzer & Gutierrez-Dona, 2000).

3.4.7 Vergleich und Resümee der beschriebenen Modelle

3.4.7.1 Praktische Implikationen gesundheitspsychologischer Modelle

Mit Einstellungen, Ergebnis- bzw. Kompetenzerwartungen und insbesondere der Verhaltensintention definieren die jüngeren Modelle expliziter als das HBM kognitive Antezedenten des Verhaltens. Diese Weiterentwicklung hatte direkte praktische Implikationen für die Gestaltung von Interventionen im Bereich des Gesundheitsverhaltens: Dominierte in den 60er und 70er Jahren noch die Strategie der Angstappelle (z.B. Verbreitung von Bildern von Raucherbeinen, um bei Rauchern die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheitsbedrohung zu erhöhen), so zielen neuere Strategien stärker auf die Veränderung sozialer Normen sowie der Kompetenzerwartung ab. Aktuelle Beispiele sind Print- und Filmwerbungen für Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchungen oder Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-

rung (BzgA) zur Verringerung des Drogenkonsums („Keine Macht den Drogen“) und zur Praktizierung von Safer Sex durch Kondombenutzung („Mach’s mit“). Diese Interventionen auf gesellschaftlicher Ebene zielen darauf ab, die soziale Norm im Hinblick auf das erwünschte Gesundheitsverhalten günstig zu beeinflussen (in dem Sinne, dass es en vogue ist, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen, auf Drogen zu verzichten oder geschützten Geschlechtsverkehr zu praktizieren). Gleichzeitig kann durch Veränderung der sozialen Norm die entsprechende Kompetenzerwartung beeinflusst werden, da der Einzelne sich dann eher zutraut, das entsprechende Gesundheitsverhalten trotz möglicher Kritik anderer Personen zu zeigen und beizubehalten. Die Erhöhung der entsprechenden Kompetenzerwartung ist folgerichtig zu einem integralen Bestandteil von Suchtbehandlungen geworden, indem mit Betroffenen unter anderem interaktive Kompetenzen zum Ablehnen von angebotenen Suchtmitteln trainiert werden, die ihre Fähigkeit und – noch bedeutsamer – ihre selbst wahrgenommene Fähigkeit zur Bewältigung entsprechender Konfliktsituationen erhöhen sollen (Enoch & Goldman, 2002; Vannicelli, 2002).

Auf der Grundlage des TTM wurden viele Interventionen entwickelt, die sich besonders durch ihre stufenbezogene Ausrichtung auszeichnen. Weil die Interventionen je nach Stufe individuell zugeschnitten sind, hat das TTM vor allem Konzepte für dyadische oder Kleingruppeninterventionen geprägt und weniger Massenmedienkampagnen. In jüngster Zeit hat die Arbeitsgruppe um Prochaska und DiClemente aber ein Konzept für eine USA-weite Telefonintervention entwickelt, bei der in einem Telefoninterview die Veränderungsstufe für ein oder mehrere Problemverhaltensweisen erfasst wird und die anschließende Intervention im Zusen-den einer auf die erfasste Stufe zugeschnittenen Informationsbroschüre besteht (Prochaska & Velicer, 1997; Velicer et al., 2000).

Hinsichtlich der fokussierten Verhaltensbereiche beziehen sich Interventionen auf ein äußerst breites Spektrum von Gesundheitsverhalten, das beispielsweise Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Ernährung, körperliche Bewegung, Körperhaltung, Mundhygiene, Sonnenschutz, HIV-Prävention, Helm- und Gurtgebrauch im Straßenverkehr, Medikamenten-Compliance, Impfungen oder die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen beinhaltet.

3.4.7.2 Empirische Befunde zu gesundheitspsychologischen Modellen

In Abschnitt 3.4.7.1 wurden zwar die praktischen Implikationen gesundheitspsychologischer Modelle skizziert, jedoch würde ein Überblick über die Evaluation dieser Interventionen das Anliegen dieses Kapitels überschreiten. Vielmehr werden im nachfolgenden Abschnitt empirische Daten zu den postulierten Modellzusammenhängen fokussiert, um eine Vergleichsbasis für die Ergebnisse der eigenen empirischen Studie herzustellen.

Die Befunde zum **Health-Belief-Modell (HBM)** sind inkonsistent. Eine Meta-Analyse von Studien zum HBM gibt dem Modell schlechte Noten (Harrison, Mullen & Green, 1992): Von 234 identifizierten Studien hatten nur 16 (sic!) die vier Modellkomponenten Verwundbarkeit, Schweregrad, Nutzen und Barrieren operationalisiert und interne Konsistenzen der entsprechenden Skalen überprüft. Für jede dieser Studien übertrugen die Autoren die Zusammenhänge der HBM-Komponenten mit dem jeweiligen Gesundheitsverhalten in Pearson-Korrelationskoeffizienten und bildeten daraus gewichtete Mittelwerte. Diese betrugen für Verwundbarkeit $r = .15$, für Schweregrad $r = .08$, für Nutzen $r = .13$ und für Barrieren $r = -.21$. Wenngleich statistisch signifikant, sind die Varianzaufklärungen durch die vier Komponenten gering (0.1 % bis 9.0 %).

Zwei narrative Übersichtsartikel zum Thema Medikamenten-Compliance bei Schizophreniepatienten (Fenton, Blyler & Heinssen, 1997) sowie uni- und bipolaren Depressionen (N. L. Cohen, Parikh & Kennedy, 2000) konstatieren übereinstimmend geringe Erklärungsbeiträge für das HBM. Stattdessen wird die Medikamenten-Compliance stärker durch Art und Stärke der Psychopathologie, Art der Medikation und ihrer Nebenwirkungen, das Vorliegen komorbiden Substanzmissbrauchs, vorhandene soziale Unterstützung und die Qualität der therapeutischen Beziehung vorhergesagt. In einer Übersicht von 16 Studien der Jahre 1990-99 zum Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeuntersuchungen bzgl. Brustkrebs (Yarbrough & Braden, 2001) lag die multiple Korrelation zwischen Verhalten und den HBM-Komponenten immerhin zwischen .39 und .52. In einer Studie wurde zwar $R = .69$ erreicht, was aber vor allem auf die Variable *sozioökonomischer Status* und nicht auf das HBM zurückging.

Sheppard, Hartwick und Warshaw (1988) finden in ihrer Übersicht über 88 empirische Studien zur **Theorie der Handlungsveranlassung (TRA)**, bezogen auf die verschiedensten Formen von Gesundheitsverhalten, eine durchschnittliche multiple Korrelation von $R = .66$ zwischen Einstellungen und subjektiven Normen einerseits und der Verhaltensintention andererseits. Die Vorhersage des Zielverhaltens gelang im Mittel mit $R = .53$. In einer späteren Übersicht, basierend auf 94 Studien, wird die mittlere Korrelation zwischen Zielverhalten und TRA-Komponenten mit $R = .45$ angegeben (Randall & Wolff, 1994). Die **Theorie des geplanten Verhaltens (TPB)**, die das Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung einbezieht und für dieses einen eigenen Erklärungsbeitrag für das Zielverhalten annimmt, erreicht in einer Übersichtsarbeit von Godin und Kok (1996) erwartungsgemäß eine etwas höhere Varianzaufklärung. Die Autoren berichten aus 35 Untersuchungen multiple Korrelationen zwischen .43 und .64 (im Mittel $R = .58$). Ajzen (1991) berichtet in einem Review von 16 Studien (wobei unklar ist, warum er sich auf diese Anzahl beschränkt) sogar von einem mittleren R von .71

für die Korrelation zwischen Intention und den TPB-Komponenten. Für die Verhaltensvorhersage berichtet er ein mittleres R von .51. Eine neuere Meta-Analyse von 185 Studien zur TPB bis zum Publikationsjahr 1997 ermittelt eine mittlere Korrelation zwischen TPB-Komponenten und Intention von $R = .62$ und zwischen TPB-Komponenten und Intention von $R = .52$ (Armitage & Conner, 2001). Conner und Norman (1996) weisen für eine Interpretation dieser Korrelationen auf die hohe Bandbreite in Abhängigkeit vom untersuchten Zielverhalten hin. Im Unterschied zu konkreten, eng umgrenzten Verhaltensweisen gelänge insbesondere die Vorhersage des Erreichens von Zielvorgaben (z.B. Gewichtsverlust) nur in geringem Maße. Eine Metaanalyse über 98 Studien der Jahre 1983-1992 zum Zusammenhang zwischen Intention und jeglichem (nicht ausschließlich gesundheitsbezogenem) Verhalten (Randall & Wolff, 1994) ergab eine anhand der Stichprobengrößen gewichtete mittlere Korrelation von $r = .45$. Diese war mit einer großen Spannbreite behaftet (90%-Konfidenzintervall: .14 - .76) und variierte mit dem Verhaltenstyp. Höhere Korrelationen ergaben sich bei politischem Wahlverhalten, Alkoholkonsum und sexuellem Verhalten, geringere in den Verhaltensbereichen Ernährung, Freizeit und Schule / Beruf.

Zu empirischen Befunden der **Theorie der Schutzmotivation (PMT)** liegen in den Datenbanken Medline und PsychFirst bislang keine systematischen Übersichtsarbeiten vor, die über mehrere Einzeluntersuchungen ein mittleres R berichten würden. In einem eher unsystematischen Überblick werden Varianzaufklärungen zwischen 0 % und 35 % für Verhaltensintentionen durch die Komponenten der PMT genannt (Boer & Seydel, 1996). Schwarzer (1992a) weist darauf hin, dass von den PMT-Komponenten die Ergebnis- und Kompetenzerwartung in der Regel die Intention in höherem Maß vorhersagen als die Bedrohung. Des weiteren werde ein Abbau von Risikoverhalten eher durch die Bedrohung bestimmt, während für den Aufbau von (positivem) Gesundheitsverhalten Ergebnis- und Kompetenzerwartung stärker maßgebend sind.

Das **sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA)** ist ebenfalls zu jung, als dass bereits systematische Übersichtsarbeiten dazu vorlägen. In einer Studie zu diätetischem Essverhalten (Schwarzer & Renner, 2000) wurde die Intention am stärksten von Ergebniserwartungen ($r = .50$), handlungsbezogener Selbstwirksamkeit ($r = .28$) und wahrgenommener Bedrohung ($r = .15$) vorhersagt. Das Essverhalten wurde mit $R = .69$ (für Niedrig-Fett-Diät) bzw. $R = .57$ (faserreiche Diät) vorhergesagt, wozu hauptsächlich Intention und bewältigungsorientierte Selbstwirksamkeitserwartung beitrugen.

In einer vergleichenden Meta-Analyse von 57 Studien aus den Jahren 1980-1991 zu HBM, TPB und sozial-kognitiver Lerntheorie (mit den Komponenten *spezifische Kompetenzerwar-*

tung, *Ergebniserwartung*, *soziale Modelle*, *soziale Unterstützung* sowie *Skills*) ermittelten Zimmerman und Vernberg (1994) für die Vorhersage von Gesundheitsverhalten für das HBM ein mittleres R von .49, für die TPB von .58 und für die sozial-kognitive Lerntheorie ebenfalls von .58. Auf Variablenebene erwiesen sich Intention und Einstellungen aus der TPB (mittleres $r = .57$ bzw. .43), wahrgenommene Handlungsbarrieren und Verwundbarkeit aus dem HBM (mittleres $r = .52$ bzw. .37) und spezifische Selbstwirksamkeitserwartung aus der sozial-kognitiven Lerntheorie (mittleres $r = .38$) als bedeutsamste Prädiktoren für Gesundheitsverhalten. Die Autoren weisen aber auf methodische Einschränkungen ihrer Analyse hin: Wegen fehlender Angaben in den Originalstudien beruhen die Analysen zu den Einzelvariablen teilweise nur auf sieben Studien. Aufgrund ihrer Literaturdurchsicht gelangen sie zu der Vermutung, dass Untersuchungen ohne signifikante Ergebnisse möglicherweise zwar vorhanden, aber nicht publiziert worden sind. Als bester Prädiktor für ein hohes R^2 erweist sich in der Meta-Analyse die methodische Studienqualität, allerdings in negativer Richtung (standardisiertes Beta = -.44). Längsschnittstudien mit repräsentativen Stichproben, die Skalen mit internen Konsistenzen über .70 und multivariaten Datenanalysen einsetzten, berichteten demnach geringere erklärte Varianzanteile des Gesundheitsverhaltens als Studien mit *convenience samples*, Querschnittsdesign und bivariaten Analysemethoden. Somit ist denkbar, dass die erklärten Varianzanteile von 24 % (HBM) und 34 % (TPB) Überschätzungen darstellen.

Empirische Untersuchungen zum **Transtheoretischen Modell (TTM)** fokussieren weniger die Vorhersage von Verhalten, sondern vor allem die Überprüfung der vom Modell postulierten Stufeneinteilung, nach der Verhaltensänderung in einem Durchschreiten diskreter und qualitativ unterschiedlicher Stufen besteht. Modelltests bestehen meist in Querschnittsuntersuchungen, in denen der Zusammenhang zwischen Veränderungsstadium einerseits und übrigen Modellparametern wie Veränderungsprozessen, Entscheidungsbalance, Selbstwirksamkeit und Verführbarkeit untersucht wird. Über verschiedene Verhaltensweisen hinweg finden sich dabei Belege für die Annahme diskreter Veränderungsstufen (Prochaska et al., 1994), wenn auch nicht immer eindeutig ist, ob die Daten tatsächlich eine diskrete Stufenabfolge widerspiegeln oder ob die Stufen eine künstliche Unterteilung eines zugrundeliegenden Kontinuums darstellen (für eine Diskussion der Überprüfbarkeit von Stufenmodellen vgl. Sutton, 2000). Längsschnittstudien oder Studien, in denen der differentielle Effekt von Interventionen für verschiedene Veränderungsstufen untersucht wird, sind ausgesprochen selten (Weinstein et al., 1998).

Obwohl die sozial-kognitiven Modelle als weithin akzeptiert gelten, gibt es auch kritische Positionen. So weist Greve (2001) darauf hin, dass bei der Erklärung von Verhalten immerhin

mindestens 65 % der Varianz unaufgeklärt bleiben. Er kritisiert, dass die sozial-kognitiven Modelle praktisch kaum falsifizierbar seien, da aufgrund ihrer hohen Augenscheinvalidität Nullkorrelationen oft mit methodischen Mängeln erklärt würden. Wie oben angesprochen, ist anzunehmen, dass entsprechende Studien deutlich seltener publiziert werden als Studien mit gutem Vorhersageergebnis, so dass bei der Interpretation der berichteten Meta-Analysen Vorsicht geboten ist. Bei der Interpretation von R^2 ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass der erklärte Varianzanteil von der Reliabilität der eingesetzten Erhebungsinstrumente abhängt und deshalb ohnehin nicht 100 % erreichen kann. Vielmehr erreicht er maximal die Quadratwurzel des Produkts der Reliabilitäten (Abraham et al., 1998). Des weiteren wird R^2 umso mehr reduziert, je unschärfer Intention und weitere Modellparameter hinsichtlich des konkreten Zielverhaltens und dessen Aufttrittsbedingungen (z.B. zeitlicher und räumlicher Kontext) operationalisiert sind.

Im nachfolgenden Kapitel wird eine theoretische Integration sozialkognitiver gesundheitspsychologischer Modelle und Psychotherapiemotivations-Konzepte im Hinblick auf die Erklärung von Behandlungsabbrüchen stationärer psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen angestrebt.

4 Das sozialkognitive Prozessmodell der vorzeitigen Behandlungsbeendigung

Die zuvor diskutierten Motivationsmodelle und der bisherige Kenntnisstand über Therapieabbrüche werden nachfolgend in einem Modell der vorzeitigen Behandlungsbeendigung zusammengeführt. An anderer Stelle (Lang, Schulz, Lotz-Rambaldi & Koch, 1999) wurde bereits eine erste Version dieses Modells beschrieben, das inzwischen theoretisch weiterentwickelt wurde. Es basiert maßgeblich auf dem gesundheitspsychologischen Modell Schwarzers (1992a), das seinerseits, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, Health-Belief-Modell, Theorie des geplanten Verhaltens, Theorie der Schutzmotivation und Volitionstheorie integriert.

Wenn ein Patient sich in einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme befindet, sieht er sich einem vielgestaltigen Behandlungsplan gegenüber, der neben psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen auch die sog. peripheren Therapiebestandteile (körperliche Aktivierungsprogramme, Entspannungstrainings, kreative Angebote, Informationsveranstaltungen, Schulungen, Freizeitaktivitäten etc.) enthält. Unter motivationalen Gesichtspunkten kann für einen Patienten postuliert werden, dass er sich immer wieder neu dafür entscheiden muss, zur jeweiligen in seinem Behandlungsplan terminierten Veranstaltung zu gehen. Auf einer Mikroebene gilt dies sogar für jede Sequenz einer Psychotherapiesitzung: Hier muss sich der Patient ebenfalls immer wieder neu zur Mitarbeit entscheiden, die beispielsweise darin besteht, über eine Frage des Therapeuten nachzudenken oder über sich Auskunft zu geben. Die aus diesen (Mikro-) Entscheidungen resultierenden Verhaltensweisen lassen sich in dem Konstrukt *aktive Mitarbeit an der Rehabilitationsmaßnahme* bündeln. Die entsprechende *Intention zur Mitarbeit* bildet den Kern des vorliegenden Modells (Abbildung 7).

Das Modell ist in vier Ebenen (I – IV), die eine zeitliche Abfolge widerspiegeln, unterteilt. Rekursive Beziehungen sind dabei aus Gründen der Übersichtlichkeit in der Abbildung nicht berücksichtigt. Die *Intention zur Mitarbeit* (Komponente IIIA) ergibt sich wie in der Theorie der Schutzmotivation aus der *Bedrohung durch eigene Symptome* einerseits und *Ergebnis- und Kompetenzerwartungen bzgl. der Behandlung* andererseits. Die Intention zur Mitarbeit kann im Zusammenwirken mit verschiedenen *Einflüssen während des Klinikaufenthalts* zu einer Abbruchintention führen. Ob eine solche Intention in Handeln umgesetzt wird, hängt gemäß den Modellannahmen davon ab, ob in der volitionalen Phase hemmende oder fördernde Faktoren aus dem Umfeld des Patienten auf Handlungsplanung und -ausführungskontrolle einwirken. Die einzelnen Modellbestandteile werden im folgenden genauer dargestellt.

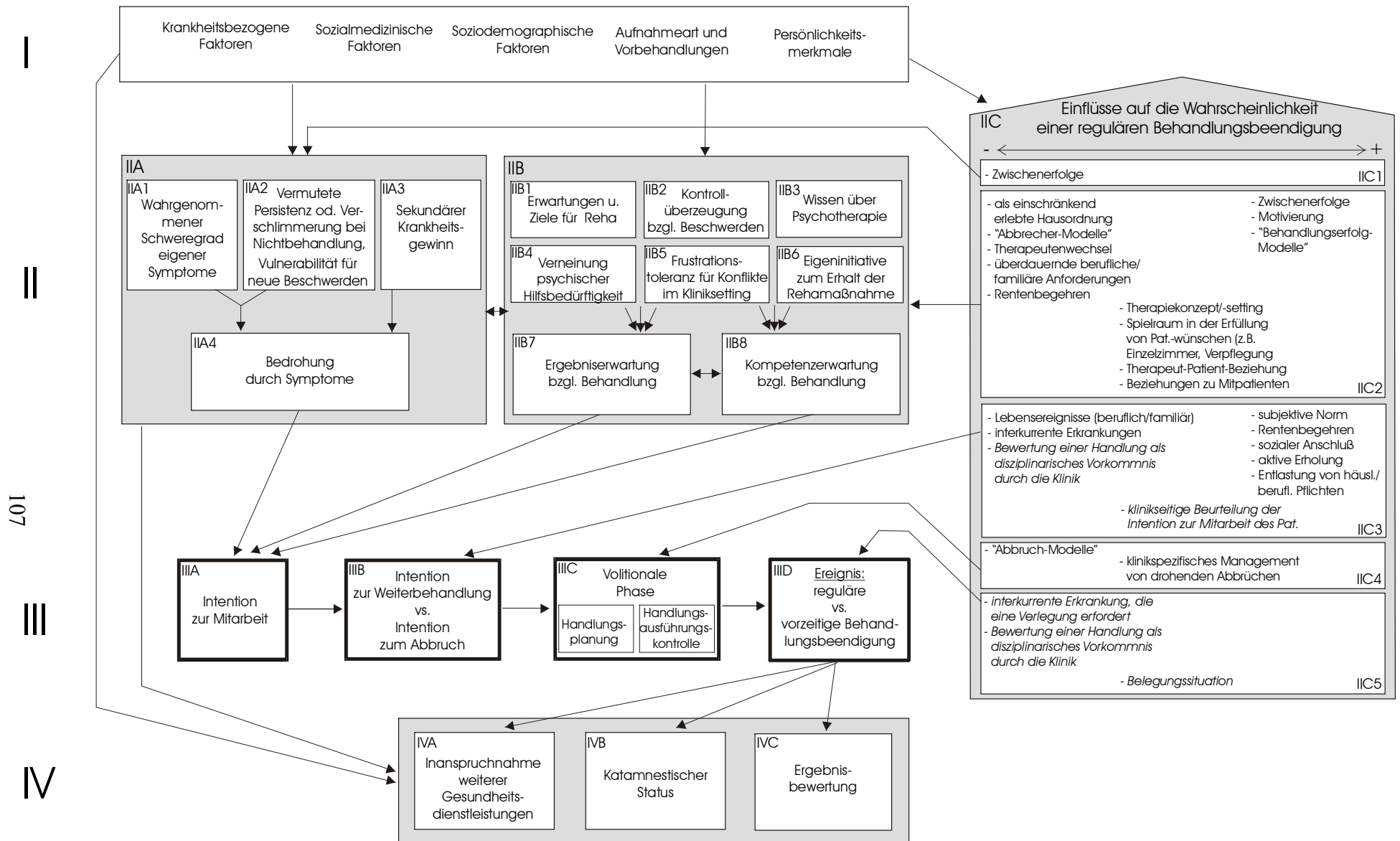


Abbildung 7: Sozialkognitives Prozessmodell der vorzeitigen Behandlungsbeendigung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Bedrohung durch Symptome

Die Bausteine, die sich um die Variable **Bedrohung durch Symptome** (IIA4) gruppieren, gehen auf das Health-Belief-Modell zurück. Analog zu diesem Modell resultiert die subjektive Bedrohung durch bestehende Symptome zum Teil aus deren **wahrgenommenem Schweregrad** (IIA1) sowie ihrer **vermuteten Persistenz bei Nichtbehandlung bzw. einer angenommenen Vulnerabilität für neue Beschwerden** (IIA2). Von beiden Faktoren wird angenommen, dass sie im Sinne eines Erwartungs-mal-Wert-Modells zusammenwirken, also mit ihrem Produkt positiv zum Ausmaß der erlebten Bedrohung beitragen. Ein **sekundärer Krankheitsgewinn** (IIA3) sollte hingegen das Ausmaß der durch die Symptome erlebten Bedrohung verringern. Wahrgenommener Schweregrad und vermutete Persistenz werden wiederum von Hintergrundvariablen (Ebene I) beeinflusst. Beispielsweise kann unter **krankheitsbezogenen Faktoren** eine bestehende Komorbidität den wahrgenommenen Schweregrad der Beschwerden erhöhen und eine lange Krankheitsdauer die Persistenzüberzeugung stärken.

Behandlungsbezogene Erwartungen

Während Baustein IIA die Bedrohung durch eigene Symptome beinhaltet, zielt die Komponente der behandlungsbezogenen Erwartungen (IIB) auf spezifische *Erwartungen* in Verbindung mit einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme ab. Patienten beginnen eine solche Behandlung mit mehr oder weniger konkreten **Erwartungen und Zielen für die Maßnahme** (IIB1, z.B. erwartete Kuranwendungen, Psychotherapie, Erholung, angestrebte Klärung psychischer Konflikte, Wiederherstellung beruflicher Leistungsfähigkeit etc.), einer bestimmten **Kontrollüberzeugung** bzgl. der Beeinflussbarkeit der eigenen Beschwerden (IIB2, internal vs. external), einem bestimmten **Wissensstand** darüber, was eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme und insbesondere eine psychotherapeutische Behandlung beinhaltet (IIB3), einer bestimmten Einstellung gegenüber Psychotherapie, im Modell konkreter formuliert **als Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit** (IIB4), einer gewissen **Frustrationstoleranz** bzgl. möglicher Konflikte im Kliniksetting (IIB5) sowie aus Eigen- oder Fremdinitiative (IIB6). Diese Faktoren können ebenfalls von Hintergrundvariablen (Ebene I) wie z.B. psychotherapeutischer Vorbehandlung, Klinikvorgespräch, Bildungsstand oder Persönlichkeitsmerkmalen (beispielsweise dem in Kapitel 2.4.1.2.7 diskutierten Merkmal *Offenheit*) beeinflusst sein.

Die genannten Faktoren bilden eine Basis, auf der sich spezifische Ergebnis- und Kompetenzerwartungen bzgl. der Behandlung entwickeln. **Ergebniserwartung** (IIB7) lässt sich definieren als die subjektiv eingeschätzte Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Handlung zu

einem bestimmten Ergebnis führt (in diesem Fall: dass die Mitarbeit an einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme zu einer Besserung der Beschwerden führt). **Kompetenzerwartung** (IIB8) entspricht Banduras Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung und bezeichnet die subjektiv eingeschätzte Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person glaubt, an der Behandlung tatsächlich mitarbeiten zu können, also z.B. in einer Gruppe über persönliche Probleme zu sprechen, eigenes Verhalten und Erleben reflektieren zu können etc. Ergebnis- und Kompetenzerwartung dürften insofern positiv miteinander korrelieren, als eine hohe Zuversicht hinsichtlich des Behandlungsergebnisses Vertrauen in das eigene Arbeitsvermögen nach sich ziehen und umgekehrt dieses Vertrauen die Zuversicht in die Behandlung erhöhen kann.

Nach der Theorie der Schutzmotivation beeinflussen Ergebnis- und Kompetenzerwartung gemeinsam mit der Bedrohung die Intention zu gesundheitsbezogenem Verhalten. Bezogen auf die Intention zur Mitarbeit an der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme (IIIA) lässt sich demnach vermuten, dass diese dann hoch ist, wenn ein Patient erstens seine Symptome als bedrohlich empfindet (Bedrohung), sich zweitens von der Rehabilitationsmaßnahme eine Besserung verspricht (Ergebniserwartung) und drittens von sich selbst glaubt, an den Behandlungskomponenten mitzuwirken in der Lage ist (Kompetenzerwartung).

Einflüsse während des Klinikaufenthalts

Mit Ankunft in der Klinik beginnen für den Patienten weitere Faktoren auf die Bedrohung durch die Symptome sowie auf den Bereich der Ergebnis- und Kompetenzerwartungen – und damit indirekt auf die Intention zur Mitarbeit – einzuwirken. Diese Einflüsse, die während des Klinikaufenthaltes hinzukommen, sind in der Komponente IIC dargestellt.

So kann der wahrgenommene Schweregrad der eigenen Symptome infolge therapeutischer **Zwischenerfolge** abnehmen (IIC1) und dadurch die Bedrohung durch die Symptome verringert werden. Damit reduziert sich *eine* Basis der Intention zur Mitarbeit. In der Regel dürfte diese Reduktion dadurch kompensiert werden, dass sich Zwischenerfolge positiv auf die behandlungsbezogenen Erwartungen auswirken (vgl. IIC2), d.h. die Zuversicht in die Maßnahme (Ergebniserwartung) und in die selbsteingeschätzte Fähigkeit zur Mitarbeit (Kompetenzerwartung) erhöhen, was wiederum die Intention zur Mitarbeit fördert.

Ergebnis- und Kompetenzerwartung können außer durch Zwischenerfolge auch durch gezielte therapeutische **Motivierung** oder durch das Beobachten von „**Behandlungserfolg-Modellen**“ erhöht werden (IIC2). Negativ auf die behandlungsbezogenen Erwartungen eines Patienten dürfte hingegen eine **Hausordnung** wirken, die als so einschränkend erlebt wird, dass der

Patient am eigenen Durchhaltevermögen (Kompetenzerwartung) zweifelt. Ebenso können Beobachtungen von „*Abbrecher-Modellen*“, *Wechsel der Bezugstherapeuten* (z.B. wegen Urlaubs), *überdauernde berufliche oder familiäre Anforderungen* (v.a. bei Selbständigen bzw. Müttern, deren Kinder noch zu Hause wohnen) oder ein *Rentenbegehren* Ergebnis- und Kompetenzerwartung mindern und damit die Intention zur Mitarbeit verringern.

Ob das von der Klinik angebotene *Therapiekonzept* (z.B. eher verhaltensmedizinisch oder eher tiefenpsychologisch orientiert) und das vorherrschende *Therapiesetting* (Einzel- oder Gruppentherapie) die Ergebnis- und Kompetenzerwartungen erhöhen oder verringern, dürfte von den Bausteinen IIB1-IIB6 moduliert werden. Beispielsweise ist zu erwarten, dass Ergebnis- und Kompetenzerwartung dann sinken, wenn ein gruppenbetontes Setting auf die Erwartung einer hochgradig individuellen Therapie, eine geringe Bereitschaft zur Selbstoffenbarung und eine niedrige Frustrationstoleranz für interpersonale Konflikte trifft. Von der Frustrationstoleranz des Patienten dürfte es auch abhängen, wie sich ein vorhandener *Spielraum in der Erfüllung seiner Wünsche* (z.B. Einzelzimmer, Verpflegung) auf seine Ergebnis- und Kompetenzerwartung auswirkt. Im Hinblick auf die *Therapeut-Patient-Beziehung* und die *Beziehungen zu Mitpatienten* ist anzunehmen, dass als hilfreich oder angenehm erlebte Beziehungen die Ergebnis- und Kompetenzerwartungen erhöhen, während als belastend erlebte Beziehungen sie vermindern.

Die Einflüsse unter IIC3-IIC5 wirken auf die Ebene III ein und werden weiter unten im Zusammenhang mit dieser Ebene beschrieben.

Von der Intention zur Mitarbeit zur regulären vs. vorzeitigen Behandlungsbeendigung

Wie bisher dargestellt, resultiert in unserem Modell die *Intention zur Mitarbeit* an einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme (IIIA) aus der wahrgenommenen Bedrohung durch eigene Symptome (IIA) und aus Ergebnis- und Kompetenzerwartungen bezüglich dieser Maßnahme (IIB). Indirekt wirken über diese Variablen wiederum verschiedenste Einflüsse während des Klinikaufenthalts (IIC1-2) auf die Intention zur Mitarbeit ein.

Die Intention zur Mitarbeit beeinflusst nach der Modellkonzeption die *Intention zur Weiterbehandlung* bzw. die *Intention zum Abbruch* der Rehabilitationsmaßnahme (IIIB). Es ist zu erwarten, dass bei stark ausgeprägter Intention zur Mitarbeit auch die Intention, bis zum Ende in der Behandlung zu verbleiben, größer ist, wohingegen bei geringer Intention zur Mitarbeit die Intention zur Weiterbehandlung abnehmen und statt dessen die Abbruchintention steigen sollte. Dennoch kann zwischen beiden Konstrukten von keiner Eins-zu-eins-Beziehung ausgegangen werden. Vielmehr wirken auf die Intention zu Weiterbehandlung vs. Abbruch auch

Einflüsse während des Klinikaufenthaltes ein (IIC3). So kann ein Patient trotz hoher Intention zur Mitarbeit die Rehabilitationsmaßnahme abbrechen wollen, weil er sich mit einem beruflichen oder familiären **Lebensereignis** (z.B. Zusage eines Arbeitsplatzes, Krankheit eines Angehörigen) oder einer eigenen **interkurrenten Erkrankung** konfrontiert sieht. Umgekehrt kann ein Patient trotz niedriger Intention zur Mitarbeit in der Behandlung verbleiben wollen, um den Erwartungen seiner Umwelt gerecht zu werden (**subjektive Norm**), ein **laufendes Rentenbegehren** nicht zu gefährden oder **unspezifische positive Aspekte** der Rehabilitationsmaßnahme wie sozialen Anschluss, aktive Erholung oder Entlastung von häuslichen bzw. beruflichen Pflichten aufrecht zu erhalten.

Hat ein Patient die Intention zum Behandlungsabbruch herausgebildet, so tritt er nach Heckhausen (1989) von der motivationalen Phase der Intentionsbildung in die **volitionale Phase** (IIIC) ein. In dieser Phase geht es darum, den gefassten Entschluss des Abbruchs in konkretes Handeln umzusetzen. Heckhausen unterteilt die volitionale Phase in eine **präaktionale Phase** der Handlungsplanung, in der konkrete, ausführungsbezogene Überlegungen angestellt werden, und eine **aktionale Phase**, in der diese Handlungspläne ausgeführt und gegen konkurrierende Handlungsalternativen abgeschirmt werden. Ein Patient, der den Entschluss gefasst hat, seine Rehabilitationsmaßnahme abbrechen, muss beispielsweise konkret planen, wann er die Klinik verlassen und mit welchem Klinikmitarbeiter er zuvor über sein Vorhaben sprechen will. Sowohl Handlungsplanung als auch -ausführungskontrolle ergeben sich dabei nicht ausschließlich aus der Abbruchintention, sondern können von Faktoren aus der Klinik (IIC4) entweder erschwert (z.B. durch ein **klinikspezifisches Management drohender Abbrüche** mit neuerlichen Klärungs- und Motivierungsgesprächen) oder begünstigt (z.B. durch das **Beobachten von „Abbrecher-Modellen“**) werden.

Erst nach Durchlaufen der volitionalen Phase kommt es zur eigentlichen **Handlung**, der vorzeitigen Behandlungsbeendigung (IIID). Wird die volitionale Phase durch die erwähnten Hindernisse unterbrochen, kommt es statt zum Abbruch zur Weiterbehandlung und – falls eine Abbruchintention auch im weiteren Behandlungsverlauf nicht in Handeln umgesetzt wird – schließlich zur regulären Entlassung.

Nach Schmalt und Heckhausen (1992) trägt ein Individuum zu jeder Zeit unterschiedliche Intentionen in sich, von denen die jeweils stärkste die augenblickliche Handlungsplanung und -ausführung bestimmt. Demnach ist davon auszugehen, dass Intention zur Weiterbehandlung und Intention zum Abbruch zwei Motivationstendenzen darstellen, die sich nicht vollständig ausschließen, sondern parallel zueinander bestehen können. In der Regel ist die Intention zur Weiterbehandlung lediglich impliziter als die Abbruchintention, da sie dem von Patient und

Klinik erwarteten Ablauf eher entspricht. Jedoch müssen auch für einen Verbleib in der Behandlung die (unausgesprochene) Intention zur Weiterbehandlung ständig aufrechterhalten und Handlungspläne (z.B. in die Therapiestunde zu gehen) immer wieder neu gebildet werden. Ob es zu einem Verbleib in der Behandlung oder zu einem Therapieabbruch kommt, hängt davon ab, welche der beiden Intentionen sich zu einem gegebenen Zeitpunkt als die stärkere durchsetzt.

Die Einflussmöglichkeiten von Therapeuten auf Intentionsbildung und Volition eines Patienten wurden bislang so beschrieben, dass sie auf dessen Verbleib in der Behandlung abzielen. Die **Klinik** kann jedoch auch selbst eine vorzeitige Behandlungsbeendigung initiieren, wenn sie die Therapiemotivation eines Patienten als unzureichend beurteilt oder eine bestimmte Handlung als bedeutsames disziplinarisches Vorkommnis wertet (diese Faktoren sind in den Bausteinen IIC3 und IIC5 kursiv dargestellt). In den genannten Fällen stehen dem behandelnden Team verschiedene Möglichkeiten offen. Es kann über Klärungsgespräche Einfluss auf die Intention zu Weiterbehandlung vs. Abbruch nehmen und hier für eine klarere Motivationslage sorgen (Einfluss über IIC3). Wenn kein Interesse an einer einvernehmlichen Lösung besteht, kann die Klinik das Ereignis *vorzeitige Behandlungsbeendigung* auch direkt herbeiführen (Einfluss über IIC5), wobei in der Regel von **disziplinarischer Entlassung** (nach Regelverstößen) oder **vorzeitiger Entlassung auf ärztliche Veranlassung** (bei mangelnder Intention zur Mitarbeit) gesprochen wird. Vermutlich wegen der Offenheit dieser Prozesse kommt es, wie Beutel und Bleichner (1998) berichteten, nach Regelverstößen teilweise zu disziplinarischen Entlassungen, teilweise aber auch zu vorzeitigen Entlassungen mit beiderseitigem Einverständnis. Entsprechend werden patientenseitige und klinikseitige Abbrüche in dem Modell nicht als zwei völlig disjunkte Kategorien, sondern als Pole eines Kontinuums aufgefasst. Wirkt die Klinik aktiv auf eine vorzeitige Behandlungsbeendigung hin, so dürfte dies in vielen Fällen unter Berücksichtigung der **Belegungssituation** geschehen. Bei schwacher Belegung kann es in Grenzfällen eher zu einer Weiterbehandlung kommen, wohingegen bei Vollbelegung vorzeitige Entlassungen vermutlich eher vorgenommen werden, insbesondere seit Einführung der Kontingentierung von Behandlungsdauern.

Des weiteren kann es zu einer klinikseitig initiierten vorzeitigen Entlassung kommen, wenn eine interkurrente Erkrankung auftritt, die eine **Verlegung** in ein Akutkrankenhaus notwendig macht oder wenn eine floride psychotische Symptomatik die Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfordert.

Folgen einer vorzeitigen Behandlungsbeendigung

Bei der Analyse der Folgen einer vorzeitigen Behandlungsbeendigung kann es von besonderem Interesse sein, ob und wie sich ein Therapieabbruch auf die *Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsdienstleistungen* (IVA), den *katamnestischen Gesundheitsstatus* (IVB) sowie die rückblickende *Bewertung* der Rehabilitationsmaßnahme (IVC) auswirkt.

Bezüglich des weiteren *Inanspruchnahmeverhaltens* ist denkbar, dass nach einem Behandlungsabbruch gehäuft medizinisch-somatische Dienstleistungen in Anspruch genommen werden, und zwar umso mehr, je weniger dem Patienten ein psychologisches Krankheitskonzept vermittelt werden konnte und es gerade wegen eines Konflikts zwischen somatischem Störungsmodell des Patienten und biopsychosozialem Krankheitsverständnis der Klinik zur vorzeitigen Entlassung kam. Komplementär dazu müsste die Inanspruchnahme nachstationärer Psychotherapie bei Abbrechern geringer ausfallen, da als Therapieziel oftmals die Motivierung zu einer ambulanten Psychotherapie angestrebt wird (Rosin & Wilmers, 1999). Ebenso dürfte das Aufsuchen nachfolgender Behandlungen aber auch vom Inanspruchnahmeverhalten in der Zeit *vor* der Rehabilitationsmaßnahme (Ebene I) abhängen.

Der *katamnestische Gesundheitsstatus*, operationalisiert in Form von sozialmedizinischen (AU-Zeiten, Erwerbsfähigkeit) und psychologischen bzw. medizinischen Daten (Symptome, Lebensqualität), hängt vermutlich ebenfalls von der Ausprägung der entsprechenden Variablen zum Zeitpunkt *vor* der Rehabilitationsmaßnahme wie auch von dem nachstationären Inanspruchnahmeverhalten ab. Nur unter sorgfältiger statistischer Kontrolle dieser Faktoren ließe sich klären, inwieweit der katamnestische Status zusätzlich von der Entlassungsform beeinflusst wird. Die BfA (1999) stellt zwar in einer retrospektiven Datenanalyse fest, dass Therapieabbrecher fünf Jahre nach ihrer Rehabilitationsmaßnahme zu einem größeren Teil lückenhaft beschäftigt oder BU/EU-Rentner sind als regulär Entlassene, jedoch sind die erwähnten Faktoren dabei nicht kontrolliert, so dass der Zusammenhang nicht als ursächlich bezeichnet werden kann. Sollte aber tatsächlich eine kausale Beziehung zwischen Abbruch einer Behandlung und katamnestischem Status bestehen, so dürfte letzterer zusätzlich von der erhaltenen Behandlungsdauer und dem Grad der dabei erreichten Besserung beeinflusst werden (vgl. H. Schulz et al., 1999)

Nach Heckhausen (1989) erfolgt nach einer Handlung (hier Abbruch vs. Weiterbehandlung) eine rückblickende *Ereignisbewertung*, in der das Geschehene sowohl evaluiert (positiv oder negativ) als auch kausalattributioniert wird. Wie eine solche Handlungsbewertung nach einer Rehabilitationsmaßnahme ausfällt, hängt vermutlich sowohl von der Handlung selbst als auch

vom katamnestischen Status ab. Die Bewertung dürfte ihrerseits wieder auf das weitere Inanspruchnahmeverhalten zurückwirken.

Zusammenfassende Bewertung

Im sozialkognitiven Prozessmodell des Behandlungsabbruchs in der stationären psychosomatischen Rehabilitation werden kognitive und soziale Faktoren benannt sowie deren Beziehungen untereinander formuliert, um zu erklären, weshalb eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme regulär bzw. vorzeitig beendet werden kann. Auf der Basis der in Abschnitt 3.4 dargestellten Motivationsmodelle erhält dabei vor allem die *Intention zur Mitarbeit* besondere Bedeutung. Hohe theoretische Relevanz wird auch den verschiedenen *Einflüssen während des Klinikaufenthaltes* beigemessen, die erstens auf die Mitarbeitsintention einwirken können (über Bedrohung und Ergebnis- bzw. Kompetenzerwartung) und zweitens beeinflussen, ob sich aus einer bestimmten Intention zur Mitarbeit eine Intention zum Abbruch entwickelt und ob diese umgesetzt wird.

Als Theorie, die motivationale Prozesse zum Gegenstand hat, ist dieses Modell nicht als unidirektionales, sondern als prozesshaftes Modell zu betrachten, dessen Bestandteile sich in ihrer Ausprägung nicht nur ständig im Verlauf einer Rehabilitationsmaßnahme verändern, sondern in Rückkopplungsschlaufen auch aufeinander zurückwirken. Beispielsweise kann eine anfänglich mangelnde Intention zur Mitarbeit (z.B. aufgrund somatischer Krankheitsattribution und deshalb geringer Ergebniserwartung) auf Einflüsse während des Klinikaufenthalts einwirken, indem sie gezielte therapeutische Interventionen evoziert, im Zuge derer ein Patient möglicherweise zu einer stärker psychischen Attribution und dadurch zu einer höheren Ergebniserwartung und folglich höheren Intention zur Mitarbeit kommt. Eine anfänglich geringe Kompetenzerwartung – z.B. in Form der Überzeugung, in einer Therapiegruppe nicht über sich sprechen zu können – kann durch positive Rückmeldungen nach ersten Versuchen erhöht werden (zum reziproken Einfluss von Handlungsergebnissen auf die Selbstwirksamkeit vgl. Clark & Dodge, 1999). Weitere rekursive Beziehungen sind denkbar, werden aber aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht im Modell spezifiziert.

In Bezug auf die in Kapitel 3.1 vorgestellten Theorien der Psychotherapiemotivation greift das Modell mehrdimensionale Ansätze (v.a. das von Nübling, 1992) auf und integriert die dort konzeptualisierten Motivationsdimensionen in eine neue hierarchische Ordnung. Des weiteren ermöglicht das Modell eine Prozessbetrachtung von Veränderungen der einzelnen Faktoren, ohne dass es diskrete Motivationsphasen, die sich bisher empirisch schwer voneinander abgrenzen lassen (z.B. Aufsuche-, Veränderungs- und Beziehungsmotivation, vgl. Appelbaum, 1972; Veith, 1997), unterscheidet.

Ziel des Modells ist es, eine Systematik zu liefern, mit der Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation erklärt und vorhergesagt werden können.

Der Nutzen dieser Systematik kann zum einen in der retrospektiven und fallbezogenen *Erklärung* von Behandlungsabbrüchen mit Hilfe des Modells liegen. Dadurch könnten ein besseres Verständnis des Abbruchgeschehens ermöglicht und Einflussmöglichkeiten während des Therapieprozesses aufgezeigt werden. Zum anderen kann der Nutzen in einer *Vorhersage* von Behandlungsabbrüchen mit Hilfe des Modells bestehen. Die zentrale Hypothese zur Vorhersage von Behandlungsabbrüchen besteht hierbei darin, dass ein Abbruch zu einem gewissen Teil durch die bei Klinikaufnahme bestehenden Ausprägungen der Variablen *Bedrohung durch eigene Symptome* und *Ergebnis- und Kompetenzerwartungen* erklärt werden kann. Der nicht-erklärte Varianzanteil wäre dann auf Einflüsse während des Klinikaufenthalts zurückzuführen, die entweder indirekt auf die Intention zur Mitarbeit (über Bedrohung und/oder Erwartungen) oder aber direkt auf die Intention zum Abbruch und deren Umsetzung einwirken. Die empirisch ermittelte Stärke des Zusammenhangs zwischen den Modellvariablen bei Behandlungsbeginn einerseits und dem Ereignis Abbruch andererseits würde dann einen Hinweis dafür liefern, ob mittels Screening-Verfahren abbruchgefährdete Patienten identifiziert werden können und wie groß die Einflussmöglichkeiten der Klinik auf das Abbruchgeschehen sind.

5 Schlussfolgerungen und Fragestellungen der vorliegenden Studie

In der Literaturübersicht zu Behandlungsabbrüchen stationärer Psychotherapien (Kapitel 2) wurde aus den Befunden zu geringerer Psychotherapiemotivation bei Abbrechern, retrospektiven Klagen von Abbrechern über ein Zuviel an Psychotherapie und gehäuften Abbrüchen bei Diagnosegruppen mit fraglicher Krankheitseinsicht (Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen) geschlussfolgert, dass motivationalen Aspekten unter Umständen eine besondere Bedeutung im Abbruchgeschehen zukommt. Entsprechende Untersuchungen erfolgten bislang jedoch wenig theoriegeleitet, prüften lediglich bivariate Zusammenhänge zwischen einzelnen motivationalen Variablen und der Entlassungsform und ermittelten dabei höchstens geringe Effektstärken.

Um eine theoriegeleitete Überprüfung sowohl bi- wie multivariater Zusammenhänge vornehmen zu können, wurde in Kapitel 4 ein theoretisches Modell des Behandlungsabbruchs entwickelt, das in besonderem Maße motivationale Aspekte fokussiert, aber auch soziodemographische, sozialmedizinische und klinische Ausgangsparameter sowie externe Einflüsse berücksichtigt, und auf motivationalen Modellen des Gesundheitsverhaltens sowie mehrdimensionalen Konzeptionen von Psychotherapiemotivation (vgl. Kapitel 3) basiert.

Das Ziel des empirischen Teils dieser Arbeit besteht darin, zentrale Annahmen des entwickelten Modells zu überprüfen. Hierzu wird im Rahmen zweier Hauptfragestellungen untersucht, wie

1. die motivationalen, klinischen, sozialmedizinischen und soziodemographischen Modellparameter untereinander zusammenhängen und inwieweit sich die Intention zur Mitarbeit als zentrale Modellvariable aus den übrigen Variablen vorhersagen lässt,
2. inwieweit sich vorzeitige Behandlungsbeendigungen mit Hilfe der vor Behandlungsbeginn erhobenen motivationalen, klinischen, sozialmedizinischen und soziodemographischen Ausgangslage vorhersagen lassen.

Eine Konkretisierung dieser beiden Fragestellungen in empirisch prüfbare Hypothesen erfolgt nach Darstellung der Methodik in Abschnitt 6.7.

6 Methoden

6.1 Design

Zur Beantwortung der genannten Fragestellungen wurde ein längsschnittliches Studiendesign mit zwei Messzeitpunkten gewählt.

Zum ersten Messzeitpunkt vor Klinikaufnahme (t_0) werden motivationale, klinische, soziodemographische und sozialmedizinische Parameter erhoben. Mit der Erfassung *vor* Behandlungsbeginn sollen die bei retrospektiven Einschätzungen der Initialmotivation möglichen Selektionseffekte und Urteilsverzerrungen (vgl. Abschnitt 2.4.5) vermieden werden. Die Erhebung der Ausgangsmerkmale zum Zeitpunkt t_0 orientiert sich an dem für die Fragestellung entwickelten theoretischen Modell.

Bei Entlassung (t_1) werden Entlassungsform, Behandlungsdauer, Entlassungsdiagnosen sowie weitere Merkmale der Behandlung erfasst.

Die gesamte Untersuchung kann als prospektive Feldstudie mit der Entlassungsform als Merkmal zur quasiexperimentellen Bildung von Untersuchungsgruppen bezeichnet werden.

6.2 Gewinnung der Stichprobe

Untersucht wurden stationäre psychosomatische Rehabilitanden der Bundesanstalt für Angestellte (BfA), der Landesversicherungsanstalt (LVA) Westfalen sowie der LVA Rheinland-Pfalz. Die drei Rentenversicherungsträger (RV-Träger) wählten als Studienteilnehmer diejenigen ihrer Versicherten aus, denen im Untersuchungszeitraum eine psychosomatische Rehabilitation bewilligt wurde. Die Identifikation eines Versicherten als psychosomatischen Rehabilitanden erfolgte bei den einzelnen Trägern unterschiedlich und orientierte sich dabei an den jeweils üblichen Zuweisungs- und Datenverarbeitungsprozeduren. Die BfA identifizierte ihre psychosomatischen Rehabilitanden anhand einer in der Datenverarbeitung für diese Gruppe reservierten Ziffer. Die LVA Westfalen wählte ihre Studienteilnehmer anhand der ersten Bewilligungsdiagnose aus (zum Einschluss führten die ICD-10-Diagnosen F30 bis F69 und F99, d.h. alle psychischen Diagnosen außer organischen psychischen Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenien, Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen und Störungen des Kindes- und Jugendalters). Die selben Bewilligungsdiagnosen, aber zusätzlich kombiniert mit einer Zuweisung zu einer psychosomatischen Fachklinik, galten bei der LVA Rheinland-Pfalz als Einschlusskriterien.

Von jedem Träger wurde eine konsekutive Stichprobe der entsprechend identifizierten psychosomatischen Rehabilitanden angeschrieben. Der Untersuchungszeitraum schwankte dabei zwischen den drei Trägern je nach Patientenaufkommen. Von der BfA wurden von Januar 2001 bis Februar 2001 $n = 4000$ Versicherte angeschrieben, von denen $n = 2698$ (67.5 %) einen auswertbaren (d.h. mindestens teilweise ausgefüllten) Fragebogen zurück sandten. Die LVA Westfalen schrieb zwischen September 2000 und Ende April 2001 $n = 1812$ Patienten an, mit einem auswertbaren Rücklauf von 1269 (70.0 %). Von der LVA Rheinland-Pfalz wurden im Zeitraum von November 2000 bis Ende April 2001 $n = 874$ Patienten angeschrieben, davon schickten 671 (76.8 %) einen auswertbaren Fragebogen zurück. Insgesamt beteiligten sich $n = 4638$ Personen von $n = 6686$ Angeschriebenen an der Studie, so dass sich ein Gesamtrücklauf von 69.4 % ergibt.

Maßgebend für die Planung dieser Stichprobengröße war das Ziel, im t-Test mit einer Teststärke von .80 zwischen Abbrechern und regulär Entlassenen Gruppenunterschiede von mindestens kleiner Effektstärke auf adjustiertem Signifikanzniveau nachweisen zu können.

6.3 Durchführung der Untersuchung

Nach der oben beschriebenen Identifikation der psychosomatischen Rehabilitanden erhielten diese von ihren Rentenversicherungsträgern per Post einen Umschlag mit Anschreiben, Einverständniserklärung (EVE), Fragebogen sowie bei der BfA ein zusätzliches Merkblatt mit Hinweisen zum Datenschutz (jeweils im Anhang abgedruckt). Das Anschreiben enthielt eine Erklärung über den Studienablauf mit der Bitte um Studienteilnahme. Der Versicherte wurde gebeten, auf der EVE mit seiner Unterschrift sein Einverständnis für die Weitergabe seiner anonymisierten Entlassungsberichtsdaten durch den RV-Träger an die Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zu geben und sich für eine katamnestische Befragung sechs Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme bereit zu erklären (auf die in der vorliegenden Arbeit kein Bezug genommen wird). Die Dokumente sind im Anhang abgedruckt, der Fragebogen wird in Abschnitt 6.4.2 ausführlicher vorgestellt.

Bei Studienteilnahme gingen der ausgefüllte Fragebogen und die EVE vom Rehabilitanden per Freiumschlag an den RV-Träger zurück. Dort wurde der Rücklauf dokumentiert. Versicherte, von denen vier Wochen nach Erstanschreiben noch keine Antwort vorlag, erhielten ein einmaliges Erinnerungsschreiben (vgl. Anhang), welches – mit Ausnahme eines leicht veränderten Anschreibens – die gleichen Dokumente wie das Erstanschreiben enthielt. Versicherte, die auch auf das Erinnerungsschreiben nicht antworteten, wurden in der Folge nicht mehr kontaktiert.

Die RV-Träger behielten die Einverständniserklärungen ein und sandten die ausgefüllten Fragebögen an die Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (im Folgenden auch Forschungsgruppe genannt).

Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme und elektronischer Erfassung des Entlassungsberichts beim RV-Träger übermittelte dieser ausgewählte Berichtsdaten (für eine konkrete Übersicht vgl. Abschnitt 6.4.3) in anonymisierter Form an die Forschungsgruppe. Die Anonymisierung erfolgte durch Löschen von Name, Adresse und Versicherungsnummer. Die Vergabe einer Zählnummer für jeden Versicherten, die auf den Fragebögen aufgedruckt und in den E-Berichtsdaten eingefügt wurde, stellte die Zuordnung von Fragebögen und E-Berichtsdaten sicher. Durch dieses Vorgehen waren der Forschungsgruppe zu keinem Zeitpunkt Daten zugänglich, die eine persönliche Identifikation der Studienteilnehmer ermöglicht hätten.

6.4 Variablen

Für viele der im Theoriemodell spezifizierten Variablen konnte auf bereits eingeführte Instrumente zurückgegriffen werden. Einige Variablen erforderten hingegen die Konstruktion neuer Skalen und für einige Variablen wurde ein bestehendes Instrument verkürzt. Skalenkürzung und -konstruktion werden im nachfolgenden Abschnitt (6.4.1) gesondert dargestellt, bevor das gesamte Instrument der vorliegenden Untersuchung beschrieben wird (Abschnitt 6.4.2). Eine Übersicht über die einbezogenen Daten aus dem Entlassungsbericht folgt in Abschnitt 6.4.3.

6.4.1 Skalenkürzung und -konstruktion

6.4.1.1 Kürzung des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation FPTM

Der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM (H. Schulz et al., 1995), mit 40 Items, die sich auf die sechs Skalen Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Symptombezogene Zuwendung durch andere, Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen über Psychotherapie und Initiative verteilen, wurde für den Einsatz in der vorliegenden Studie verkürzt (für eine ausführlichere Darstellung vgl. H. Schulz, Lang, Nübling & Koch, im Druck).

Stichprobe und Durchführung:

Für die Verkürzung des Fragebogens wurden Daten einer konsekutiven Patientenstichprobe ($n = 4595$) der psychosomatischen Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach, aus dem Berichtszeitraum 01/1995 – 06/1998 ausgewertet. Die Patienten (74 % Frauen, Altersmittelwert 41.7 Jahre mit $SD = 10.7$, 63 % BfA-Versicherte, 22 % LVA-Versicherte, häufigste

Diagnosen nach ICD-9 Neurosen mit 39 % und Anpassungsstörungen mit 16 %) hatten den FPTM zu Behandlungsbeginn im Rahmen der Basisdokumentation zusammen mit weiteren Fragebögen (u.a. Giessener Beschwerde-Bogen GBB-24, Brähler & Scheer, 1995; Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R, Fahrenberg et al., 1989; Symptom-Checkliste SCL-90-R, Franke, 1995; Allgemeine Depressionsskala ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1993; State-Trait-Angstinventar STAI, Laux et al., 1981; State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI, Schwenkmezger et al., 1992) ausgefüllt.

Statistische Modelle:

Die Kürzung des FPTM erfolgte mittels Faktorenanalysen und nachfolgender Itemanalysen. Anhand des Eigenwertverlaufs der Hauptkomponentenanalyse wurde mittels Scree-Test die Anzahl zu extrahierender Faktoren bestimmt. Anschließend wurden iterativ die ladungsstärksten Items einer auf die entsprechende Anzahl von Faktoren beschränkten Hauptkomponentenanalyse (mit anschließender Varimax-Rotation) selektiert und mehrmaligen Itemanalysen unterzogen. Angestrebt wurden Skalen mit internen Konsistenzen von Cronbach's $\alpha \geq .70$. Bei vergleichbaren Faktorladungen (bzw. vergleichbaren Veränderungen der internen Konsistenz einer Skala) wurde das Item mit der jeweils höheren Trennschärfe ausgewählt und zugleich eine möglichst hohe Varianz der jeweiligen Schwierigkeitsindizes angestrebt. Bei der Auswahl der Items wurde außerdem auf einen möglichst vollständigen Erhalt des ursprünglichen Inhaltsbereichs der jeweiligen Skala geachtet.

Ergebnisse:

Die Hauptkomponentenanalyse (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 3886$) ergab einen Eigenwertverlauf (6.1, 4.7, 3.6, 2.5, 2.4, 1.6, 1.1, 0.9, 0.9, 0.8.; nur die ersten zehn Eigenwerte angeführt), der eine Beschränkung auf sechs Faktoren rechtfertigte, mit 54 % Varianzaufklärung. Eine nach dem Varimax-Kriterium rotierte Lösung stimmte hinsichtlich der Item-Skalen-Zuordnung mit der von H. Schulz (1995) berichteten Struktur überein. Nach den oben beschriebenen Vorgaben der Itemselektion wurden 23 Items für die Kurzform (FPTM-23) ausgewählt. Fünf Skalen werden durch jeweils vier Items und die Skala „Symptombezogene Zuwendung durch andere“ durch drei Items repräsentiert. Die internen Konsistenzen (Cronbach's α) lagen zwischen .84 (Symptombezogene Zuwendung durch andere und Initiative) und .71 (Wissen).

Bewertung:

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Faktoren- und Itemanalysen wurde eine Kürzung des Fragebogens erreicht, die den testtheoretischen Kriterien für diese Kürzungsphase genügt. Für eine weitere psychometrische Beurteilung ist eine Überprüfung der Kurzform an einer unab-

hängigen Stichprobe erforderlich, wie sie in der in dieser Arbeit beschriebenen Studie vorliegt. Für detaillierte Ergebnisse dieser Überprüfung sei auf gesonderte Veröffentlichungen verwiesen (Lang, Schulz et al., 2002; H. Schulz et al., im Druck).

6.4.1.2 Skalenkonstruktion

Für folgende Modellparameter konnte nicht auf bereits vorliegende Instrumente zurückgegriffen werden: (1) Intention zur Mitarbeit, (2) Kompetenzerwartung bzgl. Mitarbeit in der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme, (3) Persistenzüberzeugung bzgl. der eigenen Beschwerden und (4) Frustrationstoleranz für Konflikte im Kliniksetting.

Stichprobe und Durchführung:

Zur Operationalisierung der genannten Konstrukte wurde ein Pool aus 36 selbst entwickelten Items mit jeweils fünfstufigen Antwortkategorien erstellt (vgl. Anhang), der von $n = 90$ Personen beantwortet wurde. Aus organisatorischen Gründen handelte es sich hierbei um keine klinische Stichprobe, sondern um ein sog. *convenience-sample*, das zu einem großen Teil aus Studenten der Universität Hamburg bestand. Das Durchschnittsalter betrug 33.7 Jahre ($SD = 9.81$, $MIN = 19$, $MAX = 59$), der Frauenanteil lag bei 57.8 %. 31.1 % der Probanden hatten einen Universitätsabschluss, 57.8 % Abitur, 8.9 % mittlere Reife und 2.2 % einen Hauptschulabschluss.

Statistische Modelle:

Die Skalenkonstruktion erfolgte mittels deskriptiver Analysen (Berücksichtigung von Schwierigkeitsindex, Schiefe und Varianz), Faktorenanalysen und nachfolgender Itemanalysen. Weil a-priori von einer Interkorrelation der Skalen, insbesondere zwischen *Intention zur Mitarbeit* und *Kompetenzerwartung* ausgegangen wurde, wurden Hauptkomponentenanalysen mit schiefwinkliger Rotation gerechnet. In einem iterativen Vorgehen wurden Items mit unklaren Faktorladungen eliminiert. Dabei wurden nach Möglichkeit solche Items beibehalten, die eine hohe Trennschärfe aufwiesen und ein möglichst breites Spektrum von Schwierigkeitsindizes abdeckten.

Ergebnisse:

Die Hauptkomponentenanalyse (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 86$, mit Oblimin-Rotation) ergab unter dem Eigenwertkriterium > 1 11 Faktoren, die zusammen insgesamt 68.9 % Varianzaufklärung leisteten. Die ersten 15 Eigenwerte verliefen folgendermaßen: 6.41, 3.22, 2.58, 2.25, 1.91, 1.82, 1.62, 1.38, 1.28, 1.20, 1.14, 0.98, 0.91, 0.87, 0.83. Die einzelnen Faktorladungen sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Konstruktion von Skalen zu Intention zur Mitarbeit (I), Kompetenzerwartung (K), Persistenzüberzeugung (Pers), Frustrationstoleranz für Konflikte mit der Hausordnung (F[H]), mit Therapeuten (F[T]) und mit Mitpatienten (F[M]): Mustermatrix der Hauptkomponentenanalyse mit Oblimin-Rotation mit Kaiser-Normalisierung (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 86$).

Item	Komponente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I3	.78	.05	.03	.06	.07	-.22	.14	-.05	-.09	-.15	.03
I4+	.75	.05	-.12	.11	-.06	-.11	-.08	.10	.03	-.04	-.05
K1	.70	.04	-.02	-.17	.26	-.15	.23	-.20	.07	.00	-.13
I6+	.58	.06	.03	.00	-.30	.15	-.06	.26	.15	-.11	.16
Pers4	.08	.91	-.03	.09	.22	.04	.14	-.13	.08	.19	.07
Pers3	-.22	.64	.05	-.12	-.09	-.01	.11	.31	-.08	-.11	-.09
Pers8	.34	.63	-.07	.09	-.08	.02	-.15	.06	-.25	-.06	-.20
Pers2	-.02	.42	.07	-.14	-.34	-.08	-.22	-.21	.16	-.13	-.18
F8-(M)	.05	-.02	-.80	-.07	-.04	-.06	-.04	.11	.10	.09	.23
F7+(T)	.13	.06	-.58	-.08	-.10	-.01	-.03	.13	-.05	-.31	-.12
F12-(M)	-.07	-.03	-.52	.09	-.07	.32	.21	-.28	-.19	-.05	-.21
F4(T)	-.09	.03	-.51	.09	.35	-.40	-.09	-.06	.10	.12	-.03
K4+	-.14	.07	.08	.91	-.08	-.03	-.07	.11	.12	-.09	.11
k5	.12	.00	-.02	.84	-.10	.09	.02	-.01	-.05	.19	-.17
K3	.15	.07	.05	.37	.18	-.35	.26	.03	.09	-.24	-.01
f1(h)	-.26	.05	.19	-.06	.69	-.18	.15	.11	.03	.06	-.03
f2(h)	.23	.07	-.06	-.17	.64	.17	-.09	.20	.08	-.19	-.12
Pers9	.00	.26	.13	.02	-.53	-.10	.07	.43	-.02	-.23	-.08
F11+(M)	-.01	.06	-.03	.00	-.01	-.87	-.11	.02	-.12	-.07	-.04
F3-(M)	.18	-.13	-.01	-.02	-.06	-.77	.03	-.02	.02	.08	.00
I2	.00	.05	.09	-.04	.07	.19	.87	.03	-.04	.09	-.03
F6-(M)	.11	.02	-.07	.11	-.09	-.13	.63	.00	.22	-.35	.12
k7	.09	.26	-.23	-.03	-.11	-.34	.44	-.02	.17	-.16	.15
F10-(H)	-.01	-.04	-.27	.09	.09	-.01	.07	.78	-.02	-.12	-.11
F13+(H)	.10	.02	.25	-.02	.33	.06	-.07	.62	.14	.16	-.02
k2	-.04	.05	-.10	.03	-.03	.03	.10	-.01	.84	-.01	-.10
F5-(H)	.18	-.06	.16	.18	.29	.11	-.15	.10	.55	-.07	.17
F9-(T)	-.11	-.18	-.06	.29	.09	-.05	.13	-.29	.38	-.24	-.23
I7-	.16	-.10	-.05	-.04	.00	-.02	.09	.10	.06	-.77	-.14
I5-	.41	-.05	.00	.03	-.16	-.14	.27	.06	.31	.43	-.13
K6+	.15	.02	.33	.15	.03	-.31	-.12	-.19	.13	-.38	-.11
pers6-	-.05	.06	-.02	.22	.13	-.01	.05	.06	-.16	-.02	-.78
pers5	-.09	.28	.11	-.14	-.07	.03	-.07	.04	.13	-.05	-.72
pers7-	.14	-.02	.01	.04	.14	-.02	-.07	-.13	.10	-.15	-.68
Pers1	.00	-.09	.01	-.13	-.21	-.06	.02	.29	.40	.17	-.58
I1	.26	-.17	.07	.14	-.07	-.15	.19	.17	-.11	-.04	-.37

Anmerkung: Faktorladungen $\geq |.30|$ sind fett gedruckt

Nach Eliminierung von Items nach den oben beschriebenen Kriterien verblieben 18 Items mit den in Tabelle 10 dargestellten Eigenschaften.

Bewertung:

Die Skala „Frustrationstoleranz für Konflikte im Kliniksetting“ ist in Tabelle 10 zur Illustration in drei Subskalen aufgegliedert. Diese entsprechen den bei der Itemsammlung konzipierten Inhaltsbereichen, ließen sich aber faktorenanalytisch nicht voneinander trennen. Für die Gesamtskala Frustrationstoleranz, wie auch für die Skalen Kompetenzerwartung und Persistenzüberzeugung ließ sich kein zufriedenstellendes Cronbach's α erzielen. Diese Skalen sind

somit aufgrund ihrer eingeschränkten Messgenauigkeit nur bedingt für spätere Zusammenhangsprüfungen geeignet. Die Skala Intention zur Mitarbeit weist mit $\alpha = .78$ eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf, zeigt allerdings auch eine stark rechtssteile Verteilung.

Eine Zwischenanalyse an den ersten konsekutiven 500 Fällen der klinischen Stichprobe ergab für die Skala Intention zur Mitarbeit eine noch höhere Verteilungsschiefe ($M = 13.89$, $SD = 1.74$, Schiefe = -1.80, Kurtosis = 2.99). Daraufhin wurden drei weitere Items, für die höhere Schwierigkeitsindizes angenommen wurden, für diese Skala formuliert (vgl. Anhang: Fragebogen Seite 7, Items 19-21). Von den $N = 4636$ Studienteilnehmern erhielten $N = 3825$ (82.5 %) den um die entsprechenden Items ergänzten Fragebogen.

Für die klinische Stichprobe muss die in der Vorstudie entwickelte Skalenstruktur noch einmal überprüft werden, bevor ihre deskriptive und inferenzstatistische Auswertung erfolgen kann.

Tabelle 10: Skalen- und Itemeigenschaften nach Itemselektion.

Name	Skala m	s	α	Item-Nr.	m	s	r_{it}
Intention zur Mitarbeit	12.54	2.15	0.78	I3	4.33	0.89	0.66
				I4	4.19	0.82	0.72
				I6	4.02	0.86	0.50
Kompetenzerwartung	11.06	2.08	0.55	K3-	3.97	0.98	0.52
				K4	3.75	0.88	0.30
				K7	3.34	1.00	0.29
Persistenzüberzeugung	11.88	1.95	0.57	Pers6-	3.63	0.98	0.51
				Pers7-	4.07	0.90	0.41
				Pers8	4.18	0.77	0.25
Frustrationstoleranz für Konflikte im Kliniksetting	26.42	4.50	0.45				
<i>darunter:</i>							
Frustrationstoleranz für Konflikte mit Therapeuten	8.37	2.15	0.30	F(T)4-	2.00	0.91	0.22
				F(T)7	3.41	1.23	0.09
				F(T)9-	2.96	1.17	0.21
Frustrationstoleranz für Konflikte mit der Hausordnung	10.17	2.63	0.51	F(H)1	2.42	1.29	0.28
				F(H)2	4.25	1.12	0.37
				F(H)13	3.51	1.29	0.32
Frustrationstoleranz für Konflikte mit Mitpatienten	7.87	2.52	0.47	F(M)3-	2.63	1.17	0.45
				F(M)8-	2.30	1.31	0.09
				F(M)11	2.93	1.13	0.39

6.4.2 Per Fragebogen erhobene Variablen

Diejenigen Parameter des Theoriemodells (vgl. Abbildung 7), die in der vorliegenden Untersuchung erhoben wurden, sind in Abbildung 8 zur besseren Veranschaulichung noch einmal graphisch dargestellt⁶.

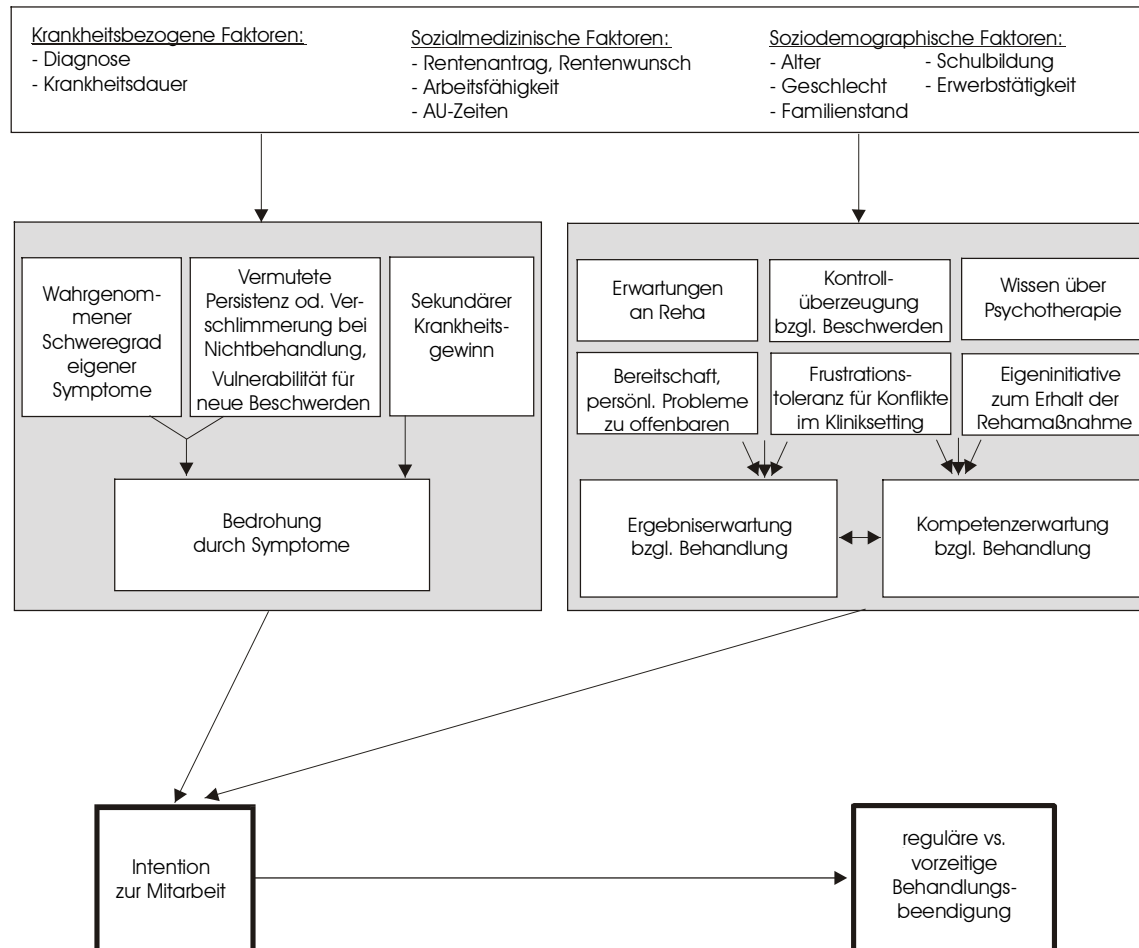


Abbildung 8: Für die vorliegende Arbeit erhobene Modellparameter des sozialkognitiven Modells der vorzeitigen Behandlungsbeendigung (vgl. Abbildung 7).

Der Fragebogen vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme umfasste 12 DIN-A4-Seiten und ist im Anhang vollständig abgedruckt. Er gliedert sich grob in die drei Teile (1) Psychische und körperliche Beschwerden, (2) Einstellungen und Erwartungen bzgl. der bevorstehenden Rehabilitationsmaßnahme und (3) soziodemographische, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Parameter.

Eine Übersicht über die eingesetzten Fragebögen, Subskalen bzw. Einzelitems gibt Tabelle 11.

⁶ Zusätzlich zu den dargestellten Variablen wurden in einer 6-Monats-Katamnese auch *Behandlungsergebnis* und *-zufriedenheit* erhoben. Die Bearbeitung der damit verbundenen Fragestellungen ist nicht Gegenstand der vorliegenden Dissertation und ist an anderer Stelle dokumentiert (weitere Informationen unter <http://www.uke.uni-hamburg.de/agpv>)

Tabelle 11: Übersicht über die per Fragebogen erhobenen Variablen.

Konstrukt / Variable	Fragebogen / Skala / Item	Items
Wahrgenommener Schweregrad eigener Symptome	- SF-12 - SCL-90-R (Subskalen und Einzelitems) - Globaleinschätzungen (eigene Items)	12 41 2
Persistenzüberzeugung	- eigene Items	3
Sekundärer Krankheitsgewinn	- FPTM-23, Subskala <i>Symptombezogene Zuwendung</i>	3
Bedrohung durch Symptome	- FPTM-23, Subskala <i>Psychischer Leidensdruck</i>	4
Ergebniserwartung	- FPTM-23, Subskala <i>Hoffnung</i>	4
Kompetenzerwartung	- eigene Items	3
Erwartungen an Reha	- Items aus bestehenden Fragebögen zu Behandlungserwartungen und -zielen (vgl. Text) - eigene Items zum Wunsch nach Psychotherapie	32 2
Kontrollüberzeugung bzgl. Beschwerden	- GKÜ	9
Wissen über Psychotherapie	- FPTM-23, Subskala <i>Wissen</i>	4
Bereitschaft, persönl. Probleme zu offenbaren	- FPTM-23, Subskala <i>Verneinung psych. Hilfsbedürftigkeit</i>	4
Frustrationstoleranz für Konflikte im Kliniksetting	- eigene Items	9
Eigeninitiative zum Erhalt der Rehamaßnahme	- FPTM-23, Subskala <i>Initiative</i> - eigenes Item	4 1
Intention zur Mitarbeit	- eigene Items	6
Soziodemographische Daten	- Alter - Geschlecht - Staatsangehörigkeit - Familienstand - Schulabschluss - Zahl der Kinder im Haushalt - Alter des jüngsten Kindes im Haushalt - Berufstätigkeit (Umfang)	1 1 1 1 1 1 1 1
Sozialmedizinische Daten	- AU-Zeiten - Krankschreibung aktuell - Rentenantrag - Frühberentungsüberlegung	2 1 1 2
Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	- Arztbesuche (letzte 3 Monate) - Medikamentenkonsum (letzte 4 Wochen)	1 1

Zur Erfassung *psychischer und körperlicher Beschwerden* vor der Rehabilitationsmaßnahme wurden zwei gut eingeführte Instrumente sowie drei Einzelitems eingesetzt: Der Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 12 (Bullinger & Kirchberger, 1998) erfasst mit 12 Items den Grad gesundheitlicher Funktionseinschränkung infolge körperlicher und psychischer Beschwerden in Beruf, Hausarbeit und Freizeit, in der hier ausgewählten Version für das zurückliegende 4-Wochen-Zeitfenster. Des weiteren wurden aus der Symptom-Check-Liste SCL-90-R (Franke, 1995) die drei Subskalen *Ängstlichkeit*, *Depressivität* und *Somatisierung* ausgewählt, weil die genannten Subskalen zentrale Zielgrößen in der psychosomatischen Rehabilitation darstellen (vgl. zum Beispiel Gerdes, Weidemann & Jäckel, 2000) und die gesamte SCL-90-R mit 90 Items unökonomisch erschien. Einer Kurzversion der SCL-90-R (Klaghofer & Brähler, 2001) folgend wurde zusätzlich aus den übrigen sechs Subskalen jeweils ein Item ausgewählt (das jeweils ladungsstärkste in der Stichprobe von Klaghofer &

Brähler, 2001), so dass zusammen mit dem jeweils ladungsstärksten Item aus den drei genannten Subskalen die SCL-K-9 gebildet werden konnte, deren Summenscore zu $r = .93$ mit dem Global Severity Index GSI der SCL-90-R korreliert (Klaghofer & Brähler, 2001). Für methodische Fragestellungen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind und deshalb hier nicht weiter ausgewertet werden, wurde je ein Item zur globalen Selbsteinschätzung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustands eingesetzt. Es handelte sich um siebenstufige Items (sehr gut bis sehr schlecht) mit den Fragen „Wie würden Sie Ihren körperlichen (bzw. Item 2: seelischen) Gesundheitszustand der letzten vier Wochen insgesamt beschreiben?“. Schließlich wurde die Beschwerdedauer mit einem Einzelitem erfragt.

Zur Operationalisierung von *Ergebniserwartung*, *Selbstwirksamkeitserwartung* und des Bereichs der *Einstellungen zur psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme* wurden verschiedene Skalen und Einzelitems eingesetzt. Der Fragebogen zu Gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen GKÜ (Hasenbring, 1989) umfasst neun Items und enthält die Subskalen *internal*, *external – mächtige andere* und *external – Schicksal*. Weitere Einzelitems beziehen sich auf die Initiative zur Rehabilitationsmaßnahme, auf den Wunsch nach Psychotherapie und bei Bejahung des letzteren auf Wünsche nach einer konkreten Therapieform. Des weiteren wurde die Bewilligungsdauer erfragt, die der Forschungsgruppe zwar auch durch die RV-Träger übermittelt wurde, aber an dieser Stelle als Bezugspunkt für eine Beurteilung durch die beiden nachfolgenden Items dienen sollte. In diesen Items wurde erfragt, wie der Versicherte die bewilligte Behandlungsdauer beurteilt und in welcher Behandlungswoche er mit einer deutlichen Beschwerdeverbesserung rechnet. Beide Items dienten einer Operationalisierung der aus Patientensicht angemessenen Behandlungsdauer, die im ambulanten Setting als Prädiktor für die tatsächliche Behandlungsdauer ermittelt wurde (Pekarik, 1991).

Anschließend wurden die vorab entwickelten (vgl. Abschnitt 6.4.1.2) Skalen *Intention zur Mitarbeit*, *Kompetenzerwartung*, *Frustrationstoleranz für Konflikte im Kliniksetting* und *Persistenzüberzeugung* erhoben. Die entsprechenden Items, die dasselbe Antwortformat haben, wurden in gemischter Abfolge präsentiert, um Antworttendenzen zu verringern und die Varianz der einzelnen Skalen zu erhöhen.

Für die Erfassung von *Behandlungserwartungen* wurden den Studienteilnehmern auf die Frage „Wie sehr würden Ihnen die folgenden Behandlungsmaßnahmen helfen?“ 17 Items vorgegeben, die auf einer 5-stufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ einzustufen waren. 14 Items stammten aus der Liste der Behandlungserwartungen aus der Psychotherapie-Ambulanzdokumentation der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Würzburg (Faller, 1998, 2000). Diese enthalten die Subskalen *einsichtsorientierte* (z.B.: Gespräche

über meine inneren Konflikte), *verhaltensmodifizierende* (z.B.: Übung neuer Verhaltensweisen), *passive* (z.B.: Von Verpflichtungen entlasten) und *somatische Behandlungserwartung* (z.B.: Medikamente). Zusätzlich wurden 3 Items aus einem Fragebogen zu rehabilitationsbezogenen Erwartungen von Rückenschmerzpatienten (Deck et al., 1998) eingesetzt, die aus der Subskala *berufs- und rentenbezogene Erwartungen* stammen (Beispielitem: „Bestätigung meiner verminderten Leistungsfähigkeit“). Letztere wurden leicht umformuliert (substantivisch), um sie im Format den anderen 14 angleichen zu können.

Behandlungsziele wurden mit 15 Items erfragt, die mit der Frage „Welche Behandlungsziele haben Sie?“ eingeleitet waren und im gleichen Antwortformat wie die Behandlungserwartungen beantwortet werden konnten. Zehn dieser Items stammten aus der Liste der Behandlungsziele aus der Psychotherapie-Ambulanzdokumentation der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Würzburg (Faller, 2000) und fünf aus einer Therapiezielsammlung aus Entlassungsberichten der psychosomatischen Rehabilitation (Dirmaier, 2000). Drei Items beziehen sich auf eine angestrebte berufliche Reintegration (z.B.: „Meine Arbeitsfähigkeit erhalten bzw. wieder herstellen“), die übrigen zwölf Items wurden in Anlehnung an Ambühl (1999) in eher psychoanalytische (z.B.: „Meine eigene Lebensgeschichte besser verstehen“) und eher verhaltenstherapeutische Zielsetzungen (z.B.: „Meine Schmerzen besser bewältigen können“) aufgeteilt.

Die Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23), die auf der Basis der ursprünglich 40 Item umfassenden Version (H. Schulz et al., 1995) für die vorliegende Arbeit verkürzt worden war (siehe Abschnitt 6.4.1.1), enthält wie beschrieben die sechs Subskalen *Hoffnung*, *Psychischer Leidensdruck*, *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit*, *Symptombezogene Zuwendung durch andere*, *Initiative* und *Wissen*.

Auf den letzten beiden Seiten des Fragebogens schlossen sich Fragen zu *gesundheitsbezogenem Inanspruchnahmeverhalten* sowie *sozialmedizinischen und demographischen Variablen* an. Hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens wurde, in Anlehnung an Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft *Reha-Ökonomie* des Förderschwerpunktes Rehabilitationsforschung (Deck & Röckelein, 1999; Hessel et al., 1999) die Zahl von Arztbesuchen (unterteilt nach verschiedenen Facharztrichtungen) für das zurückliegende 3-Monats-Zeitfenster sowie Name und Dosierung eingenommener Medikamente in den zurückliegenden 4 Wochen erfragt. Beide Variablen dienen als Baseline zum Vergleich mit den gleichen bei Katamnese erhobenen Parametern. Sozialmedizinische und demographische Variablen waren Berufstätigkeit und deren Umfang, AU-Zeiten getrennt für Berufs- und Nicht-Berufstätige, Krankschreibung aktuell, Rentenantrag, Rentenbedürftigkeit, Frühberentungsüberlegung für die Zeit nach der

Reha (beide Items eignen sich nach Lutz (1999) zur Erfassung der Beschäftigung mit dem Thema Rente, weil sie über die Dichotomie *Rentenanspruch gestellt vs. nicht gestellt* hinausgehen), Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Schulabschluss, Zahl der Kinder im Haushalt und Alter des jüngsten Kindes im Haushalt (die letzten beiden Items zur Erfassung elterlicher Verpflichtungen als möglichem Prädiktor für einen späteren Abbruch).

6.4.3 Daten aus dem Entlassungsbericht

Von den Rentenversicherungsträgern wurden die in Tabelle 12 dargestellten Entlassungsberichtsdaten an die Hamburger Forschungsgruppe übermittelt:

Tabelle 12: Übermittelte Variablen aus dem Entlassungsbericht in Abhängigkeit des Rentenversicherungsträgers.

Übermittelte Variable aus E-Bericht	BfA	LVA Westfalen	LVA Rhld.-Pfalz
Geschlecht	+	+	+
Alter	+	+	
Antragsdatum	+	+	
Bewilligungsdatum	+	+	+
Datum der Einverständniserklärung		+	
AU 12 Monate vor Reha	+	+	+
Bewilligungsdauer	+	+	+
1.-3. Bewilligungsdiagnose nach ICD-10		+	+
Aufnahmedatum	+	+	+
Entlassungsdatum	+	+	+
Entlassungsform	+	+	+
1.-5. Entlassungsdiagnose nach ICD-10	+	+	+
Therapeuteneinschätzung des Behandlungsergebnisses zur Erstdiagnose (dreistufig: gebessert – unverändert – verschlechtert)	+	+	+
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung	+	+	+
positives und negatives Leistungsbild	+	+	+
Leistungsfähigkeit (zeitl. Umfang)	+	+	+
Rentenart und Bescheiddatum	+		

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die Daten, die dem Behandlungsergebnis zuzurechnen sind (Therapeuteneinschätzung und sozialmedizinische Beurteilung), nicht ausgewertet, da ihnen erst gemeinsam mit den Katamnesedaten eine zufriedenstellende Aussagekraft zukommt (vgl. Kapitel 2.3 zur kritischen Bewertung von Ergebnisdaten) und sie nicht Gegenstand der vorliegenden Fragestellungen sind.

6.4.4 Definition Behandlungsabbruch

Wie in Abschnitt 2.1 ausführlicher dargestellt, werden Sensitivität und Spezifität der Abbruchdefinition zu optimieren versucht, indem – ausgehend von der Gesamtheit der vorzeitigen Entlassungen – (1) Subgruppen in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer gebildet

werden, (2) ein Pufferzeitraum zwischen Entlassungszeitpunkt und Ablauf der Bewilligungsdauer in die Abbruchdefinition einbezogen wird und (3) Verlegungen wegen deren inhaltlicher Besonderheit getrennt von den übrigen vorzeitigen Entlassungen betrachtet werden.

Für die vorliegende Arbeit werden als Pufferzeitraum vier Tage zwischen Entlassung und Bewilligungsdauer angelegt. Diese Grenze gründet sich auf die Überlegung, dem Patientenwunsch, bei einem Behandlungsende Montags oder Dienstags bereits Freitags die Klinik zu verlassen, Rechnung zu tragen und gleichzeitig mehr als drei versäumte Behandlungstage (am Entlassungstag wird i.d.R. nicht mehr behandelt) als substantiell zu erachten. Eine vorzeitige Entlassung wird also erst dann als Abbruch bewertet, wenn sie mehr als vier Tage vor Ablauf der bewilligten Behandlungsdauer erfolgt.

Die so gebildete Abbruchdefinition wird in Tabelle 13 veranschaulicht.

Tabelle 13: Definition der Entlassungsgruppen für die vorliegende Arbeit.

Entlassungsgruppe	Entlassungsform ^a	Behandlungsdauer
regulär	1	egal
	2-5	$0 \text{ d} \leq (\text{Bew'dauer} - \text{Beh'dauer}^b) \leq 3 \text{ d}$
frühe Abbrüche	2-5	1 bis 14 d
mittlere Abbrüche	2-5	15 d bis 28 d
		$\text{Bew'dauer} - \text{Beh'dauer} \geq 4 \text{ d}$
späte Abbrüche	2-5	$\geq 29 \text{ d}$
		$\text{Bew'dauer} - \text{Beh'dauer} \geq 4 \text{ d}$
Verlegung	6	egal

Anmerkungen:

^a Die Ziffern der Entlassungsform beziehen sich auf die Kodierung im E-Bericht (1: regulär, 2: vorzeitig auf ärztl. Veranlassung, 3: vorzeitig mit ärztl. Einverständnis, 4: vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis, 5: disziplinarisch, 6: verlegt)

^b Bew'dauer := Bewilligungsdauer; Beh'dauer := Behandlungsdauer

Für die Verlegungen wird in Anbetracht der zu erwartenden geringen Fallzahl (nur 0.3 % aller stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen wurden im Berichtsjahr 1997 durch Verlegung beendet, vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1998) keine weitere Untergruppenbildung angestrebt.

6.5 Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsanalyse

Stichprobenmerkmale sind in Tabelle 14 und Tabelle 15 dargestellt. Wie die zugehörigen Repräsentativitätsanalysen zeigen, ist die Gruppe der Antwortter hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Rentenversicherungsträger, AU-Tage im zurückliegenden Halbjahr, Hauptdiagnose und Entlassungsart weitgehend repräsentativ für die Gesamtgruppe der ursprünglich

Angeschriebenen (trotz signifikanter χ^2 -Tests keine Gruppenunterschiede von wenigstens kleiner Effektstärke).

Tabelle 14: Repräsentativitätsanalysen für Antwortter zu t_0 im Vergleich zu den insgesamt Angeschriebenen.

Variable	Angeschriebene gesamt		Antwortter t_0		Signifikanztests, Effektmaße ^a
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Rentenversicherungsträger					$\chi^2_{(2, N=6686)} = 29.9$
BfA	4000	59.8	2698	58.2	$phi = .07$
LVA Westfalen	1812	27.1	1269	27.4	$p < .01$
LVA Rheinland-Pfalz	874	13.1	671	14.5	
Geschlecht					$\chi^2_{(1, N=6679)} = 0.4$
männlich	2201	33.0	1524	33.2	$phi = -.01$
weiblich	4478	67.0	3066	66.8	$p = .52$
AU 12 Monate vor Reha					$\chi^2_{(4, N=4274)} = 19.8$
keine	765	17.9	547	18.3	$phi = .07$
<3 Monate	1617	37.8	1176	39.4	$p < .01$
3-6 Monate	596	13.9	412	13.8	
6+ Monate	1153	27.0	781	25.2	
nicht erwerbstätig	143	3.3	98	3.3	
Entlassungshauptdiagnose (ICD-10)					$\chi^2_{(8, N=5921)} = 52.8$
Depressive St. (F32-34)	2077	35.1	1468	35.3	$phi = .09$
Angstst. (F40-41)	714	12.1	532	12.8	$p < .01$
Belastungs- / Anpassungsst. (F43)	1170	19.8	857	20.6	
Somatoforme St. (F45)	657	11.1	441	10.6	
Neurasthenie (F48.0)	222	3.7	133	3.2	
Essstörungen (F50)	160	2.7	114	2.7	
Persönlichkeitsst. (F60-61)	199	3.4	118	2.8	
Sonstige psychische St. (Kap. F)	279	4.7	171	4.1	
Somatische Hauptdiagnose	443	7.5	332	7.9	
Entlassungsform					$\chi^2_{(5, N=5817)} = 16.3$
regulär	5231	89.9	3781	90.6	$phi = .05$
vorz. auf ärztl. Veranlassung	51	0.9	26	0.6	$p < .01$
vorz. mit ärztl. Einverständnis	386	6.6	262	6.3	
vorz. gegen ärztl. Einverständnis	106	1.8	75	1.8	
disziplinarisch	12	0.2	7	0.2	
verlegt	31	0.5	20	0.5	
Abbruch					$\chi^2_{(4, N=5829)} = 8.6$
Abbruch 1-14d	127	2.2	80	1.9	$phi = .04$
Abbruch 15-28d	187	3.2	127	3.0	$p = .07$
Abbruch $\geq 29d$	160	2.7	108	2.6	
regulär	5324	91.4	3838	92.0	
verlegt	31	0.5	20	0.5	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Alter	44.25	9.46	44.35	9.42	$d = 0.001^b$

Anmerkungen:

^a Signifikanztests und Effektmaße bezogen auf Vergleich Antwortter vs. Nicht-Antwortter

^b kein Signifikanztest berechenbar, weil für die Gruppe der insgesamt Angeschriebenen keine Einzelwerte vorliegen.

Tabelle 15: Stichprobenmerkmal *Schulbildung* (nur für die Studienteilnehmer vorliegend).

Variable	Studienteilnehmer	
	<i>n</i>	%
Schulbildung		
kein bzw. Hauptschulabschluss	2407	52.7
mittlere Reife	1319	28.9
(Fach-)Hochschulreife bzw. –abschluss	745	16.3
Sonstiges	93	2.0

Ein Vergleich soziodemographischer Angaben der untersuchten Stichprobe mit den Daten aller im Jahre 2001 behandelten Patienten der stationären Psychosomatischen Rehabilitation (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2002) mit einer Hauptdiagnose aus dem Kapitel V des ICD-10 (ohne F1) ergibt nur geringfügige Unterschiede hinsichtlich der drei vorliegenden Variablen (Frauenanteil 67 % vs. 66 %, Altersmittelwert 44.3 vs. 45.5 Jahre, Anteil BfA-Versicherte 58 % vs. 59 %), womit die vorliegende Stichprobe als weitgehend repräsentativ für den Bereich der Psychosomatischen Rehabilitation gelten kann.

6.6 Skalenbildung

Zur Prüfung der psychometrischen Eigenschaften der eingesetzten Skalen wurden Faktoren- und Itemanalysen gerechnet, deren Ergebnisse nachfolgend berichtet werden. Tabelle 16 gibt einen Überblick über die deskriptiven Merkmale der Skalen. In den Abschnitten 6.6.1 bis 6.6.6 wird die Bildung der jeweiligen Skalen ausführlicher beschrieben, bevor in Abschnitt 6.6.7 Einzelitems mit nicht-metrischem Skalenniveau dargestellt werden.

6.6.1 Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12

Für den Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998) wurden wegen der unterschiedlichen Antwortformate der einzelnen Items Reliabilität (Cronbach's α) und Skalenfit mit dem Programm MAP (Multi-Trait-Multi-Item-Analysis-Program, Hayes, 1991), das eine Korrektur für unterschiedliche Antwortformate erlaubt, berechnet. Cronbach's α beträgt für die körperliche Summenskala .78 und für die psychische Summenskala .75 und liegt damit etwas unterhalb der andernorts berichteten internen Konsistenzen des SF-12, die in der Regel über .80 liegen (vgl. Bullinger et al., im Druck). Der Skalenfit beträgt für beide Skalen jeweils 100 %, d.h. jedes Item korreliert mit seiner eigenen Skala signifikant höher als mit der anderen Skala. Beide Skalen interkorrelieren zu $r = .37$.

Tabelle 16: Deskriptive Statistiken für eingesetzte Skalen und metrische Items sowie deren Platzierung im Fragebogen ($N_{\text{ges}} = 4638$).

Skala / Item	Item-Platzierung im Fragebogen	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Schiefe	<i>SE</i> (Schiefe)	Kurtosis	<i>SE</i> (Kurtosis)	α
SF-12, körperliche Summenskala	S. 1-2, Items 1-12 (gewichtet)	3826	37.86	10.09	0.28	0.040	-0.56	0.079	.78
SF-12, psychische Summenskala	S. 1-2, Items 1-12 (gewichtet)	3826	29.91	9.36	1.00	0.040	1.20	0.079	.75
SF-12, körperlicher Mittelwert (transformiert)	S. 1-2, Items 1-5, 8	4589	2.40	0.78	-0.38	0.036	-0.66	0.072	.82
SF-12, psychischer Mittelwert (transformiert)	S. 1-2, Items 6, 7, 9-12	4531	2.78	0.62	-1.06	0.036	1.13	0.073	.79
SCL-90-R, Somatisierung	S. 4, Items 1, 3, 5, 13, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32	4603	1.49	0.78	0.49	0.036	-0.28	0.072	.86
SCL-90-R, Depressivität und Ängstlichkeit	S. 4, Items 4, 6, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 29, 33, 38, 41, 2, 7, 10, 19, 21, 31, 34, 37, 39, 40	4602	1.71	0.84	0.22	0.036	-0.69	0.072	.94
SCL-K-9	S. 4, Items 11, 14, 17, 20, 24, 31, 32, 35, 36	4605	1.86	0.86	0.15	0.036	-0.66	0.072	.86
GKÜ, internal	S. 5, Items 1, 2, 4	4578	2.94	1.02	-0.03	0.036	-0.73	0.072	.78
GKÜ, external-Ärzte	S. 5, Items 5, 8	4581	2.77	1.14	0.25	0.036	-0.78	0.072	.66
GKÜ, external-Schicksal	S. 5, Items 3, 7, 9	4550	2.00	0.93	0.87	0.036	0.17	0.072	.53
Beschwerdedauer in Jahren (Einzelitem)	S. 5, Item 1	4414	7.43	7.99	1.79	0.036	9.20	0.073	-
Intention zur Mitarbeit	S. 7, Items 1, 4, 9, 19, 20, 21	3759	4.32	0.55	-0.79	0.037	0.58	0.074	.50
Intention zur Mitarbeit (log)	S. 7, Items 1, 4, 9, 19, 20, 21	3759	-2.0	0.14	-0.13	0.040	-0.81	0.080	.50
Kompetenzerwartung	S. 7, Items 5, 7, 13	4599	3.74	0.81	-0.44	0.040	-0.18	0.080	.39
Frustrationstoleranz für interaktionelle Konflikte im Klinik-setting	S. 7, Items 11, 14, 17	4524	2.95	0.95	0.17	0.036	-0.43	0.072	.49
Frustrationstoleranz für Einschränkungen durch die Hausordnung	S. 7, Items 2, 6, 8	4589	3.95	0.83	-0.54	0.036	-0.19	0.073	.25
Persistenzüberzeugung	S. 7, Items 3, 18	4594	2.36	0.99	0.46	0.036	-0.32	0.072	.30
Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme	S. 8 unten, Items 2, 5, 9, 11, 13, 15	4540	3.86	1.00	-0.82	0.036	0.00	0.072	.90
Behandlungsziel: körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit	S. 8 unten, Items 3, 10, 12, 14	4550	4.19	0.77	-0.90	0.036	0.40	0.073	.73
Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren	S. 8 oben, Items 11, 17	4233	2.37	1.21	0.65	0.036	-0.58	0.073	.60
FPTM-23, Psychischer Leidensdruck	S. 9, Items 9, 11, 20 23	4574	3.12	0.77	-0.88	0.038	0.12	0.075	.80
FPTM-23, Symptombezogene Zuwendung durch andere	S. 9, Items 7, 14, 17	4560	2.05	0.85	0.46	0.036	-0.65	0.072	.78
FPTM-23, Hoffnung	S. 9, Items 1, 5, 15, 22	4553	3.20	0.71	-0.81	0.036	0.06	0.073	.78
FPTM-23, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit	S. 9, Items 3, 4, 16, 18	4556	1.82	0.72	0.71	0.036	-0.17	0.073	.74
FPTM-23, Initiative	S. 9, Items 2, 8, 10 12	4548	2.74	1.01	-0.38	0.036	-1.15	0.073	.86
FPTM-23, Wissen	S. 9, Items 6, 13, 19, 21	4556	2.37	0.96	-0.01	0.036	-1.25	0.073	.74

Anmerkung: n: Anzahl Beantwortungen, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, SE: Standardfehler, α : Cronbach's Alpha

Bei der im Testhandbuch vorgegebenen Skalenbildung wird jedes Item des SF-12 mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert, bevor die gewichteten Items zu Summenscores zusammengefasst werden. Die jeweiligen Gewichte stammen aus einer regressionsanalytischen Vorhersage der SF-36-Summenscores durch die SF-12-Items im Rahmen einer Studie zur Testverkürzung an einer US-amerikanischen Stichprobe (vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998). Wegen dieser Gewichtung führt ein fehlender Wert in einem der 12 Items zu fehlenden Werten in beiden Summenskalen. Dementsprechend liegen im vorliegenden Datensatz nur für 3825 Patienten (82.5 %) Werte auf der körperlichen bzw. psychischen Summenskala vor.

Eine mögliche Systematik fehlender Werte wurde geprüft, indem zwischen der Dummy-Variable *Gültiger Wert im SF-12* und den Variablen Geschlecht, Schulabschluss, Staatsangehörigkeit, Rentenantrag, Rentenbedürftigkeit und Wunsch nach Psychotherapie Chi²-Tests gerechnet wurden sowie t-Tests mit den abhängigen Variablen Alter, SCL-90-R (Subskalen *Somatisierung* und *Depressivität und Ängstlichkeit*), den GKÜ- und den FPTM-23-Subskalen sowie der Skala *Intention zur Mitarbeit*. Wegen der hohen Fallzahl erwiesen sich mehrere Gruppenunterschiede als statistisch signifikant, jedoch erreichten sie in keiner Variable Effektstärken von wenigstens kleiner Ausprägung ($\phi \geq .10$ oder $d \geq .20$). Die in diesem vernachlässigbaren Bereich noch höchsten Effektstärken zeigten sich bei den Variablen Schulabschluss (je niedriger, desto mehr fehlende Skalenwerte; $\chi^2_{(df=5)} = 38.0$, $\phi = .09$, $p < .001$) und Alter (etwas mehr fehlende Werte in den Altersgruppen über 50 Jahren, $\chi^2_{(df=4)} = 25.5$, $\phi = .09$, $p < .001$). In vergleichbar geringem Maße sagten beide Variablen fehlende Skalenwerte in einer Untersuchung an orthopädischen Patienten (Morfeld, Dietsche, Bürger & Koch, 2002) vorher (in logistischer Regression $\text{Exp}(B) = .96$ für Alter und $.13$ für Schulbildung).

Weil fehlende Werte im SF-12 aber keine nennenswerte Systematik aufwiesen, wurden in der vorliegenden Studie neue SF-12-Skalen gebildet, um die Anzahl gültiger Werte zu erhöhen. Hierzu wurde auf die Gewichtung der Einzelitems verzichtet und stattdessen jedes Items auf gleiche Skalenbreite transformiert. Bei der linearen Transformation wurde eine Skalenbreite von 5 (0 bis 4) gewählt. Um Verzerrungen bei extremen Itemkategorien zu vermeiden, wurden bei der Transformation die Skalenränder statt der Mitten der Randkategorien gleichgesetzt (vgl. Aiken, 1987; Henss, 1989). Aus den auf diese Weise transformierten Items wurden anschließend ungewichtete Mittelwerte für die körperliche bzw. psychische Lebensqualität berechnet. Dabei wurde a-priori festgelegt, Skalenmittelwerte zu berechnen, wenn mindestens 4 von 6 Items beantwortet worden waren. Zur Überprüfung des Ausmaßes, in welchem diese Mittelwerte die ursprünglichen Summenskalen abbilden, wurden Produkt-Moment-Korrelationen berechnet. Sie betragen zwischen körperlichem Mittelwert und körperlicher

Summenskala $r = .96$ ($n = 3823$, $p < .001$) und zwischen psychischem Mittelwert und psychischer Summenskala $r = .93$ ($n = 3822$, $p < .001$). Körperlicher und psychischer Mittelwert interkorrelieren mit $r = .35$ ähnlich hoch wie die beiden Summenskalen ($r = .37$).

Da Algorithmen zur Ersetzung fehlender Werte bislang nur für die Langversion SF-36 vorliegen (Kosinski, Bayliss, Bjornder & Ware, 2000), nicht aber für die Kurzform SF-12, wird in der vorliegenden Arbeit mit den psychischen und körperlichen Mittelwerten aus den entsprechenden, transformierten Items gerechnet, um die Anzahl der gültigen Skalenwerte zu erhöhen. Diese Ersetzung erscheint aufgrund der hohen Korrelationen zwischen den neuen und ursprünglichen Skalenwerten gerechtfertigt.

Um die neu gebildeten Skalen auch faktoriell zu validieren, wurde über die transformierten Items eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation (listenweiser Fallausschluss, $n = 3722$) gerechnet. Der Eigenwertverlauf rechtfertigte nach dem Scree-Test (Abbildung 9) eine 2-Faktoren-Lösung, die 52.2 % Varianzaufklärung erbrachte.

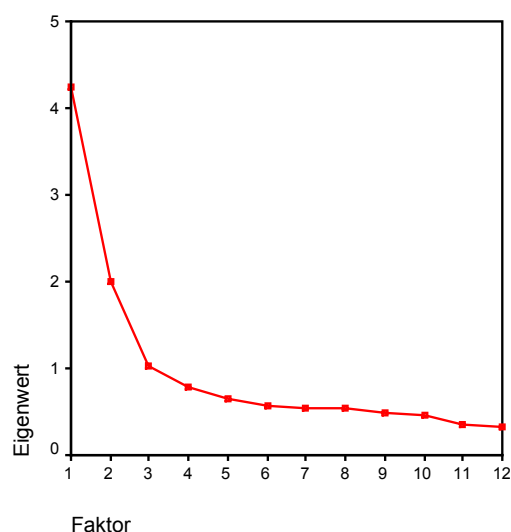


Abbildung 9: Eigenwertverlauf der Hauptkomponentenanalyse über die 12 auf gleiche Skalenbreite transformierten Items des SF-12 (listenweiser Fallausschluss, $n = 3722$)

Die rotierte Komponentenmatrix (Tabelle 17) bestätigt die erwartete Item-Skalen-Zuordnung, lediglich Item 1 weist zusätzlich zur Ladung auf dem eigenen, körperbezogenen Faktor von .59 eine Ladung von .40 auf dem psyche-bezogenen Faktor auf. Auf dieses Ladungsmuster weisen bereits die Testautorinnen hin (Bullinger & Kirchberger, 1998), so dass die im Testhandbuch vorgesehene Item-Skalen-Zuordnung insgesamt gut repliziert und damit beibehalten werden kann. Wählt man für den Umgang mit fehlenden Werten in der Faktorenanalyse statt des listenweisen Fallausschlusses eine Mittelwertersetzung, so ändern sich Eigenwertverlauf und rotierte Komponentenmatrix nur in der zweiten Nachkommastelle.

Tabelle 17: Rotierte Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse der transformierten SF-12-Items (Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung, listenweiser Fallausschluss, $n = 3722$).

Item	Komponente	
	1	2
sf2 (transformiert)	.82	.07
sf8 (transformiert)	.75	.07
sf3 (transformiert)	.75	.08
sf5 (transformiert)	.71	.14
sf4 (transformiert)	.62	.15
sf1 (transformiert)	.59	.40
sf6 (transformiert)	.02	.72
sf11 (transformiert)	.09	.72
sf9 (transformiert)	.12	.71
sf7 (transformiert)	.04	.69
sf10 (transformiert)	.29	.64
sf12 (transformiert)	.23	.64

Anmerkung: Faktorladungen $\geq .30$ sind fett gedruckt.

Sowohl die herkömmlichen als auch die neu gebildeten SF-12-Skalen weichen in Schiefe und Kurtosis deutlich von einer Normalverteilung ab (vgl. Tabelle 16). Die negativen Schiefen der transformierten Mittelwerte (-0.38 und -1.06) übersteigen ihre jeweiligen Standardfehler um mehr als das Doppelte und zeigen damit rechtssteile Verteilungen an. Die Patienten scoren demnach bei den körperlichen und psychischen Funktionseinschränkungen eher im höheren Bereich. Bei der psychischen Funktionseinschränkung ist die Verteilung zudem schmalgipfliger als eine Normalverteilung (Kurtosis > 0), die körperliche Funktionseinschränkung ist hingegen breitgipfliger verteilt. Wegen der großen Stichprobe haben die Abweichungen von der Normalverteilung jedoch nur minimale Auswirkungen auf inferenzstatistische Berechnungen. Aus diesem Grunde wird bei den nachfolgenden Skalen nicht mehr gesondert auf die Verteilungseigenschaften eingegangen.

6.6.2 Subskalen aus der SCL-90-R

Für die Items der Subskalen *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Somatisierung* der SCL-90-R ergab die Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation (listenweiser Fallausschluss, $n = 3586$) einen Eigenwertverlauf (Abbildung 10), der nach dem Scree-Test eine Beschränkung auf zwei oder drei Faktoren nahe legt. Eigenwertverlauf und rotierte Komponentenmatrix ändern sich nur geringfügig, wenn statt des listenweisen Fallausschlusses eine Mittelwertsersetzung gewählt wird.

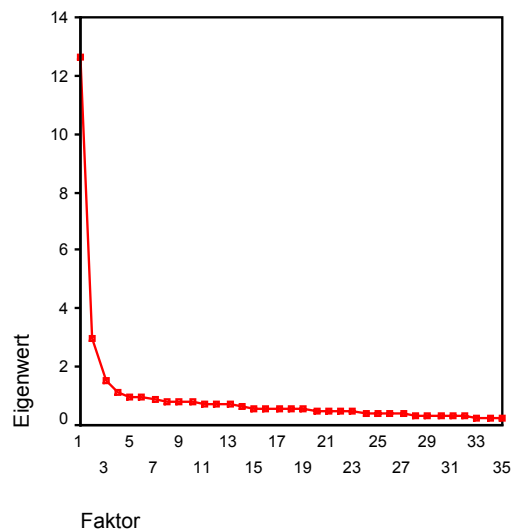


Abbildung 10: Eigenwertverlauf aus der Hauptkomponentenanalyse der 35 Items der SCL-90-R-Subskalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* (mit listenweisem Fallausschluss, $n = 3586$)

Weil der Itemauswahl drei Subskalen zugrunde liegen, wurde zunächst eine Lösung mit den theoretisch zu erwartenden drei Faktoren berechnet. Deren Varianzaufklärung beträgt 48.9 %. Wie die rotierte Komponentenmatrix (Tabelle 19) zeigt, ergibt sich im vorliegenden Datensatz kein eigenständiger Faktor *Ängstlichkeit*. Vielmehr weisen 8 von 9 Items dieser Skala Faktorladungen größer als .30 auf dem Faktor, der von den Depressivitäts-Items dominiert wird, auf. Aus diesem Grund wurde eine Zwei-Faktoren-Lösung berechnet (Varianzaufklärung 44.5 %), in der die Items der Subskalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* mehrheitlich auf einem gemeinsamen Faktor laden. Wie die rotierte Komponentenmatrix (Tabelle 19) zeigt, weisen auch bei der Zwei-Faktoren-Lösung noch 8 Items der Subskalen *Depressivität* bzw. *Ängstlichkeit* sowie 3 Items der Subskala *Somatisierung* Faktorladungen über .30 auf dem benachbarten Faktor auf. Dies entspricht der andernorts verschiedentlich beschriebenen unklaren Faktorstruktur der SCL-90-R-Items (Carpenter & Hittner, 1995; Klaghofer & Brähler, 2001) und verwundert bei näherer Betrachtung der Iteminhalte nicht. Betroffen sind Items, die einen sich überlappenden Symptombereich aus somatischen und depressiven bzw. ängstlichen Beschwerden abbilden: Herzklopfen und Herzjagen (21ang), Hitzewallungen und Kälteschauer (26som), das Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben (Item 28som), ein Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist (33dep), Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken (41dep) etc.

Auf eine sich anbietende Itemselektion zur Optimierung der Faktorenstruktur wurde wegen der weiten Verbreitung der SCL-90-R als klinisches Beschwerdemaß verzichtet, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen zu gewährleisten. Somit werden die beiden Subskalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* sowie *Somatisierung* aus allen jeweils vorliegenden Items gebildet.

Tabelle 18: Items aus den Subskalen Depressivität (dep), Ängstlichkeit (ang) und Somatisierung (som) der SCL-90-R: Rotierte Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung bei Beschränkung auf 3 Faktoren (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 3586$).

Item	Komponente		
	1	2	3
scl16 (dep)	.80	.21	.09
scl29 (dep)	.78	.22	.13
scl38 (dep)	.77	.21	.07
scl18 (dep)	.73	.16	.16
scl15 (dep)	.72	.17	.03
scl12 (dep)	.69	.23	.04
scl17 (dep)	.66	.28	.10
scl41 (dep)	.60	.15	.40
scl6 (dep)	.58	.21	.05
scl19 (ang)	.58	.50	.08
scl8 (dep)	.57	.23	.09
scl33 (dep)	.57	.14	.49
scl40 (ang)	.56	.48	.10
scl39 (ang)	.51	.46	.13
scl4 (dep)	.48	.05	.21
scl9 (dep)	.44	.39	.07
scl21 (ang)	.16	.68	.25
scl34 (ang)	.39	.66	.12
scl7 (ang)	.26	.63	.11
scl2 (ang)	.39	.59	.12
scl10 (ang)	.35	.58	.15
scl5 (som)	.06	.53	.37
scl3 (som)	.09	.52	.31
scl31 (ang)	.43	.50	.19
scl28 (som)	.33	.49	.27
scl37 (ang)	.35	.48	.15
scl25 (som)	.11	.46	.44
scl26 (som)	.18	.46	.36
scl22 (som)	.13	.34	.30
scl23 (som)	.02	.12	.75
scl32 (som)	.21	.23	.75
scl30 (som)	.27	.22	.71
scl13 (som)	.05	.04	.70
scl27 (som)	.03	.28	.63
scl1 (som)	.08	.19	.41

Faktorladungen $\geq .30$ sind fett gedruckt.

Tabelle 19: Items aus den Subskalen Depressivität (dep), Ängstlichkeit (ang) und Somatisierung (som) der SCL-90-R: Rotierte Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung bei Beschränkung auf 2 Faktoren (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 3586$).

Item	Komponente	
	1	2
scl16 (dep)	.80	.11
scl29 (dep)	.79	.15
scl38 (dep)	.78	.09
scl15 (dep)	.73	.04
scl12 (dep)	.72	.08
scl18 (dep)	.71	.15
scl19 (ang)	.71	.26
scl17 (dep)	.70	.16
scl40 (ang)	.69	.27
scl39 (ang)	.63	.29
scl6 (dep)	.61	.09
scl8 (dep)	.60	.14
scl34 (ang)	.59	.39
scl31 (ang)	.57	.37
scl41 (dep)	.56	.37
scl2 (ang)	.56	.36
scl9 (dep)	.54	.21
scl33 (dep)	.52	.44
scl10 (ang)	.52	.38
scl37 (ang)	.48	.33
scl7 (ang)	.46	.38
scl28 (som)	.45	.44
scl4 (dep)	.44	.16
scl32 (som)	.20	.74
scl23 (som)	-.01	.71
scl30 (som)	.26	.70
scl27 (som)	.06	.68
scl13 (som)	-.01	.62
scl25 (som)	.22	.60
scl5 (som)	.21	.57
scl21 (ang)	.37	.54
scl26 (som)	.30	.52
scl3 (som)	.24	.51
scl1 (som)	.10	.44
scl22 (som)	.22	.41

Faktorladungen $\geq .30$ sind fett gedruckt.

In Anlehnung an die Empfehlungen des Handbuchs (Derogatis, 1977) wurde festgelegt, Skalenwerte dann zu berechnen, wenn mind. 14 von 23 Items (Depressivität und Ängstlichkeit) bzw. 8 von 12 Items (Somatisierung) beantwortet sind. Cronbach's α für die Subskala *Depressivität und Ängstlichkeit* beträgt .94, für die Subskala *Somatisierung* .86 (vgl. Tabelle 16).

In die Subskala SCL-K-9 gehen 9 Items aus je einer Subskala der SCL-90-R ein, die in einer Analyse eines bevölkerungsrepräsentativen Datensatzes (Klaghofer & Brähler, 2001) pro Skala am höchsten mit dem Globalen Schwereindex GSI korrelierten. In den vorliegenden Daten ergibt sich für diese 9 Items in der Hauptkomponentenanalyse (Varimax-Rotation, listenweiser Fallausschluss, $n = 4339$) erwartungsgemäß eine 1-Faktoren-Lösung (Eigenwertverlauf: 4.32, 0.87, 0.74, 0.64, 0.60, 0.53, 0.46, 0.45, 0.39) mit 48.0 % Varianzaufklärung. Die interne Konsistenz (Cronbach's α) beträgt .86 (vgl. Tabelle 16). Ein Skalenwert wird dann berechnet, wenn mindestens 6 der 9 Items beantwortet worden sind.

6.6.3 Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (GKÜ)

Eine Hauptkomponentenanalyse über die 9 Items des Fragebogens zu Gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (GKÜ) mit Varimax-Rotation (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 4274$) ergab einen Eigenwertverlauf (Abbildung 11), der eine Beschränkung auf drei Faktoren rechtfertigt, die zusammen 59.6 % der Varianz erklärten.

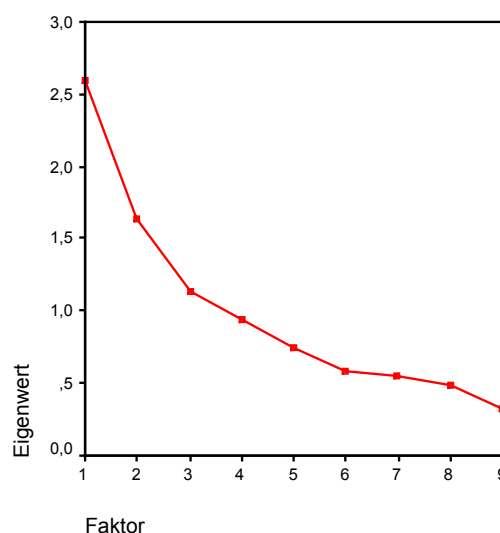


Abbildung 11: Eigenwertverlauf aus der Hauptkomponentenanalyse der 9 Items des GKÜ (listenweiser Fallausschluss, $n = 4274$)

Wie die rotierte Komponentenmatrix (Tabelle 20) zeigt, lädt das Item Nr. 6 („Die Menschen, die mir nahe stehen - meine Familie, Freunde -, haben großen Einfluss darauf, wie meine Krankheit verlaufen wird“) mit .48 auf dem Faktor *internal* und nur mit .34 auf dem Faktor *external-andere*, für den es laut Testautorin (Hasenbring, 1989) konzipiert worden war. Die unklare Faktorladung erklärt sich bei näherer Betrachtung der Iteminhalte: Item 6 zielt auf den gesundheitsbezogenen Einfluss persönlich Nahestehender ab, während die beiden anderen Items dieser Subskala (Nr. 5 und 8) den Einfluss von Ärzten und medizinischem Personal erfragen, der von den Studienteilnehmern offenbar als eigenständige Einflussgröße verstanden

wird und gering mit dem Einfluss Nahestehender zusammenhängt. Wegen der an dieser Stelle unklaren Faktorenstruktur wurde Item 6 aus der Auswertung eliminiert. Die verbleibende Skala aus den Items 5 und 8 wurde statt *external-andere external-Ärzte* genannt. Die internen Konsistenzen (Cronbach's α) betragen für die Subskala *internal* .78, für die Subskalen *external-Ärzte* und *external-Schicksal* fallen sie mit .66 bzw. .53 unbefriedigend aus. Deshalb wird in spätere Zusammenhangsberechnungen lediglich die Subskala *internal* einbezogen. Skalenergebnisse (vgl. Tabelle 16) wurden berechnet, wenn ein Patient in der betreffenden Skala höchstens einen fehlenden Wert aufwies.

Tabelle 20: Items zu gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (GKÜ): Rotierte Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 4274$).

Item	Komponente		
	1	2	3
GKÜ2 (internal)	.84	-.13	-.10
GKÜ1 (internal)	.81	-.16	-.12
GKÜ4 (internal)	.75	-.07	.01
GKÜ6 (external-andere)	.48	.34	.05
GKÜ8 (external-andere)	-.03	.84	.08
GKÜ5 (external-andere)	-.16	.80	.13
GKÜ9 (external-Schicksal)	-.15	.20	.73
GKÜ7 (external-Schicksal)	-.12	.17	.72
GKÜ3 (external-Schicksal)	.11	-.09	.68

Anmerkung: Faktorladungen $\geq |.30|$ sind fett gedruckt

6.6.4 Intention zur Mitarbeit, Kompetenzerwartung, Frustrationstoleranz und Persistenzüberzeugung

Die Konstruktion der Skalen Intention zur Mitarbeit, Kompetenzerwartung, Frustrationstoleranz für Konflikte im Kliniksetting und Persistenzüberzeugung wurde in Abschnitt 6.4.1.2 beschrieben. Anhand des vorliegenden Datensatzes wurde die in der Vorstudie gewonnene Skalenstruktur überprüft. Dazu wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und listenweisem Fallausschluss ($n = 3241$) gerechnet. Die reduzierte Fallzahl kommt durch die verspätete Einführung der Items 19-21 zustande, nachdem erste deskriptive Analysen gezeigt hatten, dass die ursprünglich für die Skala *Intention zur Mitarbeit* konzipierten Items 1, 4 und 9 stark rechtssteil verteilt waren (vgl. Abschnitt 6.4.1.2). Durch die verspätete Einführung ergaben sich bei den Items 19-21 913, 909 bzw. 981 fehlende Werte. Vor der Faktorenanalyse wurde das Item 8 wegen schiefer Verteilung (mehr als 80 % der Werte auf einer Randkategorie) eliminiert. Der Eigenwertverlauf (Abbildung 12) rechtfertigte eine 5-Faktoren-Lösung, die 42.6 % Varianzaufklärung erbrachte.

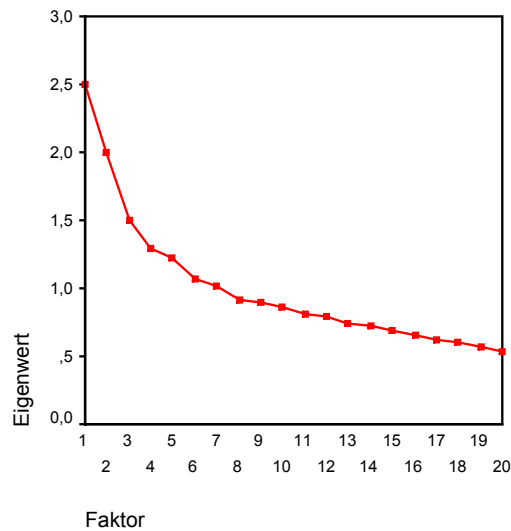


Abbildung 12: Eigenwertverlauf aus der Hauptkomponentenanalyse der Items zu Intention zur Mitarbeit, Kompetenzerwartung, Frustrationstoleranz und Persistenzüberzeugung (listenweiser Fallabschluss, $n = 3241$)

Tabelle 21: Konstruktion von Skalen zu Intention zur Mitarbeit (intent), Kompetenzerwartung (komperw), Persistenzüberzeugung (persist), Frustrationstoleranz für Konflikte mit der Hausordnung (frust-haus), mit Therapeuten (frust-therap) und mit Mitpatienten (frust-mitpat): Rotierte Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 3241$).

Item	Komponente				
	1	2	3	4	5
14 (frust-therap)	,69	,01	-,08	,04	,11
17 (frust-therap)	,68	,03	-,03	,06	-,10
11 (frust-mitpat)	,51	,27	,03	-,20	,19
21 (intent)	,48	-,36	,17	-,11	-,11
12 (persist)	,45	-,09	,32	-,06	-,06
20 (intent)	-,11	,62	-,04	,05	,20
5 (komperw)	-,05	,61	-,11	-,06	,02
19 (intent)	,09	,58	-,23	-,03	,16
13 (komperw)	-,10	-,53	,09	,31	,27
10 (frust-mitpat)	,23	,36	,09	,11	-,25
9 (intent)	,01	-,12	,70	,03	,04
4 (intent)	,03	-,18	,69	,06	,03
1 (intent)	,12	-,11	,53	-,03	,02
6 (frust-haus)	-,05	,21	,44	,18	-,26
7 (komperw)	-,20	-,09	,29	,26	,13
16 (frust-mitpat)	-,12	,00	,06	,77	-,10
15 (frust-therap)	,10	-,03	,03	,71	,06
3 (persist)	,04	,12	,29	-,13	,60
18 (persist)	-,20	,27	-,07	,05	,59
2 (frust-haus)	,32	-,12	-,13	,16	,54

Anmerkung: Faktorladungen $\geq |,30|$ sind fett gedruckt

Wie die rotierte Komponentenmatrix (Tabelle 21) zeigt, laden die sechs Items der Skala *Intention zur Mitarbeit* auf zwei verschiedenen Faktoren. Die Iteminhalte des einen Faktors (Faktor 3 mit den Items 1, 4 und 9) erfragen die eher allgemein formulierte Absicht einer - wie auch immer gearteten - aktiven Mitarbeit, während die Items des anderen Faktors (Faktor

2 mit den Items 19-21) auf eine konkretere, verhaltensnähere Ausgestaltung dieser Aktivität abzielen (Auseinandersetzung mit persönlichen Schwierigkeiten, Aufnahme einer Psychotherapie). Insofern ist es plausibel, dass die Items auf zwei unterschiedlichen Faktoren laden. Bei der eher abstrakten Operationalisierung des Konstrukts *Intention zur Mitarbeit* durch die Items 1, 4 und 9 stimmten sehr viele Patienten zu, so dass sich rechtssteile Verteilungen ergaben, weshalb die Items 19-21 mit höheren Schwierigkeitsindizes nachkonstruiert worden waren. Diese verhaltensnäheren Items sind weniger rechtssteil verteilt. Die Heterogenität zwischen beiden Itemgruppen erklärt sich vermutlich durch den unterschiedlichen Grad an Abstraktheit bzw. Verhaltensnähe der Items. Weil alle sechs Items inhaltlich aber dem Konstrukt *Intention zur Mitarbeit* zugerechnet werden können, werden sie trotz ihrer Verteilung auf zwei Faktoren zu einer Skala zusammen gefasst. Die in dieser Skala enthaltene Heterogenität drückt sich auch in der verminderten internen Konsistenz (Cronbach's $\alpha = .50$) aus. Ein Skalenwert wurde bei mindestens 4 von 6 beantworteten Items berechnet. Dadurch wurde kein Wert für jene Patienten gebildet, in deren Fragebögen die Items 19-21 noch nicht enthalten waren.

Wie das Häufigkeitsdiagramm für die *Intention zur Mitarbeit* (Abbildung 13: linkes Histogramm) zeigt, ist die Variable trotz der hinzugenommenen Items immer noch stark rechtssteil verteilt ($M = 4.32$, $SD = 0.55$, Schiefe: -0.79 , $SE_{\text{Schiefe}} = 0.04$, Kurtosis: 0.59 , $SE_{\text{Kurtosis}} = 0.08$). Um die Verteilungsform einer Normalverteilung anzunähern, wurde die Variable logarithmisch transformiert. Für die Entzerrung der Häufung am rechten Verteilungsrand wurde die Variable zunächst umgepolt, dann zur Basis 10 logarithmiert und – um die ursprüngliche Richtung, nach der größere Werte eine höhere Intention anzeigen, wieder herzustellen – mit (-1) multipliziert. Mathematisch lässt sich dies durch den Ausdruck

$$Intention (transformiert) = (-1) * \log_{10}(\text{umgepolte Intention})$$

veranschaulichen: Wie das rechte Histogramm in Abbildung 13 zeigt, weist die transformierte Variable eine deutlich geringere Schiefe auf und nähert sich in ihrer Verteilungsform eher als die ursprüngliche Variable einer Normalverteilung an ($M = -0.20$, $SD = 0.14$, Schiefe: -0.13 , $SE_{\text{Schiefe}} = 0.04$, Kurtosis: -0.81 , $SE_{\text{Kurtosis}} = 0.08$). Dennoch weicht sie noch signifikant von der Normalverteilungsform ab (Kolmogorov-Smirnov- $Z = 5.92$, $p < .001$, $N = 3758$).

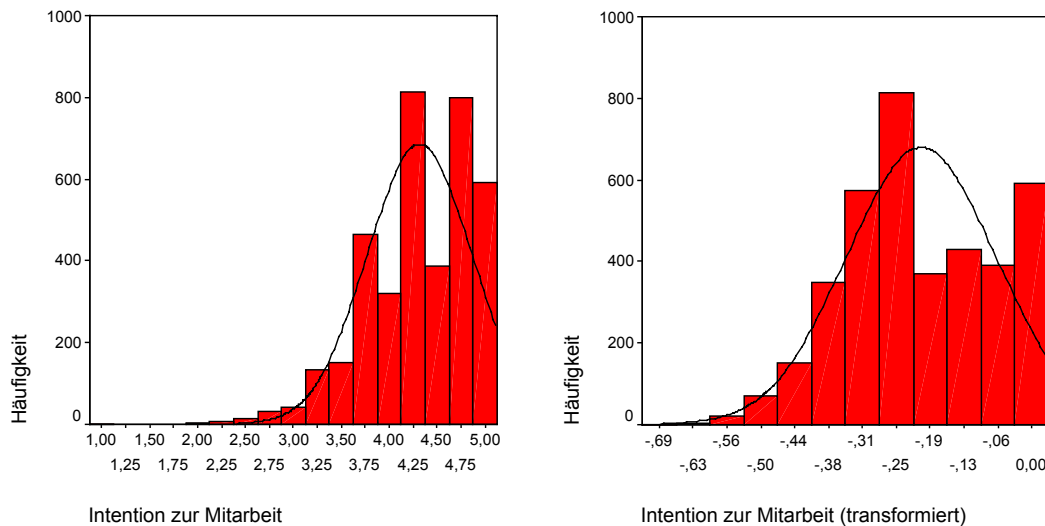


Abbildung 13: Absolute Häufigkeiten der Variable *Intention zur Mitarbeit* in untransformierter (linkes Histogramm) und transformierter (rechtes Histogramm) Form

Die Items der Skala **Kompetenzerwartung** laden teilweise auf dem selben Faktor wie einige Items der Skala *Intention zur Mitarbeit*. Hier zeigt sich eine – nach dem Theoriemodell (Abschnitt 4) auch zu erwartende – Korrelation zwischen dem Ausmaß, in dem sich Patienten Psychotherapie-relevante Kompetenzen zutrauen (Item 7: „Ich kann gut über mich nachdenken“, Item 5: „Mir wäre es unangenehm, mit einem Arzt oder Psychologen über meine persönlichen Probleme zu sprechen“ und Item 13: „Ich bin in der Lage, vor anderen Patienten über meine Beschwerden zu reden“), und ihrer Absicht, die geäußerten Kompetenzen in Verhalten umzusetzen und sich in einem psychotherapeutischen Setting entsprechend zu engagieren (Intention zur Mitarbeit). Insofern verwundern die gemeinsamen Faktorzuordnungen wenig. Weil die Items aufgrund ihrer Formulierungen („ich habe vor...“, „ich möchte...“, „ich will“ zur Operationalisierung von Intention versus „ich kann...“, „ich bin in der Lage...“ und „mir wäre es unangenehm...“ zur Operationalisierung von Kompetenzerwartung) inhaltlich eindeutig den beiden unterschiedlichen Konstrukten zugeordnet werden können, wird trotz der faktoriellen Überschneidung mit den Intentions-Items aus den Items 5, 7 und 13 die Skala *Kompetenzerwartung* gebildet. Ihr Cronbach's α beträgt .39 und weist damit auf eine hohe Heterogenität auch innerhalb dieser Skala hin. Tatsächlich werden mit den drei Items unterschiedliche Inhaltsbereiche erfragt, von der Einschätzung der eigenen Reflexionsfähigkeit bis zum Maß, in dem sich ein Patient zutraut, sich vor einer Gruppe bzw. gegenüber einem Therapeuten mit persönlichen Problemen zu offenbaren. Die beiden letzten Items gehen dabei über eine erforderliche Reflexionsfähigkeit hinaus und erfordern für eine Zustimmung wegen ihres interaktionellen Aspekts ein bestimmtes Maß an selbst eingeschätzter sozialer Kompetenz und Mut. Diese unterschiedlichen Inhaltsbereiche könnten zu einem heterogenen Antwortverhalten geführt haben und damit die geringe interne Konsistenz der

Skala erklären. Da dem Konstrukt *Kompetenzerwartung* im Theoriemodell zentrale Bedeutung zukommt, wird die Skala trotz ihrer Heterogenität für nachfolgende Auswertungen verwendet. Ein Skalenwert wird berechnet, wenn mindestens 2 der 3 Items beantwortet worden sind.

Die Skalen *Frustrationstoleranz für interaktionelle Konflikte*, *Frustrationstoleranz für Einschränkungen durch die Hausordnung* und *Persistenzüberzeugung* lassen sich faktorenanalytisch voneinander trennen (vgl. Tabelle 21), allerdings fallen die internen Konsistenzen auch nach Itemselektion gering aus (zwischen .25 und .49, vgl. Tabelle 16). Weil diese Konstrukte keine zentrale Position in den formulierten Hypothesen einnehmen, werden sie im Folgenden nicht weiter ausgewertet.

6.6.5 Behandlungserwartungen und -ziele

Konzeptuell können diese beiden Konstrukte insofern voneinander getrennt werden, als *Behandlungserwartungen* die Mittel darstellen, mit deren Hilfe die individuellen *Behandlungsziele* nach Ansicht des Patienten am ehesten erreicht werden können. Allerdings ist nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass Patienten diese Trennung in Mittel und Zweck ebenso kognitiv repräsentieren. Vielmehr ist denkbar, dass Patienten bei der Beantwortung des Fragebogens Items wie „Ruhe und Schonung“ oder „Bestätigung meiner verminderten Leistungsfähigkeit“ als Behandlungsziele verstehen, obwohl sie als Behandlungsmaßnahmen konzipiert worden sind. Wegen dieser fraglichen Trennung von Maßnahmen und Zielen wurden beide Variablengruppen einer gemeinsamen Faktorenanalyse unterzogen.

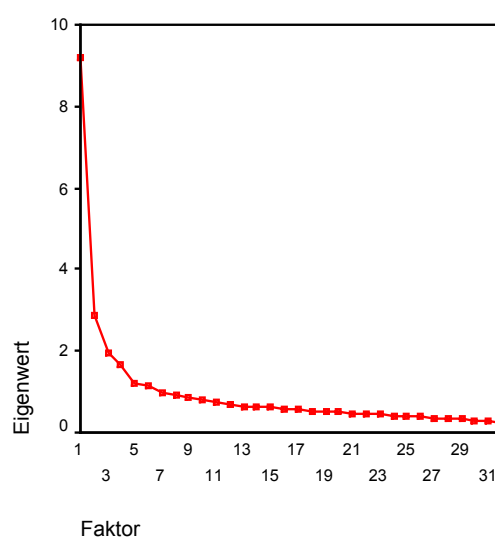


Abbildung 14: Eigenwertverlauf aus der Hauptkomponentenanalyse der Items zu Behandlungserwartungen und -zielen (listenweiser Fallausschluss, $n = 3241$)

In der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und listenweisem Fallausschluss ($n = 3241$) ergab sich ein Eigenwertverlauf (erste 10 Eigenwerte: 9.19, 2.88, 1.96, 1.68, 1.23, 1.13, 0.97, 0.91, 0.84, 0.81, vgl. Abbildung 14), der eine 4-Faktorenlösung mit einer Varianzaufklärung von 49.1 % rechtfertigte. Eigenwertverlauf und rotierte Komponentenmatrix ändern sich bei Mittelwertsersetzung statt listenweisem Fallausschluss nur in der zweiten Nachkommastelle.

Die rotierte Komponentenmatrix ist in Tabelle 22 dargestellt. Der Faktor 1 enthält hauptsächlich Items zu Behandlungszielen, die eine eher einsichtsorientierte Klärung psychischer Probleme beschreiben (z.B. Item 11: „Mich selbst besser verstehen können“, Item 13: „Mit mir selbst in Einklang kommen“). Aus den ersten sechs Items wurde nach einer Itemselektion zur Optimierung der Trennschärfe die Skala *Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme* gebildet. Ihr Cronbach's α beträgt .90 (vgl. Tabelle 17). Ein Skalenwert wird bei mind. 4 von 6 beantworteten Items berechnet.

Faktor 2 ist inhaltlich schwer interpretierbar, weil er psychotherapeutisch-verhaltensnahe Items (erw7: „Praktische Übungen“, erw2: „Übung neuer Verhaltensweisen“ und erw15: „Neue Dinge ausprobieren“) mit somatischen (z.B. erw8: „Naturheilmittel“) und einem passiven Item (erw14: „Hypnose“) unter sich vereint. Die ursprünglich für verhaltenstherapeutische Behandlungserwartungen konzipierten Items scheinen demnach – möglicherweise aufgrund von Formulierungen wie „neue Dinge ausprobieren“ – auch Neugierde auf alternativmedizinische Behandlungselemente mit zu erfassen. Wegen dieser inhaltlichen Heterogenität des Faktors 2 wurde aus ihm keine Skala extrahiert.

Die Faktoren 3 und 4 erwiesen sich als besser interpretierbar. Faktor 3 beschreibt mit den Items ziel10, ziel12, ziel3 und ziel14 Behandlungsziele, die auf körperliche Fitness und berufliche Leistungsfähigkeit fokussieren. Die aus ihnen gebildete Skala *Behandlungsziel: körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit* weist ein Cronbach's α von .73 auf und wird bei mind. 3 von 4 beantworteten Items gebildet. Faktor 4 enthält Items, die auf rentenbezogene und passiv-somatische Behandlungserwartungen abzielen. Aus diesen wurde eine Skala *Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren* extrahiert, die aus den Items 11 und 17 gebildet wird und ein Cronbach's α von .60 aufweist. Ein Skalenwert wird bei 2 von 2 beantworteten Items berechnet.

Tabelle 22: Items zu Behandlungserwartungen (erw) und Behandlungszielen (ziel): Mustermatrix der Hauptkomponentenanalyse mit Oblimin-Rotation mit Kaiser-Normalisierung (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 3241$).

Item	Komponente			
	1	2	3	4
ziel11 (PSY)	,81	,12	,18	,09
ziel13 (PSY)	,80	,14	,17	,03
ziel15 (PSY)	,78	,14	,10	,12
ziel9 (PSY)	,74	,01	,11	,17
ziel5 (PSY)	,71	,14	,23	,13
ziel2 (PSY)	,68	,29	,16	,04
erw6 (PSY)	,60	,53	-,12	,04
ziel8 (PSY)	,56	,21	,33	,01
ziel4 (PSY)	,54	,15	,33	,03
erw9 (PSY)	,53	,44	,07	,12
erw13 (PSY)	,51	,42	-,15	,18
erw1 (PSY)	,50	,45	-,22	,01
ziel7 (BERUF)	,48	,06	,32	,14
erw7 (PSY)	,05	,71	,28	,06
erw15 (PSY)	,20	,66	,21	,04
erw2 (PSY)	,42	,63	,06	-,04
erw8 (SOM)	-,05	,49	,29	,30
erw14 (PASS)	,23	,44	-,03	,14
ziel1 (PSY)	,39	,42	,34	-,12
erw12 (SOM)	,22	,38	,38	,26
ziel12 (KÖRP)	,05	,01	,69	,33
ziel10 (KÖRP)	,21	,07	,69	,13
ziel3 (BERUF)	,18	,21	,64	-,23
ziel14 (BERUF)	,27	,09	,63	,01
ziel6 (KÖRP)	,12	,00	,54	,44
erw17 (REN)	,04	-,15	-,07	,72
erw11 (REN)	,09	,01	,08	,72
erw5 (REN)	,20	,19	,05	,53
erw3 (SOM)	-,06	,05	,07	,50
erw10 (SOM)	-,02	,27	,44	,49
erw16 (PASS)	,14	,10	,18	,38
erw4 (PASS)	,22	,18	-,03	,35

Anmerkungen: PSY = psychotherapeutische Behandlungserwartung bzw. -ziel, KÖRP = körperliche Fitness als Behandlungsziel, SOM = somatische Behandlungserwartung, REN = rentenbezogene Behandlungserwartung, PASS = passive Erholungserwartung, BERUF = berufliche Leistungsfähigkeit als Behandlungsziel.

Faktorladungen $\geq |.30|$ sind fett gedruckt

6.6.6 Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23)

Die Hauptkomponentenanalyse (Varimax-Rotation mit listenweisem Fallausschluss, $n = 4093$) über die 23 Items des FPTM ergab einen Eigenwertverlauf (3,8, 3,2, 2,4, 2,1, 1,8, 1,5, 0,9, 0,9, 0,7, 0,6; nur die ersten zehn Werte dargestellt, vgl. Abbildung 15), der eine Beschränkung auf sechs Faktoren rechtfertigte, welche 63,8 % der Varianz erklären. Wie die rotierte Komponentenmatrix (Tabelle 23) zeigt, konnte die faktorielle Struktur der 40-Item-Version (H. Schulz et al., 1995) gut repliziert werden.

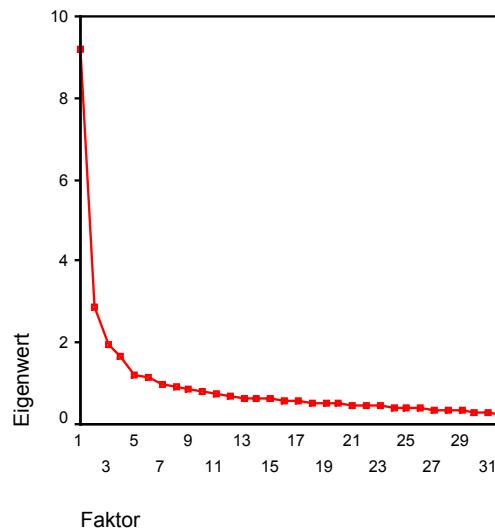


Abbildung 15: Eigenwertverlauf aus der Hauptkomponentenanalyse der FPTM-23-Items (listenweiser Fallausschluss, $n = 4067$)

Tabelle 23: Items des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23): Rotierte Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 4067$).

Item	Skala	Komponente					
		1	2	3	4	5	6
fptm12	IN	.90	.05	-.09	.07	.00	.01
fptm2	IN	.88	-.03	-.08	.05	-.01	.01
fptm10	IN	.78	.18	-.10	.04	-.01	.07
fptm8	IN	-.76	.11	.12	-.12	.10	.09
fptm20	LD	.03	.84	.01	.15	-.03	-.01
fptm11	LD	.09	.80	-.04	.08	-.06	-.01
fptm9	LD	.03	.79	-.03	.06	-.12	.02
fptm23	LD	-.08	.71	.26	.09	.06	-.01
fptm5	HO	-.07	.06	.80	.00	.12	.03
fptm22	HO	-.10	.08	.80	-.03	.12	.01
fptm1	HO	-.07	.01	.75	.01	.05	.00
fptm15	HO	-.11	-.01	.70	.02	.15	-.03
fptm13	WI	.05	.21	.01	.85	-.05	.04
fptm6	WI	.03	.22	.06	.79	-.03	.03
fptm21	WI	-.08	.05	.03	-.75	.08	.04
fptm19	WI	.07	.03	-.02	.55	-.02	.01
fptm4	VH	-.05	-.05	.10	-.03	.82	-.06
fptm3	VH	-.03	-.09	.10	-.04	.79	-.01
fptm16	VH	-.03	-.05	.15	-.02	.70	.03
fptm18	VH	.00	.02	.06	-.09	.62	.14
fptm14	ZW	.00	-.01	-.03	.01	.01	.86
fptm17	ZW	-.02	-.08	-.02	-.05	.03	.85
fptm7	ZW	.03	.09	.06	.08	.07	.77

Anmerkungen: IN = Initiative, LD = Leidensdruck, HO = Hoffnung, WI = Wissen über Psychotherapie, VH = Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, ZW = Symptombezogene Zuwendung durch andere;

Faktorladungen $\geq |.30|$ sind fett gedruckt

Die sechs Faktoren entsprechen den Skalen *Initiative* (IN), *Leidensdruck* (LD), *Hoffnung* (HO), *Wissen über Psychotherapie* (WI), *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit* (VH) und

Symptombezogene Zuwendung durch andere (ZW). Skalenskennwerte sind in Tabelle 16 dargestellt. Skalenwerte wurden bei 3 von 4 beantworteten Items (bzw. 2 von 3 bei der Subskala *Symptombezogene Zuwendung*) berechnet.

6.6.7 Einzelitems mit nicht-metrischem Skalenniveau

Die im Abschnitt Stichprobenbeschreibung vorgestellten Variablen *RV-Träger*, *Berufstätigkeit*, *Krankheitstage*, *Arbeitsfähigkeit zu t_0* , *Familienstand* und *Schulabschluss* sowie die noch nicht beschriebenen Variablen *Wunsch nach Psychotherapie*, *Beurteilung der Bewilligungsdauer* und *Frühberentungsüberlegung* wurden im Hinblick auf nachfolgende Regressionsanalysen dichotomisiert. Für die Wahl der einzelnen Kategoriengrenzen wurden inhaltliche Überlegungen sowie die vorliegenden empirischen Häufigkeiten herangezogen.

Die Variable ***RV-Träger*** wurde in Angestellten- vs. Arbeiterrentenversicherung gruppiert (58.2 % BfA-Versicherte, vgl. Tabelle 24). Da bezüglich des ***Familienstands*** für Ledige ein leicht erhöhtes Abbruchrisiko vermutet worden ist (vgl. Abschnitt 2.4.1.1.3), interessiert bei den vorliegenden Fragestellungen lediglich diese Variablenausprägung. Folglich wird der Familienstand in *ledig ohne feste Partnerschaft* vs. alle übrigen Antwortkategorien dichotomisiert (17.5 % Singles). Hinsichtlich der ***Schulbildung*** werden Patienten ohne Abschluss bzw. mit Hauptschulabschluss denjenigen mit mindestens mittlerer Reife gegenübergestellt. Inhaltlich ermöglicht die gewählte Trennlinie am ehesten die Differenzierung zweier sozialer Schichten und empirisch entstehen zwei etwa gleich große Gruppen (46.2 % mit mindestens mittlerer Reife). Eine Betrachtung der Variable ***Berufstätigkeit*** (vgl. Stichprobenbeschreibung) zeigt, dass 75.1 % der Patienten mindestens halbtags berufstätig sind. Die übrigen Patienten sind überwiegend arbeitslos (14.4 %), andere Kategorien kommen nur selten vor. Insofern sprechen sowohl empirische Gründe wie auch die theoretische Überlegung, das Augenmerk auf sozialmedizinische Problemlagen zu richten (vgl. Abschnitt 2.4.1.3), für eine Dichotomisierung dieser Variable in die Kategorien *arbeitslos* vs. *nicht-arbeitslos*.

Die wegen Krankheit im zurückliegenden Halbjahr ***versäumten Arbeitstage*** betragen für Berufstätige im Durchschnitt 47.2 Tage ($SD = 46.8$, Spannbreite 0 bis 130 Tage, $n = 3527$). Nicht-Berufstätige weisen im Mittel 84.3 ***Krankheitstage*** auf ($SD = 67.2$, Spannbreite 0 bis 183 Tage, $n = 680$). Diese Zahlen beruhen auf korrigierten Patientenangaben, nach denen Nennungen von mehr als 130 bzw. 183 Krankheitstagen auf die genannten Obergrenzen korrigiert worden waren. Die Items für Berufstätige bzw. Nicht-Berufstätige sind nicht ohne Weiteres miteinander vergleichbar. Erstens ist die Formulierung für Nicht-Berufstätige niederschwelliger („Ich war in den letzten sechs Monaten ca. ...Tage so krank, dass ich meine Tätigkeiten nicht wie gewohnt ausüben konnte“ gegenüber „...Arbeitstage wegen Krankheit

versäumt“ bei Berufstätigen), zweitens zählen Nicht-Berufstätige ihre Krankheitstage mit Hilfe einer 7-Tage-Woche, während Berufstätige bei der Beantwortung eher eine 5-Tage-Arbeitswoche zugrunde legen dürften. Vermutlich aus beiden Gründen ist die Zahl der Krankheitstage bei den Nicht-Berufstätigen gegenüber den Berufstätigen nahezu verdoppelt. Beide Arten von Krankheitstagen können somit zwar nicht gleich gesetzt werden, aber immerhin kann für die Randkategorien angenommen werden, dass sie volle (0 Krankheitstage) bzw. fehlende Leistungsfähigkeit (130 bzw. 183 Krankheitstage) widerspiegeln. Da aus der Literatur Anhaltspunkte für ein erhöhtes Abbruchrisiko bei Patienten mit extrem langen AU-Zeiten vorliegen (vgl. Abschnitt 2.4.1.3), ist in beiden Items der rechte Verteilungsrand von besonderem inhaltlichen Interesse. Um bei den Berufstätigen (Maximum: 130 AU-Tage) einen Rand von 10 Tagen Breite abzudecken, wird zur Bildung der Gruppe mit langen AU-Zeiten eine Untergrenze von 120 Krankheitstagen gewählt, die auch für Nicht-Berufstätige gilt. Deren Skalenmaßstab ist zwar mit dem der Berufstätigen nicht deckungsgleich, jedoch dürfte sich dies auf die Bildung der Extremgruppe langer AU-Zeiten kaum auswirken, da sich dort Abweichungen um einzelne Tage weniger niederschlagen. Wie in Tabelle 24 dargestellt, enthält die so gebildete Gruppe von Patienten mit mindestens 120 Krankheitstagen 20.6 % der Studienteilnehmer. Darunter befinden sich 73.3 % Berufstätige und 27.6 % Nicht-Berufstätige.

Tabelle 24: Deskriptive Statistiken für dichotome Variablen ($N_{\text{ges}} = 4638$).

Variable	gültige Werte	relative Häufigkeit von Wert 1 (%)
RV-Träger (BfA)	4638	58.2
Familienstand (ledig)	4572	17.5
Schulabschluss (mind. mittlere Reife)	4471	46.2
Arbeitslosigkeit zu t_0 (ja)	4482	14.4
Krankheitstage ≥ 120 Tage	4207	20.6
Krankschreibung zu t_0 (ja)	4513	40.3
Rentenantrag (ja)	4514	8.2
Frühberentungsüberlegung (eher nein – ja)	4287	37.8
Wunsch nach Psychotherapie (ja)	4577	71.4
Beurteilung der Bewilligungsdauer als zu lang	4085	14.5
Somatoforme Störung (als 1. Entlassungsdiagnose)	4166	9.1
Persönlichkeitsstörung (unter Entlassungsdiagnosen 1-5)	4166	9.6
Essstörung (unter Entlassungsdiagnosen 1-5)	4166	5.2

Die dichotomen Variablen **Krankschreibung zu t_0** und **Antrag auf Frühberentung** ergeben sich ohne Umkodieren direkt aus dem Fragebogen. 40.3 % der Patienten sind vor der Reha krankgeschrieben und 8.2 % haben einen Antrag auf Frühberentung gestellt.

Die Items zu *Rentenbedürftigkeit* und *Frühberentungsüberlegung* wurden, wie im Kapitel Methoden beschrieben, eingesetzt, um die Tendenz zur Frühberentung besser als nur anhand eines gestellten Antrags erfassen zu können. Die Variable ***Rentenbedürftigkeit*** weist mit 10.3 % einen hohen Anteil fehlender Werte auf, der vermuten lässt, dass der Begriff *Rentenbedürftigkeit* für viele Patienten verwirrend war und deshalb keine angemessene Operationalisierung der Tendenz zur Frühberentung darstellt. Die Variable ***Frühberentungsüberlegung*** wurde von 7.6 % nicht beantwortet. Diese Fehlerrate ist zwar ebenfalls relativ hoch, jedoch geringer als im ersten Item. Da beide Variablen wie erwartet stark korrelieren ($r = -.76$, Rangkorrelation nach Spearman-Brown, $n = 3994$, $p < .01$), wird zur Operationalisierung der Tendenz zur Frühberentung in den nachfolgenden Auswertungen lediglich die letztere herangezogen. Sie wird dichotomisiert in Patienten, welche ein Nachdenken über einen Frühberentungsantrag eindeutig verneinen gegenüber Patienten, die in die Antwortkategorien *ja*, *eher ja* und *eher nein* fallen (zusammen 37.8 %).

Die Variable ***Wunsch nach Psychotherapie*** wird dichotomisiert in die Antworten *ja* (71.4 %) vs. *nein / weiß nicht*. Die ***Beurteilung der bewilligten Behandlungsdauer*** wird gruppiert in *viel zu lang / eher zu lang* (14.5 %) vs. *genau richtig / eher zu kurz / viel zu kurz*.

Bezüglich der ***Diagnose*** existieren in der Literatur Hinweise auf ein erhöhtes Abbruchrisiko bei Patienten mit solchen Störungen, die in der Regel mit geringem psychologischem Krankheitsverständnis verbunden sind (Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und somatoformen Störungen). In der vorliegenden Studie wird die Entlassungsdiagnose als möglicher Prädiktor für Therapiemotivation und Entlassungsform ausgewertet. Sie liegt zwar als Datum noch nicht zum ersten Messzeitpunkt, an dem die Therapiemotivation untersucht wird, vor. Die Bewilligungsdiagnose ist demgegenüber aber mit zu großer Unsicherheit behaftet, da sie häufig nach Aktenlage oder vom antragsstellenden Arzt, der in psychologischer Diagnostik unter Umständen wenig geschult ist, getroffen wird. Unter anderem aus diesem Grund liegt die Bewilligungsdiagnose in der BfA lediglich auf der globalen Ebene *Psychische Bewilligungsdiagnose: ja vs. nein* vor. Die Entlassungsdiagnose ist demgegenüber Ergebnis eines ausführlichen diagnostischen Prozesses und dürfte eine bessere Reliabilität aufweisen. Aus diesem Grund werden die genannten drei Diagnosegruppen Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und somatoforme Störungen anhand der Entlassungsdiagnose identifiziert. Ob dabei nur die Hauptdiagnose oder auch die Nebendiagnosen (1-4) herangezogen werden, ist inhaltlich und empirisch zu entscheiden. Inhaltlich spräche für die Berücksichtigung aller fünf Diagnosen eine höhere Sensitivität insofern, als dadurch alle Patienten mit einer entsprechenden Störung identifiziert werden. Andererseits dürfte die Gewichtung als Hauptdiagnose die

Bedeutung einer Störung im Therapiefokus reflektieren: Da von den genannten Diagnosegruppen vermutet wird, dass sie über (eher somatische) Behandlungserwartungen auf die Intention zur Mitarbeit bzw. zum Therapieabbruch einwirken, sollte es einen Unterschied machen, ob die betreffende Störung als Hauptdiagnose das Zentrum des Störungsbilds eines Patienten darstellt, oder ob sie als Nebendiagnose von einer oder mehreren anderen psychischen Störungen (z.B. Depression, Angst) überlagert wird, die sehr wohl mit psychotherapeutischen Behandlungserwartungen einhergehen können. Aus inhaltlicher Sicht wird deshalb der Hauptdiagnose der Vorzug gegeben. Aus empirischer Sicht ist die sich je nach Definition ergebende Gruppengröße zu berücksichtigen. Betrachtet man nur die Hauptdiagnose, so ergibt sich für somatoforme Störungen (ICD-10: F45) eine relative Häufigkeit von 9.1 % der Patienten, für Persönlichkeitsstörungen (F60-F61) 2.5 % und für Essstörungen (F50) ebenfalls 2.5 %. Während die Häufigkeit für die Hauptdiagnose Somatoforme Störung substantiell erscheint, sind sie für die beiden anderen Störungen für eine Gruppenbildung zu gering. Bei diesen Diagnosen werden deshalb auch die Nebendiagnosen berücksichtigt. Dadurch ergeben sich Gruppengrößen von 9.6 % für Persönlichkeitsstörungen und 5.2 % für Essstörungen (vgl. Tabelle 24).

6.7 Hypothesen

Wie bereits dargestellt, folgen die Hypothesen zwei Hauptfragestellungen, die sich darauf beziehen, in welchem Maß (1) die Intention zur Mitarbeit durch andere Motivationskomponenten sowie soziodemographische, klinische und sozialmedizinische Variablen erklärt und (2) ob die Entlassungsform aus der motivationalen Ausgangslage vorhergesagt werden kann. Entlang dieser Hauptfragestellungen werden nachfolgend die zugehörigen Hypothesen formuliert.

6.7.1 Erklärung der Intention zur Mitarbeit

Die Hypothesen für Zusammenhänge zwischen den an der Intentionsbildung beteiligten Faktoren ergeben sich wie folgt aus den in Kapitel 4 dargestellten Modellannahmen.

Hypothese 1a:

Die Intention zur Mitarbeit weist positive Zusammenhänge mit den drei Variablen *Psychischer Leidensdruck* (Bedrohung durch Symptome), *Hoffnung* (Ergebniserwartung) und *Kompetenzerwartung* auf.

In der linearen Regression der Intention auf die genannten Prädiktorvariablen werden signifikante positive Regressionsgewichte erwartet. Denkbar ist allerdings auch, dass eine sehr hohe

Bedrohung durch Symptome die Mitarbeitersintention im Sinne einer Demoralisierung senkt. Deshalb ist statt eines linearen auch ein umgekehrt u-förmiger Zusammenhang zwischen Bedrohung und Intention zur Mitarbeit möglich. Dies wird explorativ im Rahmen der Prüfung der Regressionsvoraussetzungen untersucht.

Hypothese 1b:

Diejenigen Variablen, die im Theoriemodell weiter von der Intention zur Mitarbeit entfernt sind (soziodemographische, klinische, sozialmedizinische Parameter, Rehaerwartungen, Wissen, Kontrollüberzeugungen etc.), haben keinen zusätzlichen Erklärungswert, sondern wirken allenfalls über die drei Prädiktoren Kompetenzerwartung, Hoffnung und Leidensdruck auf die Intention zur Mitarbeit.

D.h. in der multiplen Regression der Intention auf alle weiteren im Modell spezifizierten Prädiktorvariablen wird kein signifikanter Zuwachs des multiplen Regressionskoeffizienten bei Hinzunahme der übrigen Variablen vermutet.

Hypothese 1c:

Prüfung der hierarchischen Modellstruktur: Die im Modell (Abbildung 7) durch Pfeile symbolisierten Zusammenhangsannahmen zwischen den einzelnen Merkmalen vor Klinikaufnahme lassen sich empirisch bestätigen. Insbesondere die Variablen Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung lassen sich wie im Modell prognostiziert durch die übrigen Variablen erklären, welche wiederum mit soziodemographischen, sozialmedizinischen und klinischen Routinemerkmale zusammenhängen.

D.h. in einer Pfadanalyse ergeben sich für die postulierten Zusammenhänge signifikante Pfadkoeffizienten und Varianzaufklärungen.

6.7.2 Vorhersage vorzeitiger Entlassungen

Für die Vorhersage vorzeitiger Entlassungen mit Hilfe der vor Klinikaufnahme erhobenen Daten lassen sich folgende Hypothesen formulieren.

6.7.2.1 Behandlungsabbrüche in Abhängigkeit von Merkmalen der Ausgangsmotivation

Hypothese 2a:

Entsprechend den im Modell spezifizierten Annahmen wird erwartet, dass die Ausgangswerte der Modellkomponenten *Intention zur Mitarbeit*, *Kompetenzerwartung*, *Hoffnung* und *Lei-*

densdruck bei Patienten, die ihre Rehabilitationsmaßnahme abbrechen, geringer ausgeprägt ist als bei Patienten, die regulär entlassen werden.

Hypothese 2b:

Zwischen den Variablen *Intention zur Mitarbeit*, *Kompetenzerwartung*, *Hoffnung* und *Leidensdruck* einerseits und der ordinalen Variable mit den Stufen (1) Abbruch zwischen 0 und 14 Behandlungstagen, (2) Abbruch 15-28 Tage, (3) Abbruch nach 29 und mehr Tagen sowie (4) reguläre Entlassung andererseits bestehen jeweils positive Zusammenhänge. Das heißt, die genannten motivationalen Ausgangsvariablen sind bei frühen Abbrechern am geringsten ausgeprägt, nehmen innerhalb der Abbrecher mit steigender Aufenthaltsdauer zu und sind bei regulär Entlassenen am größten.

6.7.2.2 Behandlungsabbrüche in Abhängigkeit von klinischen, soziodemographischen, sozialmedizinischen und motivationalen Routinemerkmale

Während den in den Hypothesen 2a und b untersuchten motivationalen Variablen v.a. für die Modellüberprüfung und das Verständnis der am Abbruchgeschehen beteiligten Faktoren zentrale Bedeutung zukommt, sind Routinemerkmale für mögliche Kurzscreenings eines eventuellen Abbruchrisikos von Interesse, insbesondere da die entsprechende Befundlage in der Literatur bislang nicht eindeutig ist. Deshalb werden nachfolgend Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Behandlungsabbrüchen und Einzelmerkmalen formuliert.

Hypothese 2c (klinische Prädiktoren):

Hinsichtlich klinischer Merkmale wird, abgeleitet aus den zuvor dargestellten Befunden, eine höhere Abbruchquote für Patienten mit einer Essstörung oder Persönlichkeitsstörung unter den **Entlassungsdiagnosen 1 bis 5** erwartet, ebenso wie für Patienten mit einer somatoformen Störung oder einer somatischen Erkrankung als Entlassungshauptdiagnose⁷. Für die **Bewilligungsdiagnose**, die wegen ihrer zeitlichen Antezedenz im Hinblick auf Screenings relevanter ist, liegen bislang keine Erkenntnisse über Reliabilität oder Übereinstimmung mit den Entlassungsdiagnosen der Klinik vor. Somit ist die Eignung dieses Merkmals als Screeningvariable unklar. Explorativ wird deshalb geprüft, ob die Bewilligungsdiagnose mit der Behandlungsbeendigung zusammenhängt und falls ja, inwiefern sie mit der Entlassungsdiagnose übereinstimmt.

Als weiteres klinisches Merkmal wird die **Beschwerdedauer** untersucht. Abgeleitet aus der

⁷ Zur Beschränkung auf die Hauptdiagnose vgl. Abschnitt 6.6.7.

zitierten Befundlage wird zwar kein linearer Zusammenhang zur Abbruchrate vermutet, jedoch soll explorativ überprüft werden, ob andere Zusammenhangsformen (z.B. U-förmig) vorliegen.

Hypothese 2d (soziodemographische Prädiktoren):

Entsprechend den im Literaturüberblick diskutierten Überlegungen wird eine höhere Abbruchquote bei *jüngeren* Patienten und bei Patienten mit *geringerer Schulbildung* erwartet. Ebenfalls aus der Literatur abgeleitet ist *kein* Prädiktionsgehalt für die Variablen *Geschlecht*, *Familienstand* und *Rentenversicherungsträger* zu erwarten.

In der Literatur bisher nicht untersucht wurde die Frage, ob die Anwesenheit von *Kindern im Haushalt* mit höheren Abbruchquoten einhergeht. Da zu versorgende Kinder insbesondere bei Müttern und Hausfrauen bzw. –männern Abbruchgründe darstellen können, wird diese Frage explorativ geprüft.

Hypothese 2e (sozialmedizinische Prädiktoren):

In Übereinstimmung mit dem bisherigen Forschungsstand werden höhere Abbruchquoten für *nicht erwerbstätige* Patienten, Patienten mit langen *Arbeitsunfähigkeitszeiten* vor Aufnahme, mit *Arbeitsunfähigkeit zum Bewilligungszeitpunkt*, mit *Rentenwunsch* und / oder bereits gestelltem *Antrag auf Frühberentung* erwartet.

Hypothese 2f (weitere motivationale Prädiktoren):

Unabhängig von den Operationalisierungen des motivationalen Modells wurden die Patienten gefragt, ob sie sich in ihrer Rehabilitationsmaßnahme eine psychotherapeutische Behandlung wünschen. Es wird erwartet, dass mit zunehmender *Verneinung eines Psychotherapiewunsches* die Abbruchhäufigkeit steigt.

Entsprechend dem in Abschnitt 2.4.1.4.5 zitiertem Befund (Pekarik, 1991) wird ferner ein positiver Zusammenhang zwischen der *Beurteilung der bewilligten Behandlungsdauer als zu lang* und der Abbruchhäufigkeit erwartet.

Eine niedrigere Abbruchquote wird außerdem für Patienten erwartet, die ihre Rehabilitationsmaßnahme selbst initiiert haben, während bei *Fremdinitiierung* höhere Abbruchraten erwartet werden.

6.7.2.3 Multifaktorielle Vorhersage von Behandlungsabbrüchen

Hypothese 2g:

Es wird angenommen, dass Behandlungsabbrüche durch ein multifaktorielles Vorhersagemo-

dell, welches alle erhobenen potentiellen Prädiktoren einbezieht, in höherem Maße vorhergesagt werden können als durch bivariate Zusammenhangsmaße.

6.8 Statistische Modelle

Zur Überprüfung der Hypothesen 1a bis c wird eine Regressionsanalyse der Intention zur Mitarbeit auf die im Modell spezifizierten Prädiktorvariablen gerechnet. Zur Prüfung der hierarchischen Modellanordnung (Hypothese 1d) werden Pfadanalysen mit dem Programm AMOS 4.0 (Arbuckle & Wothke, 1999) gerechnet. Als Anpassungsindizes werden nach den Empfehlungen von Hu und Bentler (1999) der Standardized Root Mean Square Residual (*SRMR*) als „absoluter Anpassungsindex“ zur Prüfung fehlspezifizierter Kovarianzen sowie der Tucker-Lewis Index (*TLI*) als „inkrementeller Anpassungsindex“ zur Prüfung des Unterschieds zwischen getestetem Modell und Nullmodell herangezogen. Die Autoren empfehlen zur Minimierung der Summe aus Alpha- und Betafehlern einen Annahmebereich für die Kombination aus $SRMR < .09$ bei gleichzeitigem $TLI > .96$ (S. 27).

Die Prüfung der Hypothesen 2a bis f erfolgt mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben, χ^2 -Tests und nonparametrischen Korrelationen (*phi* und Spearman-Brown's *r*). Hypothese 2g wird mit logistischer Regression geprüft, da eine Diskriminanzanalyse wegen des nicht-metrischen Skalenniveaus mehrerer Prädiktoren hier nicht durchführbar ist.

Da aufgrund der großen Stichprobe bereits für geringe Zusammenhänge statistische Signifikanz zu erwarten ist und gleichzeitig die Bewertung der Forschungslage zu Behandlungsabbrüchen – wie gezeigt – durch eine Fülle inkonsistenter, teilweise an kleinen Stichproben vermutlich zufällig gewonnener Befunde erschwert ist, wird für die vorliegende Datenauswertung aufgrund der großen Stichprobe eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 1 % für den Typ-1-Fehler festgelegt. Um bei der Vielzahl der Hypothesentests zur Vorhersage der Entlassungsart (Hypothesen 2a bis g mit insgesamt 33 Hypothesentests) das Risiko von Zufallsbefunden durch Inflationierung des Typ-1-Fehlers zu verringern, wird das Fehlniveau zusätzlich Bonferroni-adjustiert, so dass sich ein Grenzwert von $\alpha = .0003$ ergibt.

Effektstärken werden, basierend auf den Konventionen von Cohen (1988), folgendermaßen bewertet: *kleine Effekte* ab $d \geq .20$, $r \geq .10$, $\eta^2 \geq .0099$ bzw. $R^2_{\text{adj}} \geq .02$, *mittlere Effekte* ab $d \geq .50$, $r \geq .30$, $\eta^2 \geq .059$ bzw. $R^2_{\text{adj}} \geq .13$ und *große Effekte* ab $d \geq .80$, $r \geq .50$, $\eta^2 \geq .138$ bzw. $R^2_{\text{adj}} \geq .26$.

7 Ergebnisse

7.1 Erklärung der Intention zur Mitarbeit

Die Hypothesen 1a bis 1c werden mit Hilfe regressionsanalytischer Verfahren geprüft. Hierzu werden zunächst die entsprechenden Anwendungsvoraussetzungen geprüft, bevor die Ergebnisse der Regressionsanalyse vorgestellt werden.

7.1.1 Statistische Anwendungsvoraussetzungen

7.1.1.1 Umgang mit fehlenden Werten in der Kriteriumsvariable

Die Regression der Intention zur Mitarbeit auf ihre möglichen Prädiktoren wird nur für jene $n = 3759$ Fälle berechnet, für die ein Wert in der Kriteriumsvariable vorliegt. Der hohe Anteil von 879 (19.0 %) fehlenden Werten kommt, wie in Abschnitt 6.6 dargestellt, dadurch zustande, dass im Laufe der konsekutiven Stichprobengewinnung drei neue Intentions-Variablen mit dem Ziel einer größeren Streubreite in den Fragebogen eingefügt worden waren. Zur Prüfung der Frage, ob zwischen den beiden Gruppen mit und ohne gültigen Wert in der Variable *Intention zur Mitarbeit* systematische Unterschiede vorliegen, wurden Gruppenvergleiche (χ^2 -Tests und t -Tests) für zentrale soziodemographische, sozialmedizinische und klinische Merkmale, des weiteren für die gemäß dem Modell bedeutsamen Variablen *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* sowie für den Mittelwert jener drei Intentions-Items, die allen Patienten vorgelegen hatten, gerechnet (vgl. Tabelle 25 und Tabelle 26).

Da die Datenerhebung - wie im Kapitel *Methoden* dargestellt - bei der BfA mehrere Monate später als bei den beiden LVA'en begann, konnte dort von Beginn an die um die neuen Intentions-Items erweiterte Fragebogenversion eingesetzt werden, so dass fehlende Werte in der Variable *Intention zur Mitarbeit* vor allem bei LVA-Patienten auftreten. Dies zeigt sich in den Gruppenvergleichen (Tabelle 25), nach denen nahezu alle BfA-Patienten (99.5 %) einen gültigen Wert in der Variable aufweisen, während dies bei Patienten der beiden LVA'en deutlich seltener der Fall ist (68.2 % gültige Werte bei LVA Westfalen und 33.9 % bei LVA Rheinland-Pfalz).

Tabelle 25: Gruppenvergleiche zwischen Patienten mit vs. ohne gültigen Wert in der Variable *Intention zur Mitarbeit* für kategoriale Variablen.

	Intention zur Mitarbeit		Statistik			
	gültig	fehlend	χ^2	df	phi	p
Leistungsträger						
LVA Westfalen	865 (68.2%)	404 (31.8%)	1731.0	2	.61	<.001
LVA Rheinland-Pfalz	227 (33.9%)	443 (66.1%)				
BfA	2684 (99.5%)	14 (0.5%)				
Geschlecht						
weiblich	2605 (85.0%)	461 (15.0%)	63.6	1	.12	<.001
männlich	1147 (75.3%)	376 (24.7%)				
Schulabschluss						
keinen	116 (65.5%)	61 (34.5%)	288.2	5	.25	<.001
Hauptschule	1641 (73.6%)	588 (26.4%)				
mittlere Reife	1202 (91.1%)	117 (8.9%)				
(Fach-)Hochschulreife	323 (90.0%)	36 (10.0%)				
(Fach-)Hochschulabschluss	376 (97.4%)	10 (2.6%)				
anderer	75 (80.6%)	18 (19.4%)				
Berufstätigkeit						
ja	2953 (83.4%)	587 (16.6%)	29.2	1	.08	<.001
nein	713 (75.8%)	228 (24.2%)				
derzeitige Arbeitsunfähigkeit						
ja	1483 (81.5%)	336 (18.5%)	0.77	1	-.01	.38
nein	2223 (82.5%)	470 (17.5%)				
Rentenantrag						
ja	305 (82.7%)	64 (17.3%)	0.17	1	.01	.73
nein	3390 (81.8%)	754 (18.2%)				

Tabelle 26: Gruppenvergleiche zwischen Patienten mit vs. ohne gültigen Wert in der Variable *Intention zur Mitarbeit* für metrische Variablen.

	Intention zur Mitarbeit				Statistik			
	gültig		fehlend		t	df	d ^a	p ^b
	M	SD	M	SD				
Alter (Jahre)	44.69	9.39	42.80	9.39	-5.29 ^c	4583	0.20	.001
SCL-90-R								
Ängstlichkeit / Depressivität	1.69	0.83	1.81	0.89	3.47 ^d	1221	0.14	.001
Somatisierung	1.46	0.76	1.63	0.82	5.52 ^d	1203	0.21	.001
SF-12								
psychische Summenskala (0-4)	2.78	0.61	2.78	0.64	0.02 ^c	4528	0.00	.98
körperliche Summenskala (0-4)	2.37	0.79	2.55	0.73	6.44 ^d	1331	0.23	.001
FPTM-23, Subskala Hoffnung	3.20	0.70	3.15	0.77	-2.02 ^d	1143	0.07	.04
Kompetenzerwartung	3.75	0.80	3.67	0.88	-2.66 ^d	1170	0.10	.008
Intention zur Mitarbeit								
Items 1,4,9 (Mittelwert)	4.67	0.49	4.68	0.53	0.54 ^c	4613	0.02	.59

^a Effektstärke berechnet an der Standardabweichung der Gesamtgruppe

^b Zweiseitiger Signifikanztest für t-Test auf Mittelwertsgleichheit

^c t-Test bei homogenen Varianzen (geprüft mittels Levene-Test)

^d t-Test bei inhomogenen Varianzen (geprüft mittels Levene-Test)

Der Zusammenhang zwischen gültigem Wert und Leistungsträger ist mit $\phi = .61$ stark, so dass sich entsprechende Gruppenunterschiede auch in weiteren soziodemographischen Merkmalen, welche mit dem RV-Träger korreliert sein dürften, zeigen. Dies betrifft den höchsten Schulabschluss (Patienten ohne bzw. mit Hauptschulabschluss haben häufiger einen fehlenden Wert) und das Geschlecht (Männer häufiger mit fehlendem Wert). Beide Gruppenunterschiede fallen in ihrer Effektstärke gering aus ($\phi = 0.25$ bzw. 0.12). In sozialmedizinischen Merkmalen unterscheiden sich Patienten mit bzw. ohne gültigen Wert nicht nennenswert voneinander: Nur für die erste der Variablen *Berufstätigkeit*, *derzeitige Arbeitsunfähigkeit* und *Rentenanspruch* unterschreitet der χ^2 -Test Zufallsniveau, wobei die Größe des Unterschieds ($\phi = .08$) keine kleine Effektstärke erreicht.

Wie Tabelle 26 zeigt, sind Patienten mit gültigem Wert durchschnittlich 1.9 Jahre älter als Patienten ohne gültigen Wert. Dieser Unterschied erreicht mit $d = 0.20$ eine kleine Effektstärke. Mit ebenfalls kleiner Effektstärke weisen Personen mit fehlendem Intentions-Wert mehr Beschwerden in der SCL-90-R-Subskala Somatisierung auf ($d = 0.21$), während der Unterschied in der Subskala Ängstlichkeit/Depressivität mit $d = 0.14$ unterhalb der Grenze für einen kleinen Effekt bleibt. Im SF-12 liegt ein kleiner Unterschied für die körperliche ($d = 0.23$), nicht aber für die psychische Summenskala ($d = 0.00$) vor. Wegen ihrer vermuteten Bedeutung für die Vorhersage der Intention zur Mitarbeit wurden auch die Variablen *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* auf entsprechende Gruppenunterschiede überprüft. Diese Unterschiede erweisen sich als statistisch signifikant, allerdings mit Effektstärken unterhalb der Grenze für kleine Effekte ($d = 0.07$ und $d = 0.10$). Hinsichtlich des Mittelwerts aus denjenigen drei Items zur Intention, welche allen Patienten vorgelegen hatten, ergibt sich kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied.

Der Ausschluss der 948 Patienten, für die kein gültiger Wert in der Variable *Intention zur Mitarbeit* vorliegt, aus den Berechnungen zur Vorhersage eben dieser Variable führt somit zu einer deutlichen Überrepräsentation (mit großer Effektstärke) von BfA-Patienten und damit einhergehend zu einer geringfügigen Überrepräsentation (kleine Effektstärke) von weiblichen Patientinnen sowie solchen mit höherer Schulbildung. Da die Gruppenunterschiede in allen übrigen untersuchten Variablen, insbesondere den allen Patienten vorgelegten Intentions-Items und den für die Vorhersage als zentral angenommenen Variablen *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* maximal kleine Effektstärken erreichen ($d_{\max} = 0.23$), ist die erforderliche Beschränkung auf $n = 3759$ Patienten vertretbar.

7.1.1.2 Umgang mit fehlenden Werten in den Prädiktorvariablen

Um eine Überschätzung der multiplen Korrelation aufgrund wechselnder Stichprobenumfänge bei der Berechnung der einzelnen Semipartialkorrelationen zu vermeiden, wurden alle Prädiktorvariablen auf fehlende Werte untersucht. Aufgrund der Empfehlungen von Cohen und Cohen (1983) wurde eine Grenze von 10 % fehlenden Werten festgelegt, unterhalb derer fehlende Werte durch den Mittelwert der entsprechenden Variable ersetzt werden. Bei mehr als 10 % fehlenden Werten ist mit Hilfe einer zusätzlichen Dummy-Variable zu prüfen, ob die Beantwortung des Items in systematischem Zusammenhang zur Kriteriumsvariable steht.

Tabelle 27: Fehlende Werte, Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und relative Häufigkeiten für mögliche Prädiktorvariablen der Intention zur Mitarbeit bei Beschränkung auf Fälle mit gültigem Wert in der Intention zur Mitarbeit ($N_{\text{ges}} = 3759$).

	N	Fehlend		M	SD
		n	%		
SF-12 Körperliche Summenskala (0-4)	3729	30	0.8	2.36	0.78
SF-12 Psychische Summenskala (0-4)	3703	56	1.5	2.78	0.61
SCL-90-R Somatisierung	3737	22	0.6	1.46	0.76
SCL-90-R Depressivität / Ängstlichkeit	3749	10	0.3	1.69	0.83
GKÜ internal	3720	39	1.0	2.97	1.01
Kompetenzerwartung	3758	1	0.0	3.75	0.80
Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren	3476	283	7.5	2.33	1.21
Behandlungsziel: Klärung psych. Probleme	3711	48	1.3	3.86	1.00
Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit	3712	47	1.3	4.18	0.77
FPTM-23 Leidensdruck	3730	29	0.8	3.11	0.76
FPTM-23 Hoffnung	3719	40	1.1	3.20	0.70
FPTM-23 Verneinung psych. Hilfsbed.	3724	35	0.9	1.80	0.71
FPTM-23 Wissen	3719	40	1.1	2.41	0.96
FPTM-23 Initiative	3715	44	1.2	2.75	1.01
FPTM-23 Zuwendung	3723	36	1.0	2.03	0.84
Alter	3731	28	0.7	44.67	9.39
				Kategorie	%
Geschlecht	3735	24	0.6	weiblich	69.4
Familienstand (ledig)	3721	38	1.0	ja	17.5
Schulabschluss (dichotom)	3716	43	1.1	mind. Realsch.	52.1
Arbeitslosigkeit	3650	109	2.9	ja	13.7
Krankheitstage ≥ 120 d	3460	299	8.0	ja	18.7
Arbeitsunfähigkeit vor Reha	3691	68	1.8	ja	40.0
Frühberentungsüberlegung	3502	257	6.8	nein	63.0
Antrag auf Frühberentung	3680	79	2.1	ja	8.2

Wie Tabelle 27 zeigt, liegen die Fehlerraten in sämtlichen Prädiktorvariablen unter 10 %, so dass für fehlende Werte eine einfache Mittelwertsersetzung vorgenommen wird. In Tabelle 27 sind zusätzlich zu den Fehlerraten zur Veranschaulichung auch Mittelwerte und Standardabweichungen (bzw. relative Häufigkeiten bei kategorialen Variablen) der zu untersuchenden

Prädiktoren bei Beschränkung auf diejenigen $n = 3759$ Fälle, die einen gültigen Wert in der Intention zur Mitarbeit aufweisen, dargestellt.

7.1.1.3 Normalverteilungsannahme und Linearität

Schiefe und Kurtosis der zu prüfenden Prädiktoren und der Kriteriumsvariable wurden bereits im Abschnitt *Skalenbildung* dargestellt, ebenso die logarithmische Transformation der Kriteriumsvariable zur Annäherung ihrer Verteilungsform an die einer Normalverteilung. Das Kriterium und einige Prädiktoren sind nicht normalverteilt. Da die untersuchte Stichprobe mit $N = 3579$ jedoch hinreichend groß ist, sind Fehler in der inferenzstatistischen Absicherung der Regressionsergebnisse durch Abweichungen von der Normalverteilung nicht zu erwarten. Auf eine Prüfung der multivariaten Normalverteilungsannahme kann deshalb verzichtet werden (vgl. Weisberg, 1985).

Zusätzlich wurde der Zusammenhang zwischen *Psychischem Leidensdruck* und *Intention zur Mitarbeit* auf seine Linearität geprüft, da ein umgekehrt U-förmiger Zusammenhang denkbar schien. Eine Inspektion des Streudiagramms zwischen beiden Variablen (Abbildung 21 im Anhang) ergibt allerdings keinen Anhaltspunkt für Nicht-Linearität. Die Korrelation zwischen beiden Variablen beträgt $r = .27$, so dass ein positiv linearer Zusammenhang angenommen werden kann.

7.1.2 Regression der Intention zur Mitarbeit

Die Vielzahl in Frage kommender Prädiktoren wurde nicht en-bloc in die Regressionsanalyse einbezogen, um eine bessere Interpretierbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Stattdessen wurde eine Mischstrategie aus hierarchischer und schrittweiser Regression gewählt. Die schrittweise Vorwärts-Regression, bei der sukzessiv jeweils derjenige Prädiktor, der das Vorhersagepotenzial der bereits im Modell enthaltenen Variablen maximiert, in die Regressionsgleichung aufgenommen wird, birgt das Risiko von Zufallsergebnissen, da insbesondere bei Interkorrelationen zwischen den Prädiktoren (Multikollinearität) die Bedeutung eines neuen Prädiktors stark davon abhängt, welche Prädiktoren bereits in der Regressionsgleichung enthalten sind (Bortz, 1999, S.447). Bortz empfiehlt deshalb eine Vorstrukturierung der schrittweisen Regression. Danach werden aufgrund theoretischer Überlegungen und der empirisch gefundenen Interkorrelationen mögliche Prädiktoren in unabhängige, redundante und suppressive Variablen unterteilt. Nacheinander werden diese Variablenblöcke dann per schrittweiser Regression verarbeitet. Dabei zeigt sich erstens, welche unabhängigen Variablen als Prädiktoren im Modell verbleiben, zweitens, welche als redundant klassifizierten Variablen tatsächlich redundant sind und drittens, ob die vermuteten Suppressorvariablen tatsächlich

das Vorhersagepotential der im Modell enthaltenen Variablen erhöhen können. Ein solchermaßen hierarchisches Vorgehen hat nach Barth (1997) den Vorteil, dass „die bestätigten oder falsifizierten Relationen leichter zu interpretieren [sind], da sie im Kontext vorab explizierter Hypothesen stehen“ (S.155).

Zur Überprüfung der Hypothesen 1a und b werden im ersten Block die Variablen *Kompetenzerwartung*, *Hoffnung* und *Leidensdruck* schrittweise auf ihren Vorhersagewert überprüft. Laut Hypothese 1c sollten die übrigen Variablen redundant sein. Aus den eben beschriebenen Gründen werden sie aber nicht gemeinsam in einem zweiten Variablenblock analysiert, sondern anhand der Interkorrelationsmatrix (Tabelle 28) in redundante und suppressive Prädiktoren unterteilt. Kriterium für eine mögliche Suppressionsvariable ist dabei eine Korrelation nahe Null mit dem Kriterium und eine deutliche Korrelation mit einem oder mehreren anderen Prädiktoren (Bortz, 1999). Ab welchem Wert eine Korrelation als „nahe Null“ bzw. „deutlich“ gilt, lässt sich a-priori schwer festlegen, weil neben den absoluten Werten auch die Unterschiede zwischen den Korrelationen zum Kriterium bzw. den übrigen Prädiktoren zu berücksichtigen sind. Hinzu kommt, dass im vorliegenden Datensatz wegen der geringen Varianz der Zielvariable *Intention zur Mitarbeit* die Korrelationskoeffizienten nach oben hin begrenzt sind. Insofern erfolgt die Klassifizierung von Variablen als potenziell redundante bzw. potenziell suppressive Variablen nach Betrachtung der Interkorrelationsmatrix (Tabelle 28). Aufgrund der dort dargestellten Korrelationen werden folgende Variablen als *potenzielle Suppressorvariablen* klassifiziert:

1. SF-12, transformierte psychische Summenskala (Korrelation mit Kriterium $r_{ic} = .17$, mit Psychischem Leidensdruck $r = .60$)
2. SCL-90-R-Subskala Somatisierung ($r_{ic} = .02$, mit Psychischem Leidensdruck $r = .27$)
3. SCL-90-R-Subskala Depressivität und Ängstlichkeit ($r_{ic} = .14$, mit Psychischem Leidensdruck $r = .69$)
4. GKÜ-Subskala Internale Kontrollüberzeugung ($r_{ic} = .15$, mit Hoffnung $r = .30$)
5. Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren ($r_{ic} = -.10$, mit Hoffnung $r = -.29$)

Die potenziellen Suppressorvariablen werden in der Regressionsanalyse im dritten Variablenblock auf mögliche Suppressionseffekte geprüft. Alle übrigen Variablen – außer den vorab spezifizierten Prädiktoren *Leidensdruck*, *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* – werden im zweiten Block als potenziell redundante Variablen geprüft. Wie oben beschrieben erfolgt innerhalb jedes Variablenblocks eine schrittweise Prozedur, bei der jeweils jene Prädiktoren sukzessive in das Regressionsmodell aufgenommen werden, welche die multiple Korrelation zum Kriterium *Intention* maximieren. Prädiktoren werden nur aufgenommen, wenn ihr Regressionsgewicht mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1 % signifikant von Null verschie-

den ist. Da Ausreißer zu Verzerrungen der Regressionsgewichte und damit zu einer Fehlspezifikation des gesamten Regressionsmodells führen können (vgl. Barth, 1997; Kockläuner, 1988), werden sie aus der Analyse eliminiert und das Modell anschließend noch einmal berechnet. Die Identifikation von Ausreißern erfolgt über ein Residuum größer 3 Standardabweichungen. Auf diese Weise wurden sieben Fälle eliminiert, deren standardisierte Residuen zwischen 3.01 und 3.57 lagen. Die Kennwerte der Regressionsanalyse änderten sich dadurch - wegen der großen Stichprobe - nur im Tausendstel-Bereich.

Abbildungen zur Residuenanalyse sind im Anhang dargestellt (Abbildung 22 und Abbildung 23). Die standardisierten Residuen liegen zu 96.3 % zwischen den Werten -2 und 2 und weichen durch leichte Breitgipfligkeit ($Kurtosis = -0.45$, $SE = 0.08$) von einer Normalverteilungsform ab ($Kolmogorov-Smirnov-Z = 1.42$, $p = .035$). Mit anderen Worten: Die Residuen liegen in einem etwas geringeren Ausmaß nahe an Null als gefordert und weisen damit auf einen leicht erniedrigten Anteil extrem guter Vorhersagen hin. Wegen der hohen Sensibilität des Kolmogorov-Smirnov-Tests für Abweichungen von der Normalverteilung wird diese Abweichung nicht als Verletzung des gesamten Regressionsmodells bewertet, da dessen Signifikanztests (F -Test und t -Test) insbesondere bei großem N robust gegenüber kleineren Verletzungen der Modellannahmen sind (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000). Gleiches gilt für eine in Abbildung 23 (Anhang) zu beobachtende Heteroskedastizität, die in einer verringerten Residuenvarianz am oberen Verteilungsrand des Kriteriums besteht und auf den Deckeneffekt der Kriteriumsvariable zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in Tabelle 29 dargestellt. Im ersten Variablenblock klären die Prädiktoren Hoffnung, Leidensdruck und Kompetenzerwartung mit etwa gleich hohen Regressionsgewichten 28.2 % der Kriterienvarianz auf. Bei Hinzunahme der als redundant konzipierten Variablen in Block 2 erhöht sich der erklärte Varianzanteil signifikant auf 35.7 %. Erklärungsbeiträge liefern hier, zusätzlich zu den drei Prädiktoren des ersten Blocks, sieben Prädiktoren mit standardisierten Regressionsgewichten zwischen 0.13 (Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit) und 0.04 (Frühberentungsüberlegung). Die Hinzunahme der potentiellen Suppressorvariablen im dritten Block führt zu einer Erhöhung des erklärten Varianzanteils auf 36.1 %, der zwar statistisch signifikant, jedoch mit 0.4 Prozentpunkten sehr gering ist.

Tabelle 28: Interkorrelationsmatrix möglicher Prädiktoren für die Intention zur Mitarbeit (für Patienten mit gültigem Wert in der Intention zur Mitarbeit, $N_{\max} = 3759$).

	Intention zur Mitarbeit (log-transformiert)	Kompetenzerwartung	Hoffnung	Psychischer Leidens- druck	SF-12 Körper	SF-12 Psyche	SCL-90 Somatisierung	SCL-90 Depressivität und Ängstlichkeit	Chronifizierung	GKÜ-internal	Verneinung psych. Hilfsbedürftigkeit	Wissen über Psycho- therapie	Initiative	Zuwendung	Beh'wartung: Hilfe bei Rentenbegehren
Intention zur Mitarbeit (log-transformiert)	1	.30*	.35*	.27*	-.03	.17*	.02	.14*	.04	.15*	-.27*	.24*	.23*	-.04	-.10*
Kompetenzerwartung	3757	1	.21*	-.10*	-.07	-.13*	-.09*	-.15*	.00	.17*	-.13*	.16*	.15*	.02	-.10*
Hoffnung	3718	3718	1	-.11*	-.18*	-.12*	-.18*	-.18*	-.09*	.30*	-.25*	-.01	.23*	-.02	-.29*
Psychischer Leidensdruck	3729	3729	3705	1	.13*	.60*	.27*	.69*	.06	-.13*	-.10*	.27*	.03	.01	.14*
SF-12 Körper (transformiert)	3728	3727	3688	3700	1	.35*	.62*	.36*	.06	-.30*	.04	.00	-.14*	.04	.42*
SF-12 Psyche (transformiert)	3702	3701	3665	3678	3677	1	.39*	.69*	.03	-.21*	-.05	.13*	-.05	.00	.21*
SCL-90 Somatisierung	3736	3735	3698	3708	3707	3682	1	.61*	.09*	-.28*	.05	.08*	-.13*	.01	.39*
SCL-90 Depressivität und Ängstlichkeit	3748	3747	3708	3720	3719	3694	3735	1	.07	-.23*	.01	.20*	-.08*	-.01	.30*
Chronifizierung	3596	3595	3563	3569	3568	3547	3576	3587	1	-.03	-.01	.16*	.04*	-.04	.10*
GKÜ-internal	3719	3719	3684	3694	3690	3666	3702	3712	3567	1	-.05	.12*	.20*	-.02	-.28*
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit	3723	3723	3704	3713	3693	3670	3701	3713	3563	3688	1	-.12*	-.11*	.08*	.15*
Wissen über Psychotherapie	3718	3718	3700	3708	3688	3667	3696	3708	3562	3684	3705	1	.15*	.03	-.04
Initiative	3714	3714	3693	3702	3685	3665	3693	3705	3561	3681	3694	3695	1	.00	-.16*
Zuwendung	3722	3722	3702	3711	3694	3670	3700	3712	3564	3687	3705	3703	3696	1	.07
Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren	3475	3475	3456	3464	3450	3431	3461	3469	3344	3447	3459	3461	3456	3463	1
Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme	3710	3710	3687	3696	3681	3662	3692	3702	3555	3676	3690	3688	3682	3693	3460
Behandlungsziel: körperl. u. berufl. Leistungsfähigkeit arbeitslos zu t0	3711	3711	3688	3696	3683	3661	3690	3702	3556	3675	3691	3687	3682	3691	3454
AU länger als 120d	3649	3648	3617	3625	3621	3599	3629	3641	3501	3613	3619	3616	3614	3620	3381
z.Zt. krankgeschrieben	3758	3757	3718	3729	3728	3702	3736	3748	3596	3719	3723	3718	3714	3722	3475
Antrag auf Frühberentung	3690	3689	3652	3663	3662	3636	3668	3680	3530	3651	3657	3652	3651	3656	3421
Frühberentungsüberlegung	3680	3679	3644	3655	3651	3629	3660	3671	3527	3644	3647	3643	3646	3648	3419
Ledig ohne feste Partnerschaft	3502	3501	3472	3482	3475	3455	3483	3493	3358	3466	3472	3468	3471	3472	3277
Schulbildung (dichotom)	3720	3719	3683	3694	3692	3666	3698	3710	3560	3681	3688	3683	3681	3688	3445
Kostenträger BfA	3640	3639	3605	3614	3612	3586	3619	3630	3484	3604	3610	3604	3603	3609	3377
Geschlecht weiblich	3758	3757	3718	3729	3728	3702	3736	3748	3596	3719	3723	3718	3714	3722	3475
Alter	3734	3733	3696	3707	3705	3680	3712	3724	3574	3696	3701	3696	3695	3700	3457
Somatoforme St (Hauptdiagn.)	3730	3729	3692	3703	3701	3676	3708	3720	3571	3691	3697	3692	3691	3696	3452
Essstörung (Diagn. 1-5)	3758	3757	3718	3729	3728	3702	3736	3748	3596	3719	3723	3718	3714	3722	3475
Persönl'st. (Diagn. 1-5)	3758	3757	3718	3729	3728	3702	3736	3748	3596	3719	3723	3718	3714	3722	3475

Anmerkungen: Korrelationen oberhalb der Diagonalen, jeweilige Anzahl gültiger Werte unterhalb.

*: Korrelation signifikant auf dem 1%-Niveau nach Bonferroni-Adjustierung ($p < .000023$)

Tabelle 28 (Forts.): Interkorrelationsmatrix möglicher Prädiktoren für die Intention zur Mitarbeit (für Patienten mit gültigem Wert in der Intention zur Mitarbeit, Nmax = 3759).

	Beh'ziel: Klärung psychischer Probleme	Beh'ziel: körperl. u. berufl. Leistungsfähigkeit	arbeitslos zu t0	AU länger als 120d	z.Zt. krankgeschrieben	Antrag auf Frühberentung	Frühberentungsüberlegung	Ledig ohne feste Partnerschaft	Schulbildung (dichotom)	Kostenträger BfA	Geschlecht weiblich	Alter	Somatoforme St. (Hauptdiagnose)	Essstörung (Diagn. 1-5)	Persönlichkeitsst. (Diagn. 1-5)
Intention zur Mitarbeit (log-transformiert)	.32*	.23*	-.02	-.05	.00	-.10*	-.14*	.05	.10*	.09*	.11*	-.11*	-.06	.11*	.02
Kompetenzerwartung	-.02	.07*	-.04	-.04	-.03	-.06	-.06	.00	.11*	.09*	.01	.02	.05	.02	-.03
Hoffnung	.08*	.13*	-.09*	-.18*	-.13*	-.25*	-.29*	.03	.05	.06	.08*	-.07	-.04	.07	-.03
Psychischer Leidensdruck	.51*	.07	.07	.10*	.18*	.05	.09*	.08*	-.02	-.01	.07*	-.10*	-.16*	.07	.13*
SF-12 Körper	.02	.26*	.08*	.26*	.30*	.27*	.34*	-.11*	-.22*	-.16*	.02	.22*	.10*	-.03	-.00
SF-12 Psyche	.35*	.11*	.05	.17*	.26*	.12*	.15*	.02	-.05	-.04	.02	-.02	-.09*	.05	.10*
SCL-90 Somatisierung	.18*	.24*	.06	.17*	.20*	.25*	.27*	-.08*	-.20*	-.19*	.05	.10*	.08*	-.01	.02
SCL-90 Depressivität und Ängstlichkeit	.46*	.15*	.10*	.18*	.25*	.16*	.19*	.03	-.09*	-.09*	.06	-.04	-.11*	.05	.13*
Chronifizierung	.05	.03	.02	-.06	-.05	.06	.06	.01	-.01	.02	-.01	.09*	.03	.05	.08*
GKÜ-internal	.11*	.02	-.06	-.15*	-.14*	-.20*	-.25*	.11*	.20*	.18*	.05	-.12*	-.04	.11*	.01
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit	-.07	-.01	.04	.06	.03	.07	.11*	-.02	-.09*	-.10*	-.08*	.05	.00	-.04	.01
Wissen über Psychotherapie	.22*	.03	.07	.04	.04	.05	.01	.14*	.17*	.17*	.11*	-.13*	-.05	.07*	.11*
Initiative	.12*	.06	-.06	-.19*	-.17*	-.17*	-.17*	.08*	.11*	.08*	.02	-.14*	-.03	.09*	.03
Zuwendung	.02	.01	.01	.01	.03	.02	.01	-.04	-.05	-.09*	-.01	-.04	-.02	-.02	-.03
Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren	.14*	.11*	.12*	.22*	.22*	.29*	.54*	-.08*	-.28*	-.18*	-.09*	.24*	.04	-.07	-.00
Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme	1	.39*	.02	.02	.04	-.06	-.03	.07	-.01	.02	.12*	-.13*	-.10*	.10*	.08*
Behandlungsziel: körperl. u. berufl. Leistungsfähigkeit	3689	1	.00	.02	.05	-.05	-.05	-.01	-.05	-.03	.04	-.04	.06	.03	.01
arbeitslos zu t0	3607	3609	1	.10*	.04	.16*	.13*	.11*	-.03	-.05	-.03	-.07	.01	.01	.08*
AU länger als 120d	3710	3711	3649	1	.47*	.20*	.27*	-.02	-.10*	-.02	-.05	.08*	.01	-.03	.04
z.Zt. krankgeschrieben	3644	3647	3595	3690	1	.15*	.29*	.00	-.11*	-.03	-.03	.05	.02	-.02	.05
Antrag auf Frühberentung	3637	3638	3585	3680	3649	1	.25*	-.03	-.10*	-.07	-.01	.10*	.08*	-.02	.05
Frühberentungsüberlegung	3465	3464	3416	3502	3478	3484	1	-.08*	-.16*	-.10*	-.13*	.29*	.02	-.10*	.01
Ledig ohne feste Partnerschaft	3675	3675	3623	3720	3676	3666	3490	1	.09*	.06	.02	-.35*	-.01	.13*	.15*
Schulbildung (dichotom)	3594	3595	3548	3640	3595	3589	3420	3627	1	.42*	.12*	-.17*	.01	.08*	.02
Kostenträger BfA	3710	3711	3649	3758	3690	3680	3502	3720	3640	1	.21*	.07*	-.01	.05	.06
Geschlecht weiblich	3688	3689	3637	3734	3689	3679	3501	3719	3639	3734	1	-.10*	-.02	.11*	-.03
Alter	3684	3685	3633	3730	3686	3675	3497	3715	3635	3730	3729	1	.02	-.24*	-.11*
Somatoforme St (Hauptdiagnose)	3710	3711	3649	3758	3690	3680	3502	3720	3640	3758	3734	3730	1	-.04	-.03
Essstörung (Diagn. 1-5)	3710	3711	3649	3758	3690	3680	3502	3720	3640	3758	3734	3730	3758	1	.09*
Persönl'st. (Diagn. 1-5)	3710	3711	3649	3758	3690	3680	3502	3720	3640	3758	3734	3730	3758	3758	1

Anmerkungen: Korrelationen oberhalb der Diagonalen, jeweilige Anzahl gültiger Werte unterhalb.

*: Korrelation signifikant auf dem 1%-Niveau nach Bonferroni-Adjustierung ($p < .000023$)

Tabelle 29: Standardisierte (β) und nicht-standardisierte Regressionsgewichte, zugehörige Standardfehler (SE_B) und Toleranzen (Tol) für die in die Regressionsgleichung zur Vorhersage der Intention zur Mitarbeit (log-transformiert) aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3751$).

	Block 1				Block 2				Block 3			
	β	B	SE_B	Tol	β	B	SE_B	Tol	β	B	SE_B	Tol
Hoffnung	.32	0.064	0.003	.95	.23	0.047	0.003	.80	.23	0.045	0.003	.79
Psychischer Leidensdruck	.33	0.059	0.003	.98	.21	0.038	0.003	.67	.19	0.035	0.004	.43
Kompetenzerwartung	.27	0.047	0.002	.95	.23	0.039	0.002	.90	.23	0.039	0.002	.89
Beh'ziel: Klärung psych. Probleme					.12	0.016	0.002	.60	.12	0.017	0.002	.57
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit					-.13	-0.025	0.003	.90	-.13	-0.025	0.003	.89
Beh'ziel: Körperl. und berufl. Leistungsf.					.12	0.021	0.003	.82	.12	0.021	0.003	.80
Wissen über Psychotherapie					.10	0.015	0.002	.87	.11	0.015	0.002	.86
Initiative					.09	0.012	0.002	.90	.09	0.012	0.002	.89
Symptombezogene Zuwendung					-.05	-0.007	0.002	.99	-.05	-0.007	0.002	.99
Frühberentungsüberlegung (Dummy)					-.04	-0.013	0.004	.91	-.05	-0.014	0.004	.89
SF-12: Psyche									.09	0.021	0.004	.50
SCL-90-R: Depressivität und Ängstlichkeit									-.06	-0.010	0.004	.38
R	.532				.599				.602			
R^2	.283				.358				.363			
R^2_{adj}	.282				.357				.361			
F	493.1				208.8				177.2			
df	3/3747				10/3740				12/3738			
p	< .001				< .001				< .001			

Anmerkungen:

^a Aufnahmekriterium für Prädiktor: Regressionsgewicht auf dem 1%-Niveau von Null verschieden (entsprechend sind für die Regressionsgewichte keine Signifikanzniveaus in der Tabelle markiert)

^b Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation einfach (R^2) bzw. adjustiert an der Anzahl der getesteten 29 Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Die in Tabelle 29 ebenfalls dargestellten Toleranzwerte zeigen mit Werten nahe 1 eine hohe lineare Unabhängigkeit zwischen den drei im ersten Block getesteten Prädiktoren. Das Sinken insbesondere der Toleranz für die Variable Leidensdruck bei Hinzunahme der Blöcke 2 und 3 signalisiert eine aufgrund der Interkorrelationsmatrix zu erwartende lineare Abhängigkeit von

den Prädiktoren *Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme*, *SF-12-Psyche* und *SCL-90-R: Subskala Depressivität und Ängstlichkeit*, die folglich ebenfalls geringere Toleranzwerte aufweisen. Da diese Variablen einen Teil der zuvor von *Leidensdruck* geleisteten Varianzaufklärung übernehmen, sinkt dessen Regressionsgewicht nach Hinzunahme von Block 3 auf $\beta = 0.19$. Da sich der Standardschätzfehler des Regressionsgewichts von *Leidensdruck* (aufgrund des hohen N) von Block 1 zu Block 3 nicht nennenswert vergrößert hat, werden die beteiligten Variablen trotz ihrer – anhand der geringeren Toleranzwerte ablesbaren – wechselseitigen Abhängigkeit im Modell belassen.

Die in Block 3 eingeführten Prädiktoren gelten nach Bortz (1999) als Suppressorvariablen, wenn ihre Nützlichkeit größer als ihre quadrierte Korrelation mit dem Kriterium ist ($\Delta R > r_{ic}^2$). Für die beiden signifikanten Prädiktoren aus Block 3, *SF-12-Psyche* und *SCL-90-R: Depressivität und Ängstlichkeit* beträgt ΔR^2 (gerundet) .003 bzw. .001. Die korrespondierenden quadrierten Korrelationen betragen .029 bzw. .020, liegen also über den Nützlichkeiten. Damit kann für beide Prädiktoren kein Suppressionseffekt nachgewiesen werden.

Bevor die Ergebnisse der Regressionsanalyse im Hinblick auf die zu prüfenden Hypothesen bewertet werden, wird eine Überprüfung ihrer Stabilität vorgenommen. Den Empfehlungen von Mosteller und Tukey (1977) folgend, wurde die Stichprobe hierzu in zehn zufällig gezogene Teilstichproben unterteilt⁸. Anhand der Ergebnisse aus den korrespondierenden zehn Regressionsanalysen wurden Konfidenzintervalle für den multiplen Korrelationskoeffizienten und die Regressionsgewichte bestimmt (vgl. Tabelle 30).

Ein Vergleich von Tabelle 29 und Tabelle 30 zeigt eine hohe Stabilität der Regressionsergebnisse aus der Gesamtstichprobe hinsichtlich multiplen Regressionskoeffizienten (R), erklärtem Varianzanteil (R^2_{adj}) sowie den drei Prädiktoren Hoffnung, Kompetenzerwartung und Leidensdruck. Lediglich die übrigen, in der Gesamtstichprobe signifikanten Prädiktoren sind dort leicht überschätzt worden und tendieren im Mittel der zehn Teilstichproben etwas niedriger. Die Prüfung der Hypothesen 1a und 1b (am Ende dieses Kapitels) orientiert sich deshalb in der Bewertung der Regressionskoeffizienten der Variablenblöcke 2 und 3 wegen deren geringer Stabilität an den an den Teilstichproben gewonnenen Konfidenzintervallen.

⁸ Die Zahl 10 wird von den Autoren als Konvention empfohlen, weil sie (1) für die Berechnung von Konfidenzintervallen t-Werte mit sich bringt, die mit $10-1=9$ Freiheitsgraden hinreichend klein sind, und (2) den Rechenaufwand überschaubar hält.

Die Gruppen wurden nicht stratifiziert (z.B. nach Kostenträger und Geschlecht), um auch für diese Variablen Varianz innerhalb der Gruppen zu erhalten und damit Regressionsgewichte bestimmen zu können.

Tabelle 30: Mittelwerte (M) und 99%-Konfidenzintervalle für den multiplen Regressionskoeffizienten (R), den adjustierten quadrierten multiplen Regressionskoeffizienten (R^2_{adj}) und die standardisierten Regressionsgewichte (B) nach Unterteilung der Gesamtstichprobe in zehn Zufallsstichproben.

		M	99%-Konfidenzintervall	
			untere Grenze	obere Grenze
R		.60	.59	.61
R^2_{adj}		.35	.33	.36
Prädiktorvariable		$M(B)$	untere Grenze	obere Grenze
Block 1	Hoffnung	.26	.24	.28
	Kompetenzerwartung	.23	.22	.24
	Psychischer Leidensdruck	.22	.19	.25
Block 2	Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme	.10	.07	.13
	Behandlungsziel: körperl. u. berufl. Leistungsf.	.09	.06	.12
	Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit	-.08	-.11	-.05
	Wissen über Psychotherapie	.06	.03	.08
	Initiative	.03	.01	.05
	Frühberentungsüberlegung	-.02	-.04	.00
	Schulbildung (dichotom)	.02	.00	.04
	Chronifizierung	.02	.00	.03
	Symptombezogene Zuwendung	-.01	-.02	.00
	Alter	-.01	-.02	.00
	SF-12 Körper	.01	.02	.00
	arbeitslos zu t0	.00	.00	.00
	AU länger als 120d	.00	.00	.00
	z.Zt. krankgeschrieben	.00	.00	.00
	Antrag auf Frühberentung	.00	.00	.00
	Ledig ohne feste Partnerschaft	.00	.00	.00
	Kostenträger BfA	.00	.00	.00
	Geschlecht weiblich	.00	.00	.00
	Somatoforme St (Hauptdiagn.)	.00	.00	.00
	Essstörung (Diagn.1-5)	.00	.00	.00
	Persönl'st. (Diagn.1-5)	.00	.00	.00
	SF-12 Psyche	.03	.01	.05
	GKÜ-internal	.01	.00	.02
	SCL-90 Somatisierung	.00	.00	.00
	SCL-90 Depressivität und Ängstlichkeit	.00	.00	.00
	Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren	.00	.00	.00

Anmerkung: Der Übersichtlichkeit halber sind alle Koeffizienten auf zwei Dezimalstellen gerundet; dadurch liegen einige Konfidenzintervalle asymmetrisch um ihren Mittelwert.

7.1.3 Pfadanalysen

Zur Überprüfung der hierarchischen Modellanordnung (Hypothese 1c) wurden mehrere Pfadanalysen (mit dem Programm AMOS 4.0, Arbuckle & Wothke, 1999) gerechnet. Um die Zahl der zu vergleichenden Modelle zu begrenzen, wurden zunächst drei Regressionsanalysen (schrittweise vorwärts) vorgeschaltet, in denen jeweils Prädiktoren für die Kriteriumsvariablen Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung identifiziert wurden. Die regressions-

analytischen Ergebnisse sind im Anhang dargestellt. Die gefundenen Prädiktoren wurden in ein pfadanalytisches Modell aufgenommen (vgl. Abbildung 16).

Die Berechnung der Pfadkoeffizienten beruht auf einem Modell mit Interkorrelationen zwischen den Variablen der oberen Ebene in Abbildung 16. Aus Platzgründen sind diese Interkorrelationen in der Abbildung nicht dargestellt, können aber der Interkorrelationsmatrix (Tabelle 28) entnommen werden⁹.

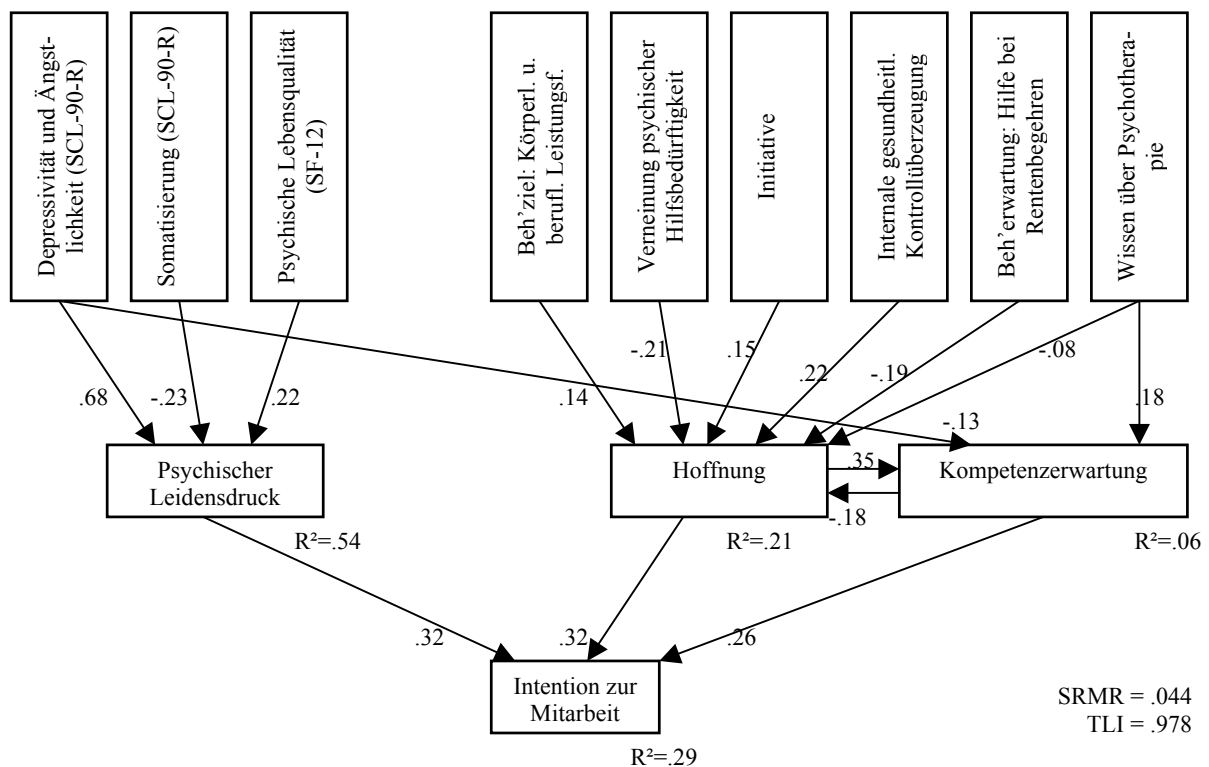


Abbildung 16: Pfadanalytisches Modell zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit (R^2 kennzeichnet den jeweils aufgeklärten Varianzanteil einer endogenen Variable)

SRMR und TLI des Pfadmodells signalisieren mit Werten von .044 und .978 eine gute Übereinstimmung zwischen Modell und Daten. Zur Prüfung der Stabilität wurde das Modell kreuzvalidiert, indem es mit zwei Hälften des Datensatzes gerechnet wurde. Die Pfadkoeffizienten änderten sich dabei um maximal $\pm .02$, die Anpassungsindizes nur um $\pm .001$ ¹⁰.

⁹ Gleiches gilt für nachfolgend berechnete Pfadmodelle.

¹⁰ Eine weitere Stabilitätsprüfung betrifft die im Modell spezifizierte gegenseitige Abhängigkeit der Variablen Hoffnung und Kompetenzerwartung. Der diesbezügliche Stabilitätsindex (nach Bentler & Freeman, 1983; Fox, 1980) beträgt 0.061 und signalisiert eine gute Konvergenz der potenziell unendlichen Menge gegenseitiger linearer Abhängigkeiten zwischen beiden Variablen in den ermittelten Koeffizienten. In den nachfolgend berechneten Modellen liegt er ähnlich nahe an Null und wird daher nicht mehr gesondert berichtet.

Für eine weitere Überprüfung der Modellstruktur wurde in einem zweiten Schritt die strenge hierarchische Ordnung des ersten Pfadmodells aufgelöst und direkte Einflüsse derjenigen Variablen der oberen Abbildungsebene auf die Intention zugelassen, die sich in der Regressionsanalyse der Intention (vgl. Tabelle 30) als zusätzliche Prädiktoren erwiesen hatten. Im einzelnen handelte es sich um die fünf Variablen (1) Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, (2) Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, (3) Initiative, (4) Wissen über Psychotherapie und (5) Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit. In der Pfadanalyse (Abbildung 17) ergaben sich für diese Variablen Pfadkoeffizienten zwischen .09 und .13, während die Pfadkoeffizienten der ursprünglichen Prädiktoren des ersten Modells auf .21 bis .25 sanken. Der erklärte Varianzanteil der Intention zur Mitarbeit steigt von 29 % auf 34 %. Die Anpassungsindizes haben sich auf $SRMR = .028$ und $TLI = .983$ verbessert. Bei einer Berechnung des Modells an zwei Datensatzhälften ergeben sich nur geringe Abweichungen von maximal $\pm .02$ für die Pfadkoeffizienten und $\pm .003$ für die Anpassungsindizes.

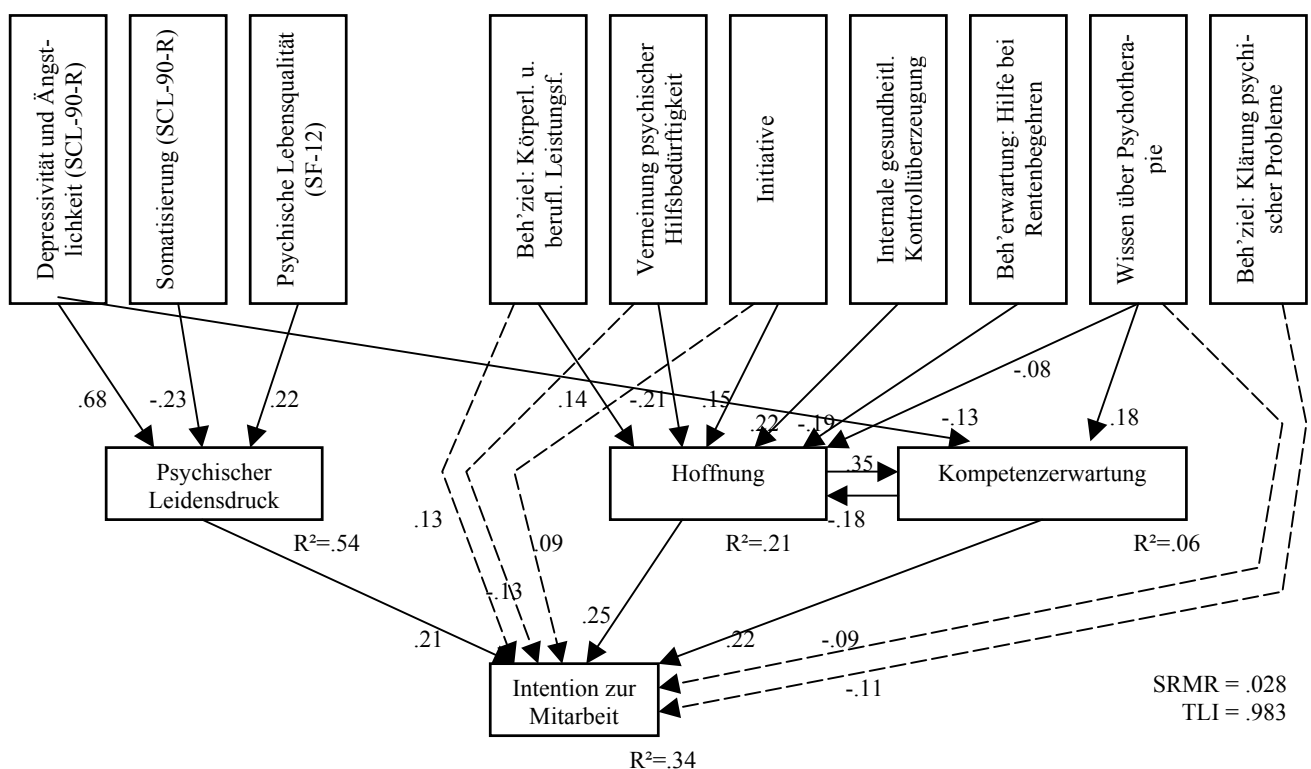


Abbildung 17: Pfadanalytisches Modell zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit mit zusätzlichen direkten Einflüssen auf die Intention (gekennzeichnet durch gestrichelte Pfeile; R^2 kennzeichnet den jeweils aufgeklärten Varianzanteil einer endogenen Variable)

Ein Vergleich beider Modelle zeigt damit (wie bereits die Regressionsanalyse), dass den Prädiktoren Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung zwar der größte Einfluss auf die Intention zur Mitarbeit zukommt, weitere Variablen aber zusätzliche Erklärungsbeiträge liefern und die Modellanpassung erhöhen.

Bezogen auf die Behandlungsziele (hinsichtlich einer Klärung psychischer Probleme wie auch hinsichtlich der körperlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit) zeigen Pfadanalyse wie Regressionsanalyse, dass diese Variablen einen eigenständigen Erklärungsbeitrag für die Intention zur Mitarbeit liefern. Wie in Abschnitt 3.1.2 ausgeführt, wird die Bedeutung von Behandlungszielen gegenwärtig auch von anderen Autoren im Zusammenhang mit Behandlungsmotivation, Prozessmerkmalen und Therapieerfolg diskutiert (Berking, Jacobi & Ma-suhr, 2001; Dirmaier et al., 2002; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Deshalb wurde ein drittes Pfadmodell geprüft, in welchem die Behandlungsziele auf einer Ebene mit Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung angeordnet und Einflüsse anderer Variablen auf die Behandlungsziele zugelassen sind. In vorgeschalteten Regressionsanalysen (vgl. Anhang) zeigten sich für beide Zielvariablen vor allem bedeutsame Zusammenhänge zueinander sowie zu psychischem Leidensdruck und den symptombezogenen Fragebögen. Das Pfadmodell ist in Abbildung 18 dargestellt.

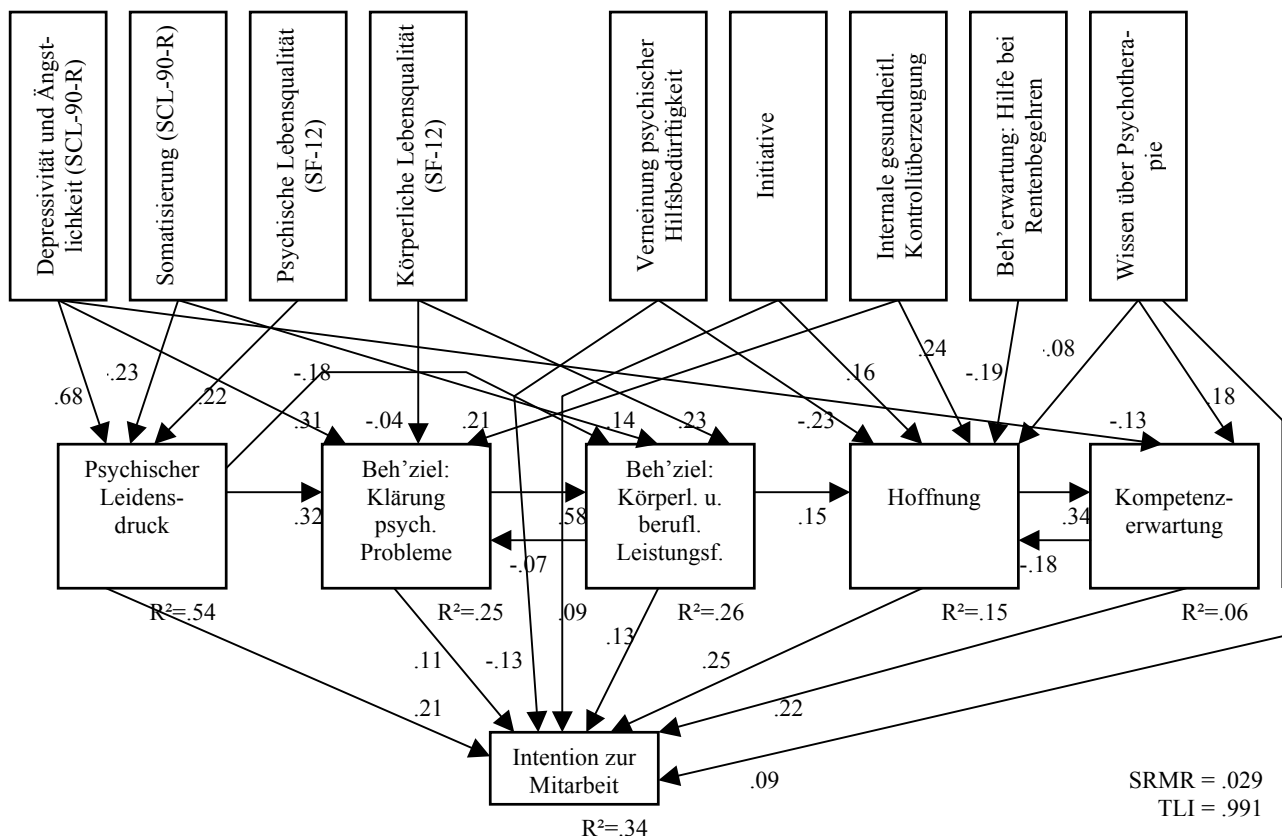


Abbildung 18: Pfadanalytisches Modell zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit, mit Behandlungszielen als endogenen Variablen (R^2 kennzeichnet den jeweils aufgeklärten Varianzanteil einer endogenen Variable)

Die Anpassungsindizes haben sich Vergleich zum zweiten Modell (Abbildung 17) leicht verändert, der *SRMR* hat sich mit .029 gegenüber .028 geringfügig verschlechtert, während

der *TLI* sich mit .991 gegenüber .983 verbessert hat. Der erklärte Varianzanteil an der Intention zur Mitarbeit ist mit 34 % unverändert. Wegen der gegensinnigen Veränderungen der beiden Anpassungsindizes ist aus ihnen ein Vorzug eines Modells gegenüber dem anderen nicht direkt ableitbar. Auffallend ist, dass sich die beiden Behandlungsziele mit vergleichsweise hohen Varianzaufklärungen (25 % bzw. 26 %) durch die übrigen Modellvariablen erklären lassen.

Die Variablen *Behandlungsziele* wurden in obigem Pfadmodell besonders berücksichtigt, weil sie in der gegenwärtigen Forschungslandschaft diskutiert werden. Die regressionsanalytischen Ergebnisse aus dem ersten Teil dieses Kapitels wie auch theoretische Überlegungen sprechen allerdings dafür, die Prädiktoren *Verneinung psychische Hilfsbedürftigkeit*, *Wissen* und *Initiative* in gleicher Weise wie die Behandlungsziele als endogene Variablen zu testen. Hierzu wurde ein viertes Pfadmodell (Abbildung 19) gerechnet, in welches die genannten drei Variablen als endogene Variablen eingingen. Wie zuvor erfolgte die Spezifikation von Pfaden anhand dreier vorgeschalteter Regressionsanalysen (vgl. Anhang).

Wie Abbildung 19 zeigt, verändern sich die Anpassungsindizes im Vergleich zum Vormodell kaum (*SRMR* um .002 verschlechtert, *TLI* um .001 verbessert); der erklärte Varianzanteil an der Intention zur Mitarbeit ist mit 34 % konstant geblieben. Insofern ist dieses Modell hinsichtlich der statistischen Kennwerte als vergleichbar mit den beiden Vormodelle zu bewerten.

In einem fünften Pfadmodell (Abbildung 20) wurde schließlich eine komplette weitere Variablen-Ebene mit soziodemographischen und sozialmedizinischen Variablen hinzugenommen. Wegen der Komplexität des eben vorgestellten dritten Pfadmodells wurde das neue Modell zunächst auf der Grundlage des zweiten Pfadmodells (Abbildung 17) umgesetzt. Wie zuvor wurden Regressionsanalysen vorgeschaltet, in denen Prädiktoren für die zehn Variablen der obersten Ebene aus Abbildung 17 ausgewählt wurden. Nach dem regressionsanalytischen Aufnahmekriterium $\Delta R^2 > .01$ wurden hierbei die fünf Variablen Alter, Geschlecht, Schulbildung (dichotomisiert in Hauptschule vs. höhere Abschlüsse), Kostenträger (dichotomisiert in BfA vs. LVA) und AU-Tage ≥ 120 ausgewählt. Wie Abbildung 20 zeigt, erklären die Routinemerkmale nur geringe Varianzanteile der motivationalen Variablen (maximal $R^2 = .14$ für *Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren*). Dementsprechend liegen auch die Anpassungsindizes (*SRMR* = .129, *TLI* = .923) im Verwerfungsbereich. Wegen der mangelhaften Anpassungsgüte wurde auf einen analogen Modelltest auf Grundlage des dritten bzw. vierten Pfadmodells (Abbildung 18 und Abbildung 19) verzichtet.

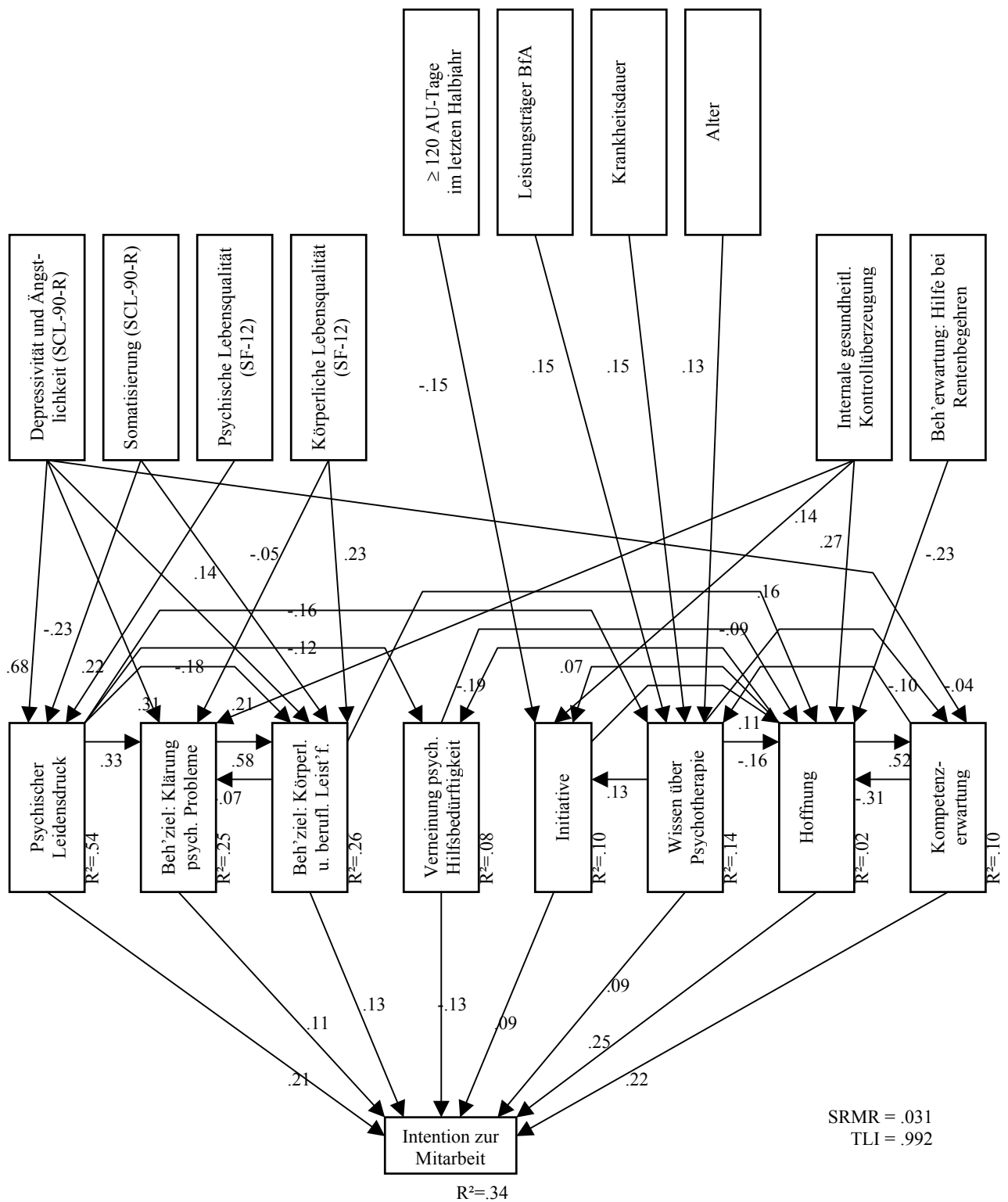


Abbildung 19: Pfadanalytisches Modell zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit, mit Behandlungszielen, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen und Initiative als endogenen Variablen (R^2 kennzeichnet den jeweils aufgeklärten Varianzanteil einer endogenen Variable)

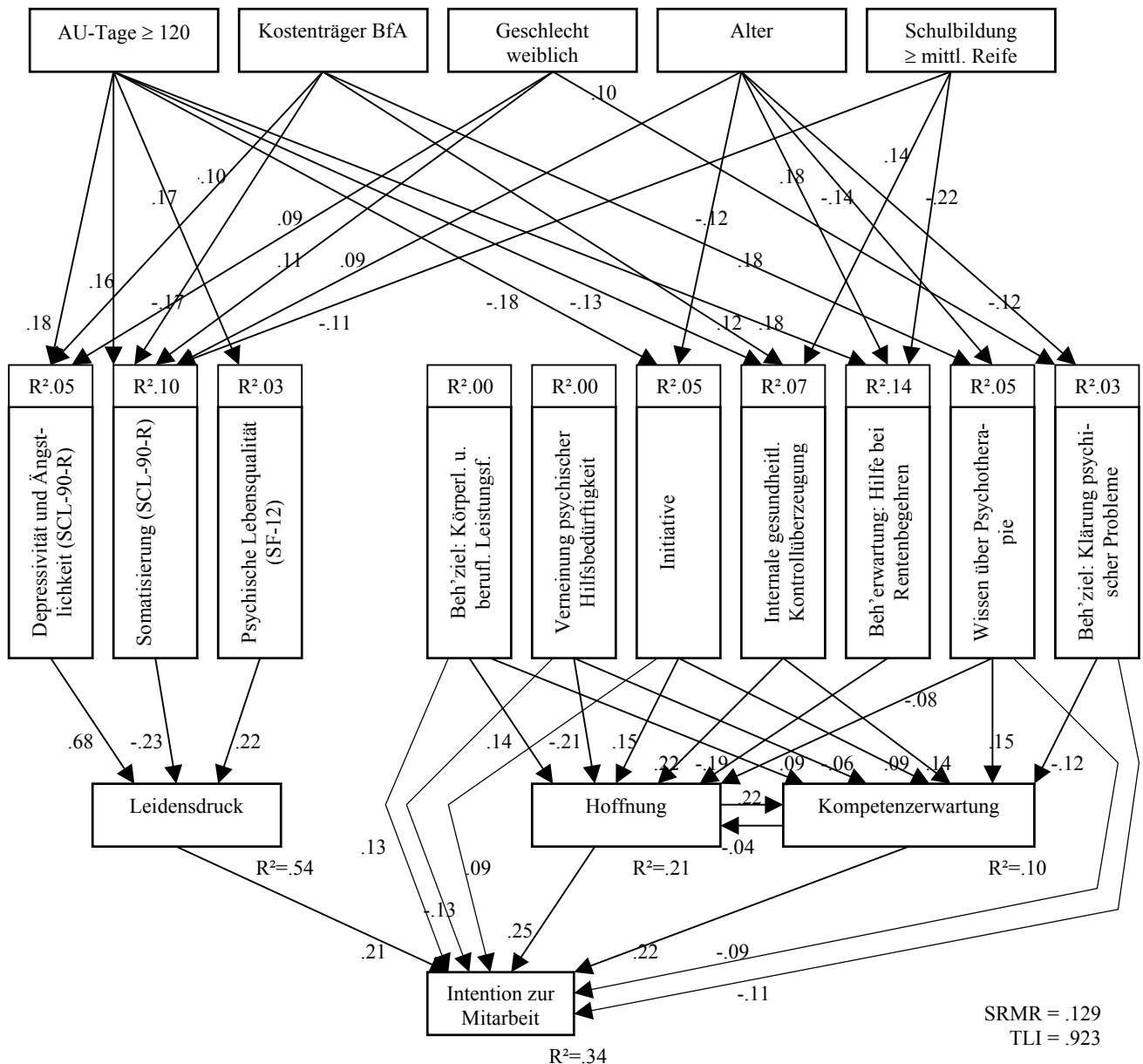


Abbildung 20: Pfadanalytisches Modell zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit nach Hinzunahme von Routinemerkmalen (R^2 kennzeichnet den jeweils aufgeklärten Varianzanteil einer endogenen Variable)

7.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothesen 1a bis c

Hypothese 1a: Die Intention zur Mitarbeit weist positive Zusammenhänge mit den drei Variablen Psychischer Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung auf.

Die Regression der Kriteriumsvariable *Intention zur Mitarbeit* auf die betreffenden drei Prädiktoren ergibt signifikante, positive Beta-Gewichte von 0.33 (Leidensdruck), 0.32 (Hoffnung) und 0.27 (Kompetenzerwartung). Die drei Prädiktoren erklären gemeinsam 28 % der Kriterienvarianz. Die Nullhypothese kann damit verworfen werden.

Ein ebenfalls denkbarer umgekehrt U-förmiger Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Intention zur Mitarbeit kann nach Inspektion des Streudiagramms (vgl. Abbildung 21) ausgeschlossen werden.

Hypothese 1b: Die im Theoriemodell von der Intention zur Mitarbeit weiter entfernten Variablen (soziodemographische, klinische, sozialmedizinische Parameter, Rehaerwartungen, Wissen, Kontrollüberzeugungen etc.) haben keinen zusätzlichen Erklärungswert, sondern wirken allenfalls über die drei Prädiktoren Kompetenzerwartung, Hoffnung und Leidensdruck auf die Intention zur Mitarbeit.

Entgegen dieser Erwartung führt die Hinzunahme der Prädiktorvariablen in den Blöcken 2 und 3 der Regressionsanalyse zu einem signifikanten Anstieg erklärter Kriteriumsvarianz von 28 % auf 36 %. Die Regressionsgewichte (gemittelt über 10 Teilstichproben) der hinzugekommenen Prädiktoren liegen mit maximal 0.10 (für *Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme*) allerdings deutlich unter den auf dieselbe Weise gemittelten Gewichten der drei Prädiktoren *Kompetenzerwartung*, *Hoffnung* und *Leidensdruck* (0.22 bis 0.26). Betrachtet man die unteren Grenzen der 99%-Konfidenzintervalle, so beträgt das standardisierte Regressionsgewicht des stärksten Prädiktors aus den Variablenblöcken 2 und 3 (*Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme*) sogar nur mindestens 0.07.

Soziodemographische, sozialmedizinische und klinisch-diagnostische Variablen erbringen in der Regression der Intention zur Mitarbeit keine zusätzliche Varianzaufklärung.

Die Nullhypothese muss damit beibehalten werden. Allerdings zeigt der Vergleich der erklärten Varianzanteile einen deutlich höheren Erklärungswert für die prognostizierten Prädiktoren (1) Kompetenzerwartung, (2) Hoffnung und (3) Leidensdruck gegenüber den schwächeren Prädiktoren (4) Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, (5) Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, (6) Initiative, (7) Wissen über Psychotherapie und (8) Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit. Soziodemographische, sozialmedizinische und klinische Routinemerkmale haben keinen zusätzlichen Erklärungswert für die Intention zur Mitarbeit.

Hypothese 1c: Prüfung der hierarchischen Modellstruktur: Die im Modell durch Pfeile symbolisierten Zusammenhangsannahmen zwischen den einzelnen Merkmalen vor Klinikaufnahme lassen sich empirisch bestätigen. Insbesondere die Variablen Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung lassen sich wie im Modell prognostiziert durch die übrigen Variablen erklären, welche wiederum mit Routinemerkmale zusammenhängen.

Der *Psychische Leidensdruck* lässt sich regressionsanalytisch (vgl. Anhang) mit 54 % Varianzaufklärung durch die SCL-90-R-Subskalen *Depressivität/Ängstlichkeit* und *Somatisierung* erklären. Die Variable *Symptombezogene Zuwendung* weist dagegen nicht den im Modell konzipierten Zusammenhang auf. Die Variable *Persistenzüberzeugung*, für die im Modell ein Zusammenhang zum *Psychischen Leidensdruck* konzipiert worden war, konnte aufgrund ihrer unbefriedigenden internen Konsistenz (vgl. Abschnitt 6.6.4) nicht überprüft werden.

Die Variable *Hoffnung* lässt sich regressionsanalytisch mit 23 % Varianzaufklärung durch die Variablen *Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung*, *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit*, *Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren*, *Behandlungsziel: Körperliche u. berufliche Leistungsfähigkeit*, *Initiative*, *Kompetenzerwartung* und *Wissen* erklären. Diese Zusammenhänge waren im Wesentlichen vom Modell prognostiziert worden. Die Höhe der erklärten Varianz entspricht allerdings nur einer mittleren Effektstärke.

Die Variable *Kompetenzerwartung* wird regressionsanalytisch lediglich mit einer kleinen Effektstärke ($R^2_{\text{adj}}=.09$) durch die Variablen *Hoffnung*, *Wissen* und *Depressivität/Ängstlichkeit* (SCL-90-R) erklärt.

Anhand der Anpassungsindizes der Pfadanalysen lässt sich kein Modell als das eindeutig beste begründen. Ein streng hierarchisches Pfadmodell (Abbildung 16) muss jedoch wegen schlechterer Anpassungsindizes und einer geringeren Varianzaufklärung zugunsten von Modellen, die Einflüsse weiterer Prädiktoren spezifizieren und / oder diese als endogene Variablen konzipieren (Abbildung 17 bis Abbildung 19), verworfen werden.

Wie bereits der Interkorrelationsmatrix (Tabelle 28) zu entnehmen ist, ergeben sich hinsichtlich soziodemographischer, sozialmedizinischer und klinischer Faktoren lediglich geringe Zusammenhänge zu den übrigen Modellvariablen. Ein Pfadmodell mit deren gesamter Berücksichtigung (Abbildung 20) muss deshalb wegen ungenügender Anpassungsindizes verworfen werden.

7.2 Vorhersage von Behandlungsabbrüchen

Die absoluten und relativen Häufigkeiten der oben definierten Entlassungsformen (vgl. Abschnitt *Methoden*) sind in Tabelle 31 dargestellt. Für 466 Patienten liegen keine Entlassungsberichtsdaten vor, so dass sich eine Gesamtzahl von $n = 4172$ ergibt. Behandlungsabbrüche machen – unabhängig vom Entlassungszeitpunkt – einen Anteil von 7.5 % aus. Nach Abbruchzeitpunkt unterteilt ergeben sich die in Tabelle 31 dargestellten Häufigkeiten. Da die

Verlegungen wie erwartet mit $n = 19$ eine extrem kleine Gruppe bilden, werden sie aus den nachfolgenden Prädiktoranalysen eliminiert.

Tabelle 31: Absolute und relative Häufigkeiten verschiedener Entlassungsformen.

	Abbruch ≤14d	Abbruch 15-28d	Abbruch ≥29d	reguläre Entlassung	Verlegung	Gesamt
n	80	127	108	3838	19	4172
%	1.9	3.0	2.6	92.0	0.5	

Hypothese 2a: Intention zur Mitarbeit, Kompetenzerwartung, Hoffnung und Leidensdruck sind bei Patienten, die ihre Rehabilitationsmaßnahme abbrechen, geringer ausgeprägt als bei Patienten, die regulär entlassen werden.

Zur Prüfung dieser Hypothese wurden t -Tests für unabhängige Stichproben mit der unabhängigen Variable *Abbruch (zeitpunkt-unabhängig)* vs. *reguläre Entlassung* gerechnet. Die Ergebnisse inklusive deskriptiver Statistiken sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) zentraler Modellvariablen in Abhängigkeit von der Entlassungsart (Abbruch vs. reguläre Entlassung).

	Abbruch		reguläre Entlassung		Statistische Parameter ^a				
	M	SD	M	SD	d	n	t	df	p
Intention zur Mitarbeit	4.26	0.58	4.33	0.53	0.15	3349	-2.04 ^b	283	.04
Psychischer Leidensdruck	3.16	0.76	3.12	0.77	0.05	4098	0.90 ^c	4096	.37
Hoffnung	3.12	0.73	3.22	0.70	0.14	4079	-2.38 ^c	4077	.02
Kompetenzerwartung	3.67	0.86	3.74	0.80	0.09	4122	-1.38 ^c	4120	.17

Anmerkungen:

^a: Cohen's d , Anzahl gültiger Werte (n), t -Wert, Freiheitsgrade (df) und Signifikanzniveau (p)

^b: t -Test bei ungleichen Varianzen

^c: t -Test bei gleichen Varianzen

Wie Tabelle 32 zeigt, unterscheiden sich Abbrecher und regulär Entlassene in keiner der vier Variablen auf dem geforderten Signifikanzniveau. Auch die Effektstärken (Cohen's d , standardisiert an der Streuung der Gesamtgruppe) erreichen maximal Werte von 0.15 (Intention zur Mitarbeit) bzw. 0.14 (Hoffnung) und bleiben damit unterhalb des für kleine Effekte geforderten Schwellenwerts von 0.20. Hypothese 2a wird aufgrund dieser Ergebnisse verworfen.

Hypothese 2b: Die Variablen Intention zur Mitarbeit, Kompetenzerwartung, Hoffnung und Leidensdruck sind bei frühen Abbrechern am geringsten ausgeprägt, nehmen innerhalb der Abbrecher mit steigender Aufenthaltsdauer zu und sind bei regulär Entlassenen am größten.

Rosnow und Rosenthal (1988) empfehlen bei Hypothesen wie der vorliegenden einen gerichteten Hypothesentest mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten, da dieser mehr statistische Power als die Varianzanalyse aufweist, deren Alternativhypothese („es gibt *irgendwelche* Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen“) zudem von geringem Aussagewert ist. Dementsprechend werden nonparametrische Korrelationen (nach Spearman-Brown) zwischen den genannten Variablen einerseits und der Variable *Entlassungsart* mit den Ausprägungen (1) *Abbruch ≤ 14d*, (2) *Abbruch 15-28d*, (3) *Abbruch ≥ 29d* und (4) *regulär* berechnet (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) für vier mögliche Prädiktorvariablen in Abhängigkeit von der Entlassungsart.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Statistik ^a
Intention zur Mitarbeit	Abbruch ≤ 14d	4.34	0.56	<i>n</i> = 3349
	Abbruch 15-28d	4.13	0.58	<i>r</i> = .03
	Abbruch ≥ 29d	4.33	0.57	<i>p</i> = .02
	reguläre Entlassung	4.33	0.53	
Psychischer Leidensdruck	Abbruch ≤ 14d	3.15	0.77	<i>n</i> = 4098
	Abbruch 15-28d	3.08	0.79	<i>r</i> = -.02
	Abbruch ≥ 29d	3.25	0.70	<i>p</i> = .17
	reguläre Entlassung	3.12	0.77	
Hoffnung	Abbruch ≤ 14d	3.12	0.73	<i>n</i> = 4079
	Abbruch 15-28d	3.08	0.73	<i>r</i> = .04
	Abbruch ≥ 29d	3.16	0.73	<i>p</i> = .01
	reguläre Entlassung	3.22	0.70	
Kompetenzerwartung	Abbruch ≤ 14d	3.74	0.83	<i>n</i> = 4122
	Abbruch 15-28d	3.53	0.88	<i>r</i> = .02
	Abbruch ≥ 29d	3.79	0.85	<i>p</i> = .16
	reguläre Entlassung	3.74	0.80	

Anmerkungen:

^a: Korrelationskoeffizienten nach Spearman-Brown (*r*), Anzahl gültiger Werte (*n*) und Signifikanzniveau (*p*)

Wie Tabelle 33 zeigt, ergeben sich in keiner der vier möglichen Prädiktorvariablen Zusammenhänge mit der Entlassungsart in der erwarteten Richtung. Sämtliche Korrelationen sind (nach Bonferroni-Adjustierung des Alpha-Niveaus) nicht signifikant von Null verschieden und erreichen auch in ihren Absolutwerten (maximal *r* = .04) keine kleine Effektstärke. Entsprechend wird die Hypothese 2b verworfen.

Hypothese 2c (klinische Prädiktoren): Eine erhöhte Abbruchquote wird für Patienten mit einer Ess- oder Persönlichkeitsstörung in den fünf Entlassungsdiagnosen erwartet, ebenso für Patienten mit der Hauptdiagnose somatoforme Störung oder einer somatischen Hauptdiagnose. Ein möglicher Zusammenhang zwischen Abbruch und Bewilligungsdiagnose wird explorativ geprüft, ebenso ein Zusammenhang zwischen Abbruch und Beschwerdedauer.

Zwischen den genannten Entlassungsdiagnosen und der Entlassungsart bestehen keine Zusammenhänge, die statistisch signifikant sind oder deren Effektmaß phi einen Wert von .10 erreicht (vgl. Tabelle 34). Gleiches gilt für die Bewilligungsdiagnose (in der Tabelle nicht dargestellt), deren maximaler Zusammenhang zur Entlassungsart bei $\phi = .04$ für Persönlichkeitsstörungen liegt (mit $\chi^2(3,4153) = 8.2$ und $p = .04$).

Ebenfalls nicht tabellarisch dargestellt ist die mittlere Beschwerdedauer, die für die Gesamtstichprobe 7.4 Jahre ($SD = 7.8$) beträgt. Sie unterscheidet sich in einer einfaktoriellen Varianzanalyse nicht signifikant zwischen den vier Entlassungsarten ($F(3,3955) = 0.23$, $p = .87$, $\eta^2 < .001$).

Hypothese 2c kann deshalb für jede getroffene Zusammenhangsannahme verworfen werden.

Tabelle 34: Prozentuale Häufigkeiten der Entlassungsarten in Abhängigkeit ausgewählter Entlassungsdiagnosen.

		Entlassungsart			phi
	<i>n</i>	Abbruch 1-14d	Abbruch 15-28d	Abbruch ≥29d	χ^2 (<i>df</i> , <i>N</i>) <i>p</i>
Gesamtstichprobe	4153	1.9	3.1	2.6	92.4
Essstörung in Diagnosen 1-5	244	4.1	2.0	2.9	91.0 $\phi = .04$ $\chi^2(3,4136) = 7.5$ $p = .06$
Persönlichkeitsstörung in Diagnosen 1-5	447	2.9	3.8	4.5	88.8 $\phi = .05$ $\chi^2(3,4136) = 10.9$ $p = .01$
Somatoforme Störung als Hauptdiagnose	438	1.6	4.3	2.1	92.0 $\phi = .03$ $\chi^2(3,4136) = 3.5$ $p = .32$
Somatische Hauptdiagno- se	329	1.2	2.4	0.9	95.4 $\phi = .04$ $\chi^2(3,4136) = 5.6$ $p = .13$

Hypothese 2d (soziodemographische Prädiktoren): Eine erhöhte Abbruchquote wird für Patienten jüngerer Altersgruppen und für Patienten mit niedrigerer Schulbildung erwartet. Keine Gruppenunterschiede werden für die Variablen Geschlecht, Familienstand und Rentenversicherungsträger prognostiziert. Explorativ wird der Zusammenhang zwischen Entlassungsart und der Anwesenheit von Kindern im Haushalt geprüft.

Abbruchquoten und entsprechende Zusammenhangsprüfungen für die genannten Variablen sind in Tabelle 35 dargestellt. Wie dort gezeigt, weist das Alter einen signifikanten Zusammenhang kleiner Effektstärke zur Entlassungsart auf. Danach tritt eine erhöhte Abbruchrate v.a. in der Gruppe der Unter-30-Jährigen auf. Mit insgesamt 14.6 % abgebrochenen Behand-

lungen liegt die Quote um das 1.9-fache höher als in der Gesamtgruppe. In etwas geringerem Maße (mit 10.6 %) häufen sich Abbrüche auch in der Gruppe der 30- bis 40-Jährigen.

Tabelle 35: Prozentuale Häufigkeiten der Entlassungsarten in Abhängigkeit von soziodemographischen Variablen.

		Entlassungsart				phi
	<i>n</i>	Abbruch 1-14d	Abbruch 15-28d	Abbruch ≥29d	regulär	χ^2 (df.N) <i>p</i>
Gesamtstichprobe	4153	1.9	3.1	2.6	92.4	
Altersgruppe						<i>phi</i> = .12
≤ 29 Jahre	267	4.9	3.7	6.0	85.4	$\chi^2(12,4110)= 58.3$
30-39 Jahre	953	3.1	3.8	3.7	89.4	<i>p</i> < .0003
40-49 Jahre	1459	1.4	3.0	2.2	93.4	
50-59 Jahre	1356	1.0	2.4	1.6	95.0	
≥ 60 Jahre	75	1.3	4.0	1.3	93.3	
Schulbildung						<i>phi</i> = .09
kein Abschluss	153	5.2	4.6	2.0	88.2	$\chi^2(12,4010)= 30.0$
Hauptschulabschluss	1980	2.0	3.2	1.9	92.9	<i>p</i> = .003
mittlere Reife	1210	1.7	2.1	3.5	92.7	
Hochschulreife	312	1.6	4.2	3.8	90.4	
Hochschulabschluss	355	0.6	2.5	2.5	94.4	
Geschlecht männlich	1363	2.8	3.4	2.5	91.3	<i>phi</i> = .05 $\chi^2(3,4115)= 8.8$ <i>p</i> = .03
Familienstand^a						
ledig ohne feste Partnerschaft	693	2.3	3.8	3.5	90.5	<i>phi</i> = .03 $\chi^2(3,4098)= 4.5$ <i>p</i> = .21
verheiratet / feste Partnerschaft	2636	1.8	3.0	2.6	92.6	<i>phi</i> = .02 $\chi^2(3,4097)= 1.2$ <i>p</i> = .76
geschieden / getrennt	812	2.1	2.8	3.1	92.0	<i>phi</i> = .02 $\chi^2(3,4097)= 1.1$ <i>p</i> = .77
verwitwet	206	1.9	3.4	1.5	93.2	<i>phi</i> = .02 $\chi^2(3,4098)= 1.2$ <i>p</i> = .75
RV-Träger						<i>phi</i> = .05
BfA	2456	1.6	2.7	3.0	92.7	$\chi^2(6,4153)= 12.2$
LVA Westfalen	1174	2.4	3.2	1.7	92.7	<i>p</i> = .06
LVA Rheinland-Pfalz	523	2.5	4.2	2.9	90.4	
mind. 1 Kind im Haushalt						
in Gesamtgruppe	1852	1.6	3.5	2.9	92.0	<i>phi</i> = .04 $\chi^2(3,3778)= 4.6$ <i>p</i> = .20
nur Frauen	1161	1.3	3.6	3.2	91.9	<i>phi</i> = .06 $\chi^2(3,2541)= 8.2$ <i>p</i> = .04
nur Hausfrauen/-männer	101	4.0	7.9	4.0	84.2	<i>phi</i> = .19 $\chi^2(3,125)= 4.4$ <i>p</i> = .23

Anmerkung: ^a: Wegen möglicher Mehrfachnennungen wurden bei der Variable Familienstand für jede Kategorie getrennte Inferenzstatistiken berechnet.

Hinsichtlich der Schulbildung erreichen Signifikanzniveau und Effektmaß nicht die geforderten Grenzen von $p < .0003$ bzw. $\phi > .10$. Eine augenscheinlich erhöhte Abbruchquote ergibt sich lediglich für die Patientengruppe ohne Schulabschluss, die mit $n = 153$ aber nur 4 % der Gesamtstichprobe ausmacht und sich deshalb auch inferenzstatistisch kaum in der Gesamtgruppe auswirkt. Abgesehen von der Gruppe ohne Schulabschluss zeigt sich der erwartete Anstieg regulärer Entlassungen mit zunehmender Schulbildung nicht.

Wie prognostiziert zeigt sich auch in den Variablen Geschlecht, Familienstand und Rentenversicherungsträger kein Zusammenhang zur Entlassungsart.

Die Anwesenheit von Kindern im Haushalt steht, bezogen auf die Gesamtgruppe, in keinem signifikanten Zusammenhang zur Entlassungsart. Gleiches gilt, wenn ausschließlich *Frauen* mit vs. ohne Kindern im Haushalt miteinander verglichen werden. Bei einer Fokussierung auf die Gruppe der Hausfrauen bzw. –männer ergibt sich ein Unterschied kleiner Effektstärke ($\phi = .19$) zwischen Patienten mit vs. ohne Kinder im Haushalt. Aufgrund der kleinen Gruppengröße (125 PatientInnen sind Hausfrauen oder –männer, 101 davon mit und nur 24 ohne Kinder im Haushalt) ist der gefundene Zusammenhang allerdings nicht statistisch signifikant ($p = .23$).

Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale zeigen die Ergebnisse somit nur für Patienten unter 30 Jahren (1.9-fach erhöht) und in geringerem Maße auch für Patienten unter 40 Jahren (1.4-fach) eine erhöhte Abbruchquote.

Hypothese 2e (sozialmedizinische Prädiktoren): Höhere Abbruchquoten werden für nicht erwerbstätige Patienten, Patienten mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Aufnahme, mit Arbeitsunfähigkeit zum Bewilligungszeitpunkt, mit Rentenwunsch und / oder bereits gestelltem Antrag auf Frühberentung erwartet.

Die Abbruchquoten und inferenzstatistischen Tests zu Hypothese 2e sind in Tabelle 36 dargestellt. Statistische Signifikanz (adjustiert: $p < .0003$) und kleine Effektstärke ($\phi = .12$) erreicht der Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Entlassungsart. Hier zeigen sich erhöhte Abbruchquoten insbesondere bei arbeitslosen Patienten (Abbrüche insgesamt 13.1 %), Auszubildenden (13.0 %) und Hausfrauen oder –männern (12.5 %). Berufstätige haben demgegenüber die niedrigsten Abbruchquoten (6.1 % für Vollzeit-, 7.2 % für Teilzeitberufstätige).

Die Zusammenhänge der übrigen getesteten Variablen zur Entlassungsart erreichen weder statistische Signifikanz, noch kleine Effektstärke.

Hinsichtlich sozialmedizinischer Merkmale ergibt sich somit ein erhöhtes Abbruchrisiko für erwerbslose Patienten (Arbeitslose, Auszubildende und Hausfrauen bzw. -männer).

Tabelle 36: Prozentuale Häufigkeiten der Entlassungsarten in Abhängigkeit von sozialmedizinischen Variablen.

	n	Entlassungsart			regulär	<i>phi</i> $\chi^2(df,N)$ <i>p</i>
		Abbruch 1-14d	Abbruch 15-28d	Abbruch ≥29d		
Gesamtstichprobe	4153	1.9	3.1	2.6	92.4	
Berufstätigkeit						
Vollzeit	2436	1.6	2.7	1.9	93.9	<i>phi</i> = .12 $\chi^2(15,4014) = 53.7$ <i>p</i> < .0003
Teilzeit	765	1.3	3.1	2.7	92.8	
Hausfrau/-mann	136	2.9	5.9	3.7	87.5	
in Ausbildung	46	4.3	0.0	8.7	87.0	
arbeitslos	564	4.1	4.3	4.8	86.9	
EU-/BU-Rente	67	3.0	4.5	1.5	91.0	
≥120 Krankheitstage 6mon vor Bewilligung	761	3.0	3.8	3.5	89.6	<i>phi</i> = .07 $\chi^2(3,3776) = 15.8$ <i>p</i> = .0012
Arbeitsunfähigkeit zum Bewilligungszeitpunkt	1622	2.3	3.2	2.8	91.6	<i>phi</i> = .03 $\chi^2(3,4045) = 4.0$ <i>p</i> = .26
Rentantrag vor Reha gestellt	311	2.6	6.1	3.2	88.1	<i>phi</i> = .06 $\chi^2(3,4049) = 12.2$ <i>p</i> = .0068
Frühberentungsüberlegung	1440	2.1	3.0	2.6	92.4	<i>phi</i> = .01 $\chi^2(3,3844) = 0.5$ <i>p</i> = .92

Hypothese 2f (weitere motivationale Prädiktoren): Höhere Abbruchquoten werden für Patienten erwartet, die sich keine Psychotherapie während der Rehabilitationsmaßnahme wünschen, die ihre bewilligte Behandlungsdauer als „zu lang“ bewerten und deren Rehabilitationsmaßnahme fremdinitiiert ist.

Tabelle 37 zeigt die Abbruchquoten für die genannten Patientengruppen mit den entsprechenden Hypothesentests. Von den 201 Patienten, die einen Wunsch nach Psychotherapie verneinten, sowie von den 948 Unentschlossenen brachen nicht signifikant mehr Patienten die Rehabilitationsmaßnahme ab als unter den Patienten mit Psychotherapiewunsch.

491 Patienten beurteilten ihre bewilligte Behandlungsdauer (zwischen 4 und 6 Wochen) als zu lang. Mit dieser Beurteilung korreliert die Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen signifikant positiv (*phi* = .07, *p* < .0003), allerdings unterhalb der Grenze für eine kleine Effektstärke.

Hinsichtlich der Initiierung der Rehabilitationsmaßnahme ergeben sich für keine Antwortkategorie statistisch signifikante oder in der Effektstärke mindestens kleine Zusammenhänge zur Entlassungsart.

Hypothese 2f kann somit anhand der vorliegenden Daten verworfen werden.

Tabelle 37: Prozentuale Häufigkeiten der Entlassungsarten in Abhängigkeit von motivationalen Variablen.

		Entlassungsart				<i>phi</i>
	<i>n</i>	Abbruch 1-14d	Abbruch 15-28d	Abbruch ≥29d	regulär	$\chi^2 (df, N)$ <i>p</i>
Gesamtstichprobe	4153	1.9	3.1	2.6	92.4	
Wunsch nach Psychotherapie						<i>phi</i> = .05 $\chi^2(6, 4103) = 10.1$ <i>p</i> = .12
ja	2954	2.0	2.6	2.8	92.6	
nein	201	2.0	5.0	1.0	92.0	
weiß nicht	948	1.9	4.0	2.2	91.9	
Beurteilung der bew. Behandlungsdauer als „zu lang“	491	1.4	5.1	4.7	88.8	<i>phi</i> = .07 $\chi^2(3, 3654) = 19.7$ <i>p</i> = <0.0003
Initiierung der Reha-maßnahme ^a						
Patient selbst	2242	1.9	2.7	2.9	92.4	<i>phi</i> = .03 $\chi^2(3, 4131) = 4.4$ <i>p</i> = .22
Angehörige	3678	2.0	3.1	2.6	92.3	<i>phi</i> = .01 $\chi^2(3, 4132) = 0.7$ <i>p</i> = .86
(Haus-)Arzt	1967	1.8	3.5	2.3	92.5	<i>phi</i> = .03 $\chi^2(3, 4132) = 3.6$ <i>p</i> = .31
Psychotherapeut	880	1.6	2.5	3.2	92.7	<i>phi</i> = .03 $\chi^2(3, 4130) = 3.4$ <i>p</i> = .33
Rentenversicherung	184	1.6	7.6	3.3	87.5	<i>phi</i> = .06 $\chi^2(3, 4127) = 13.8$ <i>p</i> = .003
Krankenkasse	464	2.2	3.9	3.2	90.7	<i>phi</i> = .02 $\chi^2(3, 4125) = 2.3$ <i>p</i> = .52

Anmerkung: ^a: Wegen möglicher Mehrfachnennungen wurden bei der Variable *Initiierung* für jede Kategorie getrennte Inferenzstatistiken berechnet.

Hypothese 2g (multifaktorielle Vorhersage): Es wird angenommen, dass Behandlungsabbrüche durch ein multifaktorielles Vorhersagemodell, welches alle erhobenen potentiellen Prädiktoren einbezieht, in höherem Maße vorhergesagt werden können als durch bivariate Zusammenhangsmaße.

In diesem Auswertungsschritt wurden nahezu alle¹¹ vorliegenden potentiellen Prädiktorvariablen ($k = 24$) in eine multifaktorielle Analyse einbezogen. Sie sind in Tabelle 38 zusammenfassend dargestellt.

¹¹ Um bestehende Multikollinearitäten zu verringern, wurden die sechs Einzelitems zur *Initiierung der Rehabilitationsmaßnahme* zugunsten der FPTM-Subskala *Initiative* nicht einbezogen.

Tabelle 38: Unabhängige Variablen in der binär-logistischen Regression zur Vorhersage von Behandlungsabbrüchen.

Alter	Geschlecht (01) ^a
Beschwerdedauer	Schulbildung (01)
Entfernung Wohnung-Klinik	Kinder im Haushalt (01)
Intention zur Mitarbeit	Erwerbstätigkeit (01)
Leidensdruck	≥ 120 AU-Tage (01)
Hoffnung	Rentenantrag (01)
Kompetenzerwartung	Frühberentungsüberlegung (01)
Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme	Wunsch nach Psychotherapie (01)
Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit	Beurteilung der bewilligten Behandlungsdauer als zu lang (01)
Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren	Ambulantes Vorgespräch (01)
Wissen über Psychotherapie	Essstörung in Diagnosen 1-5 (01)
Initiative	Persönlichkeitsstörung in Diagnosen 1-5 (01)
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit	Somatoforme St. als Hauptdiagnose (01)
Symptombezogene Zuwendung	Somatische Hauptdiagnose (01)
Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung	

Anmerkung: ^a Der Zusatz (01) bezeichnet dichotome Variablen

Weil sich die Anzahl gültiger Fälle aufgrund der hohen Prädiktorzahl bei listenweisem Fallausschluss deutlich reduzierte, wurden die Abbruch-Untergruppen zusammengefasst und so die dichotome Variable *Abbruch (zeitpunkt-unabhängig) vs. reguläre Entlassung* als abhängige Variable gebildet. In der schrittweise-vorwärts durchgeführten binär-logistischen Regressionsanalyse (ohne Ersetzung fehlender Werte, $n = 2124$, davon 121 Abbrüche) ergibt sich kein Modell mit signifikant vom Nullmodell verschiedenem Vorhersagewert. Wie Tabelle 39 zeigt, wird lediglich die Variable *Alter* mit einem signifikanten Regressionsgewicht ($B = -0.32$, odd ratio = .968) in das Modell aufgenommen, welches insgesamt nicht signifikant vom Nullmodell abweicht (Hosmer-Lemshow-Test: $\chi^2(8,2124) = 10.3$, $p = .25$) und nur 1 % Varianz der Gruppenzugehörigkeits-Wahrscheinlichkeit erklärt (Nagelkerke's $R^2 = .01$). Entsprechend werden auch in der auf der Regressionsgleichung basierenden Fallklassifizierung alle Fälle in die Gruppe der regulären Entlassungen prognostiziert, so dass die Quote richtiger Vorhersagen dem Anteil regulärer Entlassungen entspricht (hier: 94.3 %).

Tabelle 39: Ergebnisse^a der binär-logistischen Regressionsanalyse mit Abbruch (dichotom) als abhängiger Variable.

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	Wald	<i>df</i>	<i>p</i>	odd ratio	99%-Konfidenzintervall für odd ratio	
							untere Grenze	obere Grenze
Konstante	-1.39	.43	10.5	1	.001	.249		
Alter	-.03	.01	10.8	1	.001	.968	.944	.993

Anmerkungen:

^a unstandardisiertes Regressionsgewicht *B*, Standardfehler des Regressionsgewichts (*SE(B)*), Werte für Wald-Teststatistik (Wald) mit zugehörigen Freiheitsgraden (*df*) und Signifikanzwert (*p*), odd ratios mit entsprechenden Konfidenzintervallen.

Hypothese 2g wird somit aufgrund der vorliegenden Ergebnisse verworfen: Eine Vorhersage von Behandlungsabbrüchen gelingt auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung mehrerer möglicher Prädiktorvariablen nicht.

8 Diskussion

Im bundesdeutschen Versorgungssystem der stationären psychosomatischen Rehabilitation werden nach der Reha-Statistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR 2002) etwa 9 % aller Behandlungen vorzeitig beendet. Bei 96824 psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 2001 entspricht dies ca. 8700 vorzeitigen Entlassungen. Damit möglicherweise verbundene Nachteile (eingeschränkter Behandlungserfolg, Unzufriedenheit von Patienten und Behandlern, ökonomische Folgen für Leistungsträger und -erbringer) werfen – insbesondere im Kontext umfassender Optimierungsbemühungen in der Rehabilitation, wie sie durch das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger und den Förderschwerpunkt Rehabilitationsforschung von VDR und Bundesministerium für Bildung und Forschung lanciert worden sind – die Frage auf, wodurch vorzeitige Entlassungen verursacht werden und wie sie eventuell vermieden werden können.

Empirische Untersuchungen zu Prädiktoren vorzeitiger Entlassungen liefern ein heterogenes Bild und können nur schwer vergleichend bewertet werden, da überwiegend Post-hoc-Prädiktoranalysen ohne theoriegeleitete Hypothesenbildung und Alphafehler-Korrektur vorliegen, die zudem auf divergierenden Operationalisierungen der untersuchten Konstrukte und zum Teil unterschiedlichen Abbruchdefinitionen beruhen. Die meisten Studien basieren wegen ihrer guten Verfügbarkeit auf Basisdokumentationsdaten. Sie liefern vermehrt Hinweise dafür, dass Behandlungsabbrüche häufiger in der Altersgruppe unter 30 Jahren, bei Nicht-Erwerbstätigen und Auszubildenden, bei Patienten mit den Hauptdiagnosen Persönlichkeitsstörung oder Essstörung sowie bei sozialmedizinisch belasteten Patienten (mit langen AU-Zeiten, Rentenbegehren oder Frühberentung) auftreten. Mit geringer ausgeprägten Motivationsaspekten und retrospektiven Klagen über ein Zuviel an Psychotherapie liegen außerdem vereinzelt Hinweise auf eine geringere Behandlungsmotivation bei abbrechenden Patienten vor. Ob die Behandlungsmotivation vor Klinikaufnahme jedoch als Prädiktor für einen Therapieabbruch herangezogen werden kann, war anhand des bisherigen Forschungsstandes nicht beurteilbar. Gelänge es jedoch, motivationale Variablen mit prognostischem Wert für einen Therapieabbruch zu identifizieren, so könnten auf dieser Grundlage gezielte Interventionen zur Erhöhung der Behandlungsmotivation und Vermeidung von Therapieabbrüchen entwickelt werden.

Deshalb bestand ein Ziel der vorliegenden Arbeit darin, zu prüfen, inwieweit Behandlungsabbrüche durch Merkmale der patientenseitigen Ausgangsmotivation vorhergesagt werden können. Um dabei eine theoriegeleitete Auswahl motivationaler Variablen zu treffen, wurde eine ausführliche theoretische Konzeption des Behandlungsabbruchs entwickelt, die auf

sozialkognitiven Modellen des Gesundheitsverhaltens und Theorien der Psychotherapiemotivation basiert. Im eigenen Modell wurde die *Intention zur Mitarbeit an der Behandlung* als eine zentrale Größe konzeptualisiert, die von den Variablen *Bedrohung durch Symptome*, *Ergebniserwartung* und *Kompetenzerwartung* beeinflusst wird. Für die drei Letztgenannten wurden ihrerseits Zusammenhänge zu weiteren Motivationsaspekten sowie soziodemographischen, sozialmedizinischen und klinischen Komponenten konzeptualisiert. Dadurch ergibt sich eine hierarchische Modellanordnung mit mehreren Variablenebenen. Das Modell geht davon aus, dass sich bei geringer Mitarbeitsintention eine Intention zum Abbruch entwickeln kann, deren Umsetzung in konkretes Verhalten wiederum von verschiedenen intrapersonalen Faktoren (z.B. Handlungsplanung, Handlungsausführungskontrolle) und interpersonalen Faktoren (z.B. Mitpatientenmodelle, klinikseitige Interventionen, Reaktionen Angehöriger) abhängt.

Zentrale Annahmen dieses Modells wurden in der vorliegenden Arbeit geprüft. Im einzelnen bestanden die empirischen Zielsetzungen

1. in der Überprüfung der vom Modell angenommen Erklärungsbeiträge für die Intention zur Mitarbeit und
2. einer Beantwortung der Frage, inwieweit sich Therapieabbrüche mit Hilfe der vor Behandlungsbeginn erhobenen motivationalen, sozialmedizinischen, klinischen und soziodemographischen Ausgangslage vorhersagen lassen.

Zur Überprüfung dieser beiden Fragestellungen wurden Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation zu einem Messzeitpunkt (unmittelbar nach Bewilligung der Maßnahme) schriftlich befragt. Nach Behandlungsende wurden relevante Daten des Entlassungsberichts erfasst. Das Studiendesign lässt sich damit als quasiexperimentelle Feldstudie mit prospektiver, längsschnittlicher Zwei-Punkt-Erhebung kennzeichnen (Cook & Campbell, 1979). Da die experimentelle Variation von Variablen wie insbesondere der Therapiemotivation aus praktischen, rechtlichen und vor allem ethischen Gründen nicht möglich war, wurde dieses quasiexperimentelle Design den situativen Gegebenheiten des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsfeldes am ehesten gerecht (vgl. Bengel & Koch, 1988; Faller, Haaf, Löschmann, Maurischat & Schulz, 2000). Entsprechend wurden alle Variablen so erhoben, wie sie im Feld vorlagen. Dadurch decken die durchgeführten statistischen Auswertungen korrelative Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen auf. Um einen möglichen Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und Behandlungsabbruch (Fragestellung 2) dennoch unter Kausalitätsaspekten interpretieren zu können, war die Therapiemotivation im Rahmen des prospektiven Designs zeitlich vor der Entlassung erhoben und mögliche konfun-

dierende Variablen (wie Alter, Diagnose, etc.) in einer multiplen Regressionsanalyse statistisch kontrolliert worden (zur Bewertung von Kausalität in quasiexperimentellen Designs vgl. Faller, Haaf et al., 2000). Im Unterschied zu Fragestellung 2 beruhen die Ergebnisse zu Fragestellung 1 (Erklärung der Intention zur Mitarbeit) auf Daten eines einzelnen Messzeitpunkts und sind deshalb nicht kausal zu interpretieren.

Nachfolgend werden die Ergebnisse für die beiden Hauptfragestellungen getrennt diskutiert.

8.1 Empirische Überprüfung des Modells der Intention zur Mitarbeit

In *Hypothese 1a* war postuliert worden, dass die Variablen Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung positive Zusammenhänge mit der Intention zur Mitarbeit aufweisen. Zusätzliche Erklärungsbeiträge weiterer Variablen für die Varianz der Intention zur Mitarbeit waren laut *Hypothese 1b* hingegen nicht erwartet worden. In *Hypothese 1c* wurde schließlich die hierarchische Modellstruktur, nach der unabhängige Zusammenhänge nur zwischen jeweils benachbarten Modellebenen zugelassen waren, überprüft.

Wie in Hypothese 1a erwartet, konnte die Intention zur Mitarbeit mit einem Varianzanteil von 28 % durch die Variablen (1) Leidensdruck, (2) Hoffnung und (3) Kompetenzerwartung erklärt werden. Ein laut Hypothese 1b nicht erwarteter, zusätzlicher Erklärungswert mit 7 % inkrementeller Varianzaufklärung kam folgenden Variablen zu: (4) dem Behandlungsziel *Klärung psychischer Probleme*, (5) dem Behandlungsziel *Erreichen körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit*, (6) der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, (7) dem Wissen über Psychotherapie sowie (8) der Initiative zur Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme.

Das heißt, dass Patienten umso aktiver an ihrer Behandlung mitarbeiten wollen, (1) je stärker sie unter ihren Beschwerden leiden, (2) je mehr Besserung sie sich von der Behandlung versprechen, (3) je eher sie sich die mit einer aktiven Mitarbeit verbundenen Verhaltensweisen zutrauen, (4) je stärker sie eine Klärung psychischer Probleme sowie (5) die Herstellung körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit anstreben, (6) je offener sie gegenüber einer Psychotherapie sind, (7) je mehr Vorwissen sie über Psychotherapie haben und (8) je aktiver sie sich um die aktuelle Behandlung bemüht haben.

Mit den Zusammenhängen zwischen Mitarbeitsintention und den ersten drei Prädiktoren finden sich wesentliche Modellannahmen, die in Hypothese 1a spezifiziert worden waren, bestätigt. Für die weitere Diskussion des Theoriemodells wirft das Ergebnis an dieser Stelle zunächst zwei Fragen auf: (a) Wie ist die Größenordnung der Varianzaufklärung zu bewerten und (b) welche Schlussfolgerungen können aus dem unerwarteten Erklärungsbeitrag der

zusätzlichen Prädiktoren gezogen werden? Beide Fragen werden in den nachfolgenden Abschnitten (8.1.1 und 8.1.2) diskutiert. Im Rahmen der Erörterung der unerwarteten Erklärungsbeiträge (8.1.2) wird zugleich die hierarchische Modellstruktur (Hypothese 1c) diskutiert. Die Diskussion der Modellstruktur wird in Abschnitt 8.1.3, der die Erklärung der Modellvariablen *Leidensdruck*, *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* thematisiert, fortgesetzt. Abgeschlossen wird die Diskussion des Hypothesenkomplex' 1 mit Erörterungen der Generalisierbarkeit der Befunde (Abschnitt 8.1.4) sowie der Implikationen, die sich aus den vorliegenden Ergebnissen für die Konzeptualisierung von Therapiemotivation ergeben (Abschnitt 8.1.5).

8.1.1 Bewertung der Varianzaufklärung an der Intention zur Mitarbeit

Der Anteil von 35 % aufgeklärter Varianz überschreitet den nach den Konventionen Cohens (1988) gängigen Grenzwert für große Effektstärken von 26 % deutlich und ist in seiner Größenordnung mit Untersuchungen aus dem Bereich gesundheitsbezogener Verhaltensintentionen vergleichbar (vgl. die Übersichtsarbeiten von Ajzen, 1991; Boer & Seydel, 1996; Conner & Norman, 1996; Harrison et al., 1992). Allerdings bleibt ein Varianzanteil von 65 % unaufgeklärt, so dass sich trotz der Vergleichbarkeit zu anderen Untersuchungen die Frage stellt, warum der überwiegende Varianzanteil in der vorliegenden Studie, aber auch in vergleichbaren Studien, welche Verhaltensintentionen erklären, *nicht* durch die entsprechenden Modellvariablen aufgeklärt werden kann. Hier ist zum einen denkbar, dass *Messprobleme* zu einer Unterschätzung statistischer Zusammenhänge führen. Zum anderen bilden die Modelle unter Umständen nicht alle relevanten Konstrukte ab, so dass trotz theoriegeleiteter Variablenauswahl *wichtige Varianzquellen unberücksichtigt* bleiben. Beide Erklärungsmöglichkeiten werden nachfolgend im Hinblick auf die vorliegende Studie diskutiert.

Messprobleme als mögliche Ursache unaufgeklärter Varianz

Bezogen auf die Güte von Messungen wird die Varianzaufklärung vor allem von der Reliabilität der eingesetzten Skalen beeinflusst (vgl. Abraham et al., 1998).

Bei Planung der vorliegenden Studie lagen für einige der im Modell konzipierten Variablen (*Intention zur Mitarbeit*, *Kompetenzerwartung*, *Frustrationstoleranz* und *Persistenzüberzeugung*) keine Instrumente mit bereits überprüften psychometrischen Kennwerten vor. Wegen der theoretischen Bedeutung besonders der ersten beiden Variablen im zugrunde liegenden Modell erschien es jedoch wichtig, auch diese Inhaltsbereiche empirisch zu erfassen. Deshalb wurden für diese Variablen neue Skalen konstruiert. Hierfür war eine eigens in das Projekt mit aufgenommene Vorstudie (vgl. Abschnitt 6.4.1.2) durchgeführt worden, die anhand eines

Pools selbst formulierter Items und entsprechender Itemanalysen die Konstruktion von Skalen mit zunächst befriedigenden psychometrischen Kennwerten ermöglichte. Für diese Vorstudie war eine nicht-klinische Stichprobe ausgewählt worden, um den zeitlichen Erfordernissen der Studienorganisation, die mit der Erhebung einer konsekutiven Stichprobe sehr langfristig angelegt war, gerecht zu werden.

Im Vergleich von Vor- und klinischer Hauptstudie ergaben sich in den genannten Skalen Reliabilitätseinbußen, die vermutlich auf höhere Skalenschiefen mit damit verbundenen Varianzeinschränkungen zurückzuführen sind. Die Zunahme von Skalenschiefe lässt sich zum einen dadurch erklären, dass ihren Inhalten (z.B. der beabsichtigten Mitarbeit in der Rehabilitation) in der klinischen Stichprobe aufgrund der vorliegenden Indikation eventuell stärker zugestimmt wurde als in der nicht-klinischen Stichprobe. Zum anderen könnten insbesondere die Skalen *Intention zur Mitarbeit* und *Kompetenzerwartung* einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit unterlegen sein. Dies erscheint vor allem dann plausibel, wenn man in Betracht zieht, dass den Studienteilnehmern zwar Anonymität gegenüber der Forschergruppe zugesichert worden war, der beantwortete Fragebogen deshalb aber vom Patienten an den Kostenträger gesandt werden musste. Generell können die psychometrischen Kennwerte sowohl in der klinischen wie in der nicht-klinischen Stichprobe zudem dadurch begrenzt worden sein, dass der Klinikalltag vor Aufnahme abstrakt und wenig vorstellbar ist, so dass Selbsteinschätzungen hinsichtlich Mitarbeitsintention, Frustrationstoleranz und ähnlichen Konstrukten nur eingeschränkt reliabel und damit auch eingeschränkt valide erfolgten.

Die genannten Schwierigkeiten bestehen insbesondere bei der Messung von Variablen, die sich auf das (zukünftige) Verhalten im Klinikalltag beziehen (Mitarbeit intention, Kompetenzerwartung, Frustrationstoleranz für Konflikte in der Klinik) und dürften weniger bei Variablen bestehen, die sich auf aktuelle oder kurz zurückliegende Gegebenheiten beziehen (z.B. Leidensdruck, Wissen über Psychotherapie, Initiative zur Rehabilitationsmaßnahme). Insofern verwundert es nicht, dass bestehende Motivationsfragebögen vor allem die letzteren Variablen operationalisieren und Skalen wie *Aktive Einstellung gegenüber der Behandlung* (Nübling, 1992) oder *Kompetenzerwartung* (Hafen et al., 2001) wegen unbefriedigender psychometrischer Kennwerte von anderen Autoren aus deren Testvorformen eliminiert wurden. Lediglich Kühn et al. (2001) berichten interne Konsistenzen von über .80 für ihre Skalen *Kompetenzerwartung* und *Mitarbeit intention*, allerdings für orthopädische und nicht psychosomatische Rehabilitanden. Auch die vorliegende Studie zeigt, dass bei der Konstruktion entsprechender Skalen weitere klinische Forschung nötig ist.

In dieser Untersuchung konnte auf eine Auswertung der Skalen zu *Frustrationstoleranz* und *Persistenzüberzeugung*, welche geringe interne Konsistenzen aufweisen, verzichtet werden, weil ihnen im Theoriemodell keine zentrale Bedeutung zukommt. Hingegen wurden bei den für die untersuchten Fragestellungen zentralen Variablen *Intention zur Mitarbeit* und *Kompetenzerwartung* die mit den niedrigen Reliabilitäten verbundenen Einschränkungen statistischer Zusammenhänge und ihrer Interpretierbarkeit in Kauf genommen.

Nicht-erschöpfende Berücksichtigung relevanter Variablen als mögliche Ursache für unaufgeklärte Varianz

Trotz der relativ plausibel zu erklärenden Reliabilitätseinschränkungen darf nicht übersehen werden, dass statistische Gründe nicht alleine für den unerklärten Varianzanteil der Mitarbeitersintention verantwortlich sein müssen. Mit Hinweis auf Greve (2001), der kritisiert, dass sozial-kognitive Modelle kaum falsifizierbar seien, da aufgrund ihrer hohen Augenscheinvalidität Nullkorrelationen oft auf methodische Mängel geschoben würden, gilt es zu erwägen, ob nicht wichtige Varianzquellen für die Mitarbeitersintention außer Acht gelassen worden sind. Innerhalb des Rahmens sozialkognitiver Modelle sind die möglichen Varianzquellen insoweit ausgeschöpft, als die von diesen Modellen nahe gelegten Variablen erhoben worden sind. Somit könnte im Rahmen zukünftiger Forschungsarbeiten ein Blick über den Horizont der sozial-kognitiven Modelle lohnenswert sein. Denkbar wäre beispielsweise der Versuch, das vorliegende Modell mit den Phasen des Transtheoretischen Modells der Veränderung (TTM, Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & Velicer, 1997) zu verknüpfen. Immerhin wurde das TTM bereits in Bezug auf sein klassisches Anwendungsfeld, eng umgrenzte Verhaltensänderungen, mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit zusammengeführt, was in einigen Studien tatsächlich zu verbesserten Verhaltensvorhersagen führte (vgl. Schwarzer & Gutierrez-Dona, 2000). Mit dem TTM kann auch die von Renner, Hahn und Schwarzer (1996) vorgeschlagene Unterscheidung zwischen Ziel- und Ausführungsintentionen in Verbindung gebracht werden, bei der zwischen Personen, die sich noch in der Entscheidungsphase befinden, und Personen, die bereits über eine Umsetzung des Vorsatzes nachdenken, differenziert werden kann. In Bezug auf den Gegenstand der Psychotherapie oder gar der stationären psychosomatischen Rehabilitation liegen hingegen noch keine Erfahrungen zur Integration von TTM und sozialkognitiven Modellen vor. Wie ein integriertes Modell aussehen könnte und ob sich dadurch Intentions- und Verhaltensvorhersagen tatsächlich verbessern lassen, sind möglicherweise vielversprechende theoretische wie empirische Fragestellungen. Wie in Abschnitt 3.2.2 dargestellt, enthält der für den Bereich der Psychotherapie vorliegende TTM-Fragebogen (Stages of Change Questionnaire, McConaughy et al., 1983) jedoch zu allge-

meine Itemformulierungen, als dass er ohne Vorarbeiten in eine Untersuchung wie die vorliegende integriert werden könnte.

Insgesamt lässt sich die mit den hier vorliegenden Variablen erreichte Erklärung der Intention zur Mitarbeit in ihrer Größenordnung als bedeutsam bewerten. Dadurch ergeben sich einige inhaltliche Schlussfolgerungen für die Konzeptualisierung von Therapiemotivation. Hinsichtlich der Variablen *Leidensdruck*, *Hoffnung* und *Kompetenerwartung* werden diese Schlussfolgerungen in Abschnitt 8.1.5 diskutiert; Implikationen der unerwarteten Prädiktoren werden im nachfolgenden Abschnitt (8.1.2) erörtert.

8.1.2 Unerwartete Erklärungsbeiträge für die Intention zur Mitarbeit

In diesem Abschnitt sollen die unerwarteten Erklärungsbeiträge von fünf Prädiktoren für die Intention zur Mitarbeit sowie die daraus resultierenden Schlussfolgerungen diskutiert werden. Der größte Teil der erklärten Varianz der Mitarbeitsintention entfiel auf die drei theoretisch prognostizierten Prädiktoren. Fünf andere Variablen (Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Behandlungsziel: Erreichen körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen über Psychotherapie und Initiative zum Erhalt der Rehabilitationsmaßnahme) lieferten weitere, unabhängige Erklärungsbeiträge. Dieser Befund stellt die strenge hierarchische Modellstruktur, die nur für die drei prognostizierten Prädiktoren direkte Einflüsse auf die Intention zur Mitarbeit vorsieht, in Frage. In Hypothese 1c war die hierarchische Modellstruktur expliziter postuliert und anschließend mittels Regressions- und Pfadanalysen überprüft worden. Ein Vergleich der gerechneten Pfadmodelle zeigt, dass eine strenge Hierarchisierung der Modellbestandteile trotz befriedigender statistischer Anpassungsindizes zu einem Verlust an Varianzaufklärung führt. Höhere Varianzaufklärungen und noch bessere Anpassungsindizes erreichen Modelle, welche zusätzliche Einflüsse spezifizieren bzw. diese zusätzlichen Prädiktoren auf derselben hierarchischen Ebene wie die drei prognostizierten Prädiktoren *Leidensdruck*, *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* ansiedeln. Die Annahme einer streng hierarchischen Modellanordnung, innerhalb derer unabhängige Zusammenhänge nur von einer Ebene zur jeweils benachbarten möglich sind, wird von den vorliegenden Ergebnissen demnach nicht gestützt.

Ähnlich strenge Überprüfungen hierarchischer Modellstrukturen werden in empirischen Untersuchungen zu gesundheitspsychologischen Modellen im Übrigen selten durchgeführt. Stattdessen werden üblicherweise alle Prädiktoren gleichberechtigt in einem Variablenblock geprüft (vgl. die Übersichtsarbeiten zum Health-Belief-Modell von Sheeran & Abraham, 1996, sowie zur Theorie des geplanten Verhaltens von Armitage & Conner, 2001). Auch Conner und Norman (1996) kritisieren in ihrem Überblick, dass selten spezifiziert wird, in

welcher Weise die Prädiktoren miteinander interagieren oder ob es eine kausale Rangfolge innerhalb der Prädiktoren gibt. Viele Untersuchungen zu gesundheitspsychologischen Modellen beschränken sich auf einzelne Variablen und überprüfen Modelle selten in ihrer Gesamtstruktur (Harrison et al., 1992). Wo dies erfolgt, geschieht es teilweise mit überraschenden Ergebnissen. Ein Vertauschen von Modellbestandteilen in der Theorie des geplanten Verhaltens (Austausch der Modellkomponenten Einstellung und Überzeugungsstärke bzw. subjektiver Norm und normativer Überzeugung) führte in Studien zum Zigarettenkonsum (De Vries et al., 1988; De Vries & Kok, 1986) zu keinen Einbußen bei der Vorhersage der Verhaltensintention, was Zweifel an der von dieser Theorie formulierten hierarchischen Modellanordnung begründet.

Der hohen Augenscheinvalidität vieler Modelle steht somit ein geringes Maß kritischer Falsifizierungsversuche gegenüber. Der Autor folgt hier dem wissenschaftstheoretischen Standpunkt Poppers (1972) und hält einen Wissenszuwachs in der Theoriebildung von Therapiemotivation eher durch ein modellkritisches Vorgehen, wie es in der vorliegenden Arbeit realisiert wurde, für möglich, auch wenn dies eine Revision von Modellannahmen zur Folge hat.

Die entsprechende pfadanalytische Modellprüfung legt zusammenfassend anstelle der ursprünglich formulierten, streng hierarchischen Modellanordnung ein Modell nahe, in welchem die acht gefundenen Prädiktoren *nebeneinander* zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit beitragen. Ein Vergleich der Pfad- bzw. Regressionskoeffizienten zeigt, dass den drei Prädiktoren *Leidensdruck*, *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* wie vorausgesagt eine besondere Bedeutung zukommt, die aber, wie beschrieben, nicht ihre Position im Modell, sondern vielmehr die Größenordnung ihrer Erklärungsbeiträge betrifft.

Die fünf ursprünglich nicht prognostizierten Prädiktoren der Intention zur Mitarbeit (Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Behandlungsziel: Erreichen körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen über Psychotherapie und Initiative zum Erhalt der Rehabilitationsmaßnahme) werden nachfolgend diskutiert.

Behandlungsziele als Prädiktoren für die Intention zur Mitarbeit

In den beiden Variablen zu Behandlungszielen wurde das Ausmaß erfasst, in welchem Patienten die Ziele *Klärung psychischer Probleme* bzw. *Erreichen körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit* anstreben. Beide Variablen lieferten unabhängige positive Erklärungsbeiträge für die Mitarbeitsintention. In Pfad- und Regressionsanalysen ließen sich beide darüber hinaus mit großen Varianzanteilen durch übrige Variablen erklären, insbesondere durch psychischen Leidensdruck und weitere klinische Beschwerdemaße. Dies weist darauf hin, dass

Behandlungsziele eine Moderatorfunktion zwischen Beschwerden und Intention einnehmen könnten, indem Beschwerden zunächst zur Entstehung eines entsprechenden Ziels (der Veränderung dieser Beschwerden) beitragen und diese Zielformulierung wiederum die Bildung einer Verhaltensintention beeinflusst. Die unabhängigen Erklärungsbeiträge der Behandlungsziele auf die Intention zur Mitarbeit sprechen dafür, sie in theoretischen Konzeptionen der Psychotherapiemotivation stärker zu berücksichtigen. Nach den vorliegenden Befunden müssten Therapieziele in mehrdimensionalen Motivationskonzeptionen als eigenständige Dimension der Therapiemotivation konzeptualisiert werden. In der frühen Konzeption von Sifneos (1968) war dies, wenn auch sehr allgemein, mit der Dimension *Veränderungswunsch* realisiert. Nübling (1992) nannte in seiner Übersicht über Dimensionen der Psychotherapiemotivation den Aspekt *Bereitschaft zur Veränderung*, der in der anschließenden Fragebogenentwicklung jedoch in keine Skala von ausreichender psychometrischer Qualität umgesetzt werden konnte und deshalb nicht weiter verfolgt wurde. Grosse-Holtforth und Grawe (2000) fassen Therapieziele als motivationale Komponenten auf und liefern empirische Hinweise für deren Zusammenhang mit dem Therapieergebnis (Grosse-Holtforth, Ruckstuhl, Reubi & Grawe, 2002), ebenso wie Berking und Jacobi (2002). Eine vergleichende Analyse der Bedeutung von Therapiezielen und anderer Motivationsdimensionen für die Mitarbeitsintention, die tatsächliche Mitarbeit oder das Behandlungsergebnis steht hingegen noch aus.

Dass das Behandlungsziel *Erreichen körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit* in der vorliegenden Studie einen Prädiktor für die Mitarbeitsintention darstellt, zeigt ferner, dass die drohende oder tatsächliche Einschränkung von Leistungsfähigkeit möglicherweise unabhängig von den konkreten psychischen Beschwerden einen Motor für Bemühungen um Veränderung darstellen kann. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung der sozialen Teilhabe (bzw. ihrer Einschränkung) im Kontext von Therapiemotivation. In den Konzepten zur Psychotherapiemotivation ist dieser Bereich bislang vernachlässigt worden. Er ließe sich allenfalls implizit unter dem Begriff *Leidensdruck* einordnen. Dagegen beziehen neuere Arbeiten zu Zielen in der Rehabilitation (Dirmaier et al., 2002; Faller, Vogel et al., 2000) bzw. in der Psychotherapie (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; Heuft & Senf, 1998) die Bereiche der körperlichen wie auch der beruflichen Leistungsfähigkeit als relevante Zieldimensionen ein. Gerade in der Rehabilitation mit ihrem interdisziplinären Behandlungsansatz aus psychotherapeutischen, medizinischen, kreativtherapeutischen, physiotherapeutischen, edukativen und sozialarbeiterischen Interventionen könnten körperliche Fitness und berufliche Integration unter Umständen spezifische Rehabilitationsziele darstellen.

Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit als Prädiktor für die Intention zur Mitarbeit

Der Prädiktor *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit* operationalisiert eine Einstellung gegenüber Psychotherapie, nach der diese „Verweichlichung sei und durch Selbstdisziplin und Härte gegen sich selbst zu ersetzen sei“ (Halder, 1977, S. 135). Theoretisch war zu erwarten gewesen, dass eine solche Einstellung mit einer niedrigen Ergebniserwartung (Hoffnung) einhergeht und hierüber zu einer geringen Mitarbeitsintention führt. Die Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit ist in den vorliegenden Daten tatsächlich ein Prädiktor für eine niedrige Hoffnung auf Hilfe durch die Behandlung, scheint aber auch einen, wenn auch geringen, von der Hoffnung unabhängigen, negativen Erklärungsbeitrag für die Intention zur Mitarbeit zu liefern. Dieser kommt unter Umständen dadurch zustande, dass bei der Variable *Hoffnung* (auf Besserung durch die Behandlung) zwei Behandlungsaspekte miteinander vermischt sind: Der spezifisch psychotherapeutische, der auch von der Variable *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit* fokussiert wird, und der umfassendere Rehabilitationsaspekt. Letzterer enthält neben der Psychotherapie das gesamte weitere Spektrum von Behandlungskomponenten der stationären psychosomatischen Rehabilitation, zu dem ärztliche Untersuchungen, das periphere Behandlungsangebot und nicht zuletzt der Erholungsaspekt gehören. Es ist denkbar, dass Patienten trotz ablehnender Einstellung gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung von der Rehabilitationsmaßnahme insgesamt Hilfe erwarten, indem sie diese Erwartung an das nicht-psychotherapeutische Behandlungsangebot knüpfen. In diesem Fall bestünde ein hoher Anteil nicht-gemeinsamer Varianz zwischen den Variablen *Hoffnung* und *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit*, so dass ein unabhängiger Einfluss letzterer auf die Intention zur Mitarbeit plausibel wäre.

Wissen und Initiative als Prädiktoren für die Intention zur Mitarbeit

Die Prädiktoren *Wissen über Psychotherapie* und *Initiative zum Erhalt der Rehabilitationsmaßnahme* liefern in den Regressions- und Pfadanalysen zwar statistisch signifikante, jedoch nur geringe Erklärungsbeiträge für die Intention zur Mitarbeit. Diese unabhängigen Beiträge sind theoretisch schwer zu begründen, weil es eher plausibel erscheinen würde, dass beide Variablen über die vermittelnden Größen *Hoffnung* und *Kompetenzerwartung* zur Intentionsbildung beitragen. So dürften Vorerfahrungen und Wissen über Psychotherapie eher dazu beitragen, dass sich ein Patient Verhaltensweisen wie Selbstreflexion und Selbstöffnung zutraut (Kompetenzerwartung) und deshalb zur Mitarbeit motiviert ist. Ebenso ist bei Patienten mit Eigeninitiative zur Rehabilitationsmaßnahme davon auszugehen, dass sie sich die entsprechende Patientenrolle zutrauen (Kompetenzerwartung) und sich von der Maßnahme eine Beschwerdenbesserung versprechen (Hoffnung). Diese Annahmen werden von den

berichteten Interkorrelationen wie auch von den Regressions- und Pfadkoeffizienten gestützt. Unabhängige Erklärungsbeiträge von Wissen und Initiative auf die Intention zur Mitarbeit erscheinen hingegen theoretisch wenig zwingend. In Anbetracht ihrer Größe, die sich nur geringfügig von Null unterscheidet, sollten sie nicht überbewertet werden.

Fazit aus den unerwarteten Erklärungsbeiträgen

Das hypothesengeleitete Testen hat einige Ergebnisse erbracht, die von den theoretischen Vorannahmen abweichen. Diese Abweichungen könnten einen Wissenszuwachs bedeuten, indem sich aus den unerwarteten Erklärungsbeiträgen für die Intention zur Mitarbeit schlussfolgern lässt, dass (1) Behandlungsziele in die Konzeptualisierung von Therapiemotivation integriert werden sollten und (2) auch das Konstrukt *Offenheit für Psychotherapie* (wie von der Skala *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit* operationalisiert) in entsprechenden Motivationsmodellen berücksichtigt werden sollte, insbesondere im Kontext der Rehabilitation, in welcher Psychotherapie nicht die einzige Behandlungskomponente darstellt.

8.1.3 Erklärung der Variablen Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung

Im Rahmen der Variablenauswahl für die Pfadanalysen waren separate Regressionsanalysen mit den unabhängigen Prädiktoren der Intention zur Mitarbeit (*Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung*) als Kriterienvariablen gerechnet worden (vgl. Anhang). Für die genannten Variablen waren im Modell mehrere Prädiktorvariablen konzeptualisiert worden. Obwohl hierzu keine expliziten Hypothesen formuliert worden waren, bieten die regressionsanalytischen Ergebnisse die Möglichkeit einer explorativen Betrachtung. Wegen der inhaltlichen Relevanz der drei Konstrukte für die Konzeptualisierung von Therapiemotivation werden die über die getesteten Hypothesen hinausgehenden Ergebnisse im nachfolgenden Abschnitt diskutiert.

Psychischer Leidensdruck

Die Variable *psychischer Leidensdruck* (in der Tradition des Health-Belief-Modells im Modell auch als *Bedrohung durch Symptome* bezeichnet) ließ sich mit hoher Varianzaufklärung durch die Beschwerden Depressivität und Ängstlichkeit (zwei Subskalen der SCL-90-R, aufgrund gemeinsamer Faktorladungen zu einer Skala zusammengefasst), somatische Beschwerden (Subskala der SCL-90-R, mit negativem Regressionsgewicht) und Einschränkungen der psychischen Lebensqualität (Psychische Summenskala des SF-12) erklären. Die Variable *sekundärer Krankheitsgewinn* (operationalisiert durch die Subskala *Symptombezo-*

gene Zuwendung des FPTM-23) verbesserte die Varianzaufklärung nicht. Ein direkter Zusammenhang zum psychischen Leidensdruck war insofern nicht zu erwarten gewesen, als beide Variablen mit dem selben Fragebogen (FPTM-23) erhoben wurden, dessen Skalen als weitgehend unabhängig voneinander konstruiert worden sind. Gerade deshalb wäre jedoch ein Suppressionseffekt der symptombezogenen Zuwendung denkbar gewesen, der im Verbund mit den Beschwerdemaßen zu einer verbesserten Varianzaufklärung des psychischen Leidensdrucks hätte führen können. Mit symptombezogener Zuwendung ist allerdings nur ein kleiner Ausschnitt eines möglichen sekundären Krankheitsgewinns erhoben worden, und zwar der bewusste, interaktionelle Gewinn. Nicht berücksichtigt wurde in der Datenerhebung neben der nicht-bewussten (und damit nicht per Fragebogen messbaren) interaktionellen Funktionalität auch der gesamte Bereich der interpersonalen Funktionalität einer Störung (vgl. z.B. Bartling, Echelmeyer & Engberding, 1998). Unter diesen Einschränkungen kann aus den vorliegenden Ergebnissen geschlussfolgert werden, dass die symptombezogene Zuwendung von Angehörigen oder Kollegen keinen Einfluss auf den psychischen Leidensdruck eines Patienten und ebenso wenig auf seine Ausgangsintention zur Mitarbeit hat. Zusätzlich ist hier zu berücksichtigen, dass sich motivationshemmende Einflüsse von Störungsfunktionalitäten nicht unbedingt vor Therapiebeginn, sondern oft erst im späteren Therapieverlauf auswirken (vgl. Margraf, 1996), so dass die Mitarbeitsintention hiervon weniger zum Ausgangszeitpunkt – wie in der vorliegenden Untersuchung fokussiert – sondern zu späteren Zeitpunkten im Behandlungsverlauf betroffen wäre. Im Hinblick auf die Erklärung des psychischen Leidensdrucks wurde auf eine Überprüfung der im Modell postulierten Interaktion zwischen Beschwerden und Persistenzüberzeugung wegen der eingeschränkten psychometrischen Eigenschaften der Skala zu Persistenzüberzeugung verzichtet.

In der Formulierung des Theoriemodells unterscheidet sich der psychische Leidensdruck von dem Schweregrad der eigenen Beschwerden dadurch, dass der Einfluss letzter durch die Variablen Persistenzüberzeugung und sekundärer Krankheitsgewinn moderiert wird. Da der psychische Leidensdruck in der vorliegenden Studie aber lediglich durch psychische und somatische Beschwerden sowie Einschränkungen der psychischen Lebensqualität erklärt wird, gilt es zu fragen, ob sich diese Konstrukte überhaupt nennenswert voneinander unterscheiden. Insbesondere die hohe Korrelation zur SCL-Subskala *Depressivität und Ängstlichkeit* wirft die Frage auf, ob die FPTM-23-Subskala *Psychischer Leidensdruck* überhaupt etwas anderes misst als Depressivität und Ängstlichkeit. Aus drei Gründen kann dies bejaht werden. Erstens weist die Korrelation zwischen beiden Variablen trotz ihrer Höhe von $r = .69$ auf einen Anteil von 52 % nicht-gemeinsamer Varianz hin. Zweitens zeigt ein Blick auf die Iteminhalte der betreffenden Skalen, dass sie auf unterschiedliche Konstrukte abzielen: Während

die SCL-Subskalen eng definierte Beschwerden abfragen, beinhalten die Items der FPTM-23-Subskala *Psychischer Leidensdruck* Kognitionen, die diese Beschwerden bewerten (z.B. „ich leide stark unter seelischen Problemen“) oder sogar implizit mit Persistenzüberzeugungen verknüpfen („ich werde mit meinen Problemen nicht mehr alleine fertig“, „ich habe Angst vor der Zukunft“). Drittens weist der psychische Leidensdruck eine deutlich höhere Korrelation zur Intention zur Mitarbeit auf, als dies für Depressivität und Ängstlichkeit der Fall ist, was als Hinweis darauf bewertet werden kann, dass beide Variablen unterschiedliche Konstrukte messen. Unter Zugrundelegung des Modells ist dieser Befund sogar als Beitrag zur Konstruktvalidierung der FPTM-23-Skala *Psychischer Leidensdruck* zu werten. In Übereinstimmung mit den vorliegenden Befunden berichtet auch Veith (1997) für ambulante Psychotherapiepatienten eine hohe Korrelation zwischen den SCL-90-R-Subskalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* einerseits und dem Leidensdruck (gemessen mit der THERMIS, vgl. Kapitel 3.2.2) andererseits.

Hoffnung

Die Variable *Hoffnung* (in der Tradition der sozialkognitiven Modelle auch als *Ergebniserwartung bzgl. Behandlung* bezeichnet) wird durch sieben Prädiktoren erklärt: (1) internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, (2) Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, (3) Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren (beide mit negativem Vorzeichen), (4) Behandlungsziel körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, (5) Initiative, (6) Kompetenzerwartung und (7) Wissen. Patienten versprechen sich mit anderen Worten umso mehr Hilfe von einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme, (1) je größer sie ihre eigenen Einflussmöglichkeiten auf ihre Gesundheit einschätzen, (2) je positiver ihre allgemeine Einstellung gegenüber Psychotherapie ist, (3) je weniger Unterstützung bei einem Rentenbegehren sie sich von der Klinik erhoffen, (4) je höher ihr Wunsch ist, ihr körperliches und berufliches Funktionsniveau wiederherzustellen oder zu steigern, (5) je mehr sie sich bereits im Vorfeld um diese Rehabilitationsmaßnahme bemüht haben, (6) je mehr sie glauben, Selbstreflexion und Selbstoffenbarung in der Reha leisten zu können und (7) je mehr Vorerfahrung bzw. Wissen sie über Psychotherapie haben. Die genannten Zusammenhänge gehen mit theoretischen Überlegungen konform und lassen sich inhaltlich plausibel erklären. Interessant ist aber auch, welche Variablen *keinen* Erklärungsbeitrag leisten. So fällt auf, dass die Ergebniserwartung ausschließlich durch behandlungsbezogene Kognitionen erklärt wird, nicht aber durch Beschwerdemaße oder den psychischen Leidensdruck. Während bivariat hier noch negative Korrelationen kleiner Effektgrößen zu beobachten waren, ergeben sich regressionsanalytisch im Verbund mit den genannten Prädiktoren keine signifikanten Partialkorrela-

tionen mehr für die beschwerdenzentrierten Prädiktoren. Den gleichen Befund – Nullzusammenhänge zwischen Beschwerdemaßen und Zuversicht – berichtet auch Veith (1997). Damit stehen die vorliegenden Ergebnisse in Übereinstimmung mit dem Konzept der *Demoralisierung* (Frank, 1971) und deuten darauf hin, dass psychischer Leidensdruck bzw. psychische Beschwerden nach Herauspartialisierung anderer Faktoren nicht direkt mit Hoffnungslosigkeit in Zusammenhang stehen, sondern erst das Fehlen von wahrgenommenen eigenen Einflussmöglichkeiten, von Selbstwirksamkeitserwartung und von Eigeninitiative die Entstehung von Demoralisierung (d.h. Hoffnungslosigkeit) zu erklären vermag.

Kompetenzerwartung

Die Variable *Kompetenzerwartung* kann regressions- wie pfadanalytisch durch die drei Prädiktoren (1) Hoffnung, (2) Wissen und (3) Depressivität/Ängstlichkeit (mit negativem Regressionsgewicht) erklärt werden, allerdings mit nur geringer Varianzaufklärung. Die Interpretation dieses Ergebnisses soll aufgrund der eingeschränkten Reliabilität der Skala *Kompetenzerwartung* hier nur vorsichtig erfolgen. Alle drei Prädiktoren erscheinen plausibel. Dass Ergebnis- und Kompetenzerwartung sich gegenseitig beeinflussen, wird auch aus anderen gesundheitspsychologischen Untersuchungen berichtet (vgl. Schwarzer, 1992a) und lässt sich für den vorliegenden Gegenstandsbereich so beschreiben, dass beispielsweise das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Selbstreflexion (Kompetenzerwartung) zum Teil davon abhängt, wie sehr ein Patient davon überzeugt ist, dass eine solche Selbstreflexion hilfreich ist (Ergebniserwartung). Plausibel ist auch, dass Vorerfahrungen mit oder anderweitig erworbenes Wissen über Psychotherapie dazu beitragen, dass sich ein Patient eher zutraut, das dort erforderliche Verhalten (Selbstreflexion, Selbstoffenbarung etc.) zu zeigen. Interessant ist auch der negative Zusammenhang zu Depressivität und Ängstlichkeit: Eine hohe Symptombelastung in diesem Bereich geht mit einer niedrig eingeschätzten Kompetenzerwartung einher und drückt vermutlich ein zum entsprechenden Krankheitsbild gehörendes Selbstwertdefizit aus. Etwas überraschend ist, dass die Skala *Kompetenzerwartung* nicht mit internaler gesundheitlicher Kontrollüberzeugung (des GKÜ) korreliert. Insofern, als beide Konstrukte Konkretisierungen einer allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung darstellen, wäre ein positiver Zusammenhang denkbar gewesen. Das vorliegende Ergebnis weist jedoch eher darauf hin, dass beide Skalen unterschiedliche Konstrukte erfassen, indem sich der GKÜ auf Faktoren einer allgemein definierten Gesundheit und die Skala zur Kompetenzerwartung hingegen auf spezifisches Patientenverhalten in einer Psychotherapie bezieht.

8.1.4 Generalisierbarkeit

In Anbetracht dessen, dass die in der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Ergebnisse auf einer Stichprobe aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation basieren, ist die Generalisierbarkeit der Befunde über die untersuchte Stichprobe hinaus auf die Gesamtgruppe aller psychosomatischen Rehabilitanden sowie auf Patienten anderer Behandlungssettings zu diskutieren.

Wie in Abschnitt 6.5 gezeigt, konnte mit beträchtlichem organisatorischem und logistischem Aufwand eine Untersuchungsstichprobe gewonnen werden, die sowohl für die Gesamtgruppe der Angeschriebenen wie auch für alle psychosomatischen Rehabilitanden des Jahres 2001 hinsichtlich soziodemographischer Merkmale weitgehend repräsentativ ist. Eine Repräsentativität hinsichtlich motivationaler Variablen kann nicht beurteilt werden, da zu diesen Variablen von den Nicht-Antwortern keine Daten vorliegen. Denkbar wäre, dass eine systematische Selbstselektion stattgefunden hat, nach der vor allem Patienten mit hoher Intention zur Mitarbeit den Fragebogen beantwortet haben könnten. Die daraus resultierende Varianzeinschränkung hätte dann vermutlich sogar zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Zusammenhänge zwischen den motivationalen Variablen geführt.

Neben der Repräsentativität innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation stellt sich die Frage, inwiefern die Befunde auf andere Behandlungssettings (akutstationär und ambulant) generalisierbar sind. Obwohl zwischen akuter und rehabilitativer stationärer psychotherapeutischer Versorgung kaum Unterschiede in Patientenstruktur und Behandlungsangebot bestehen (H. Schulz & Koch, 2002b), hebt sich die Rehabilitation von der Akutbehandlung durch ein Rentenbegehren als möglichen Behandlungsanlass ab. Dies könnte mit geringeren Ausprägungen der Motivation in der Rehabilitation gegenüber der akutstationären Behandlung einhergehen, was angesichts der in dieser Studie erhaltenen rechtssteilen Verteilungen fast aller motivationaler Variablen wenig wahrscheinlich erscheint. In der vorliegenden Studie lieferte die Variable *Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren* keinen unabhängigen Erklärungsbeitrag für die Intention zur Mitarbeit und wies lediglich einen (negativen) Zusammenhang mit der Variable *Hoffnung* auf. Damit erwies sich eine erwartete Hilfe bei einem Rentenbegehren im Konzert unterschiedlicher Motivationsdimensionen als wenig bedeutsam. In anderen Behandlungssettings dürfte die erwartete Hilfe bei einem Rentenbegehren keine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit haben und entsprechend keinen höheren Zusammenhang mit anderen motivationalen Variablen aufweisen.

Ambulante Patienten weisen im Vergleich zu stationär Aufgenommenen durchschnittlich eine geringere Symptomschwere, eine geringere Chronifizierung und einen höheren Bildungsstand

auf (Huber, Brandl, Henrich & Klug, 2002; von Rad, Schors & Henrich, 1994). Inwieweit diese Unterschiede sich auf Zusammenhänge zwischen einzelnen motivationalen Variablen auswirken, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. So kann ein höherer Bildungsstand zwar zu höheren Ausprägungen des psychotherapeutischen Vorwissens führen; ob sich dadurch aber dessen Varianz und Zusammenhänge zu anderen Motivationsaspekten verändern, ist offen. Bedeutsamer für die Generalisierbarkeit könnten rehabilitationsspezifische Kurerwartungen sein, die im ambulanten Setting weniger vorhanden sind. Solche Erholungserwartungen könnten in der vorliegenden Stichprobe zu einer Unterschätzung der Intention zu aktiver Mitarbeit geführt haben, wenngleich die beobachtete Verteilungsschiefe dies nicht vermuten lässt.

Insgesamt kann die Generalisierbarkeit der Ergebnisse nicht abschließend beurteilt werden; die ausgeführten Argumente lassen allerdings vermuten, dass die bestehenden Unterschiede zwischen stationär-rehabilitativem Setting einerseits und akutstationärem oder ambulantem Setting andererseits nur geringe Auswirkungen auf die Übertragbarkeit der in der vorliegenden Studie gefundenen zentralen Modellzusammenhänge haben. Weiteren Aufschluss könnten Replikationsstudien in diesen Settings liefern.

8.1.5 Implikationen für die Konzeptualisierung von Psychotherapiemotivation

Die Variable *Intention zur Mitarbeit* ist in der vorliegenden Studie zum ersten Mal in Bezug auf die Mitarbeit an einer psychotherapeutischen Behandlung operationalisiert worden. In den meisten Studien zu sozialkognitiven Modellen beruht die Intentionsmessung auf einem augenscheinvaliden Einzelitem (z.B. „Ich habe mir vorgenommen, in den nächsten Wochen mit dem Rauchen aufzuhören“, Renner et al., 1996). Im Gegensatz zur solchermaßen eng definierten Verhaltensweisen ist die Mitarbeit an einer bevorstehenden psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme jedoch weitaus komplexer, als dass ihre Intention mit einem Einzelitem erfasst werden könnte. Weitere Untersuchungen der Intention zur Mitarbeit müssten deshalb zunächst eine reliablere Skala entwickeln, welche in weiteren Schritten zu validieren wäre. Validierungsschritte können zum einen, wie in der vorliegenden Arbeit, in Beiträgen zur Kriteriumsvalidierung in Form von Zusammenhangsprüfungen mit anderen selbsteingeschätzten Variablen bestehen. Zum anderen können externe Validitätsprüfungen erfolgen, indem Fremdratings (des behandelnden Therapeuten oder eines Beobachters) oder Verhaltensbeobachtungen (z.B. von Selbstöffnung, Erledigen von Hausaufgaben zwischen den Sitzungen, Abbruch, etc.) als Kriterien herangezogen werden. Alle genannten Validierungskriterien erweisen sich allerdings insoweit als problematisch, als empirische Zusammenhänge nicht a-

priori postuliert werden können, sondern gerade Gegenstand der Grundlagenforschung sein sollten. Dieser Vorbehalt gilt in noch höherem Maße für den Therapieerfolg, der verschiedentlich als Validierungskriterium für die Therapiemotivation verwendet wird. In einer Übersicht von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) ergaben sich aber nur in 14 von 28 durchgesehenen Studien positive Zusammenhänge zwischen Ausgangsmotivation und Therapieergebnis, so dass letzteres als Validierungskriterium für Therapiemotivation ungeeignet scheint. Dass der Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Therapieerfolg niedrig ausfallen kann, erscheint plausibel, wenn man die Zeit zwischen der Erfassung beider Konstrukte betrachtet, in der therapeutisch geplante Interventionen zur Motivationssteigerung wie auch ungeplante Einflüsse (Aspekte der therapeutischen Beziehung, externe Ereignisse etc.) den Zusammenhang überlagern können. Somit sind Validierungskriterien für das Konstrukt *Intention zur Mitarbeit* nur mit Einschränkungen zu finden.

Trotz der genannten Validierungsprobleme war aufgrund vielfältiger empirischer Belege aus dem Bereich des Gesundheitsverhaltens zur Beziehung zwischen Intention und Verhalten (vgl. z.B. Schwarzer & Gutierrez-Dona, 2000) angenommen worden, dass die Intention zur Mitarbeit an einer Psychotherapie das Therapieverhalten eines Patienten beeinflusst. Aus diesem Grund steht die Intention zur Mitarbeit im Zentrum des entwickelten Modells und der durchgeführten Analysen. Aus dem Gesamtspektrum möglichen Therapieverhaltens war in der vorliegenden Studie ausschließlich das reguläre Beenden vs. Abbrechen der Therapie fokussiert worden. Für eine weitere Analyse des Zusammenhangs zwischen Mitarbeitsintention und Therapieverhalten könnten zusätzliche Aspekte des Therapieverhaltens untersucht werden. Wegen der Nähe zum Konstrukt *Intention zur Mitarbeit* wäre hier die Einschätzung der während einer Therapiesitzung gezeigten Mitarbeit aus den Perspektiven des Patienten, des Therapeuten oder eines neutralen Beobachters von besonderem Interesse. In einer Untersuchung ambulanter Verhaltenstherapien (Veith, 1997) wurden im Anschluss an einzelne Therapiesitzungen die Aspekte *Mitarbeit*, *Offenheit* und *Erprobungsbereitschaft* durch die behandelnden Therapeuten beurteilt. Zu Therapiebeginn war zwar nicht die Intention zur Mitarbeit, aber die motivationalen Aspekte Leidensdruck und Zuversicht aus Patientensicht erhoben worden. Während der Leidensdruck nicht mit späterem Therapieverhalten in Zusammenhang stand, ergaben sich positive Zusammenhänge (zwischen $r = .24$ und $r = .50$) zwischen der bei Therapiebeginn erhobenen Zuversicht einerseits und allen drei Aspekten des Patientenverhaltens andererseits. Dieser Befund könnte als ein erster Hinweis darauf bewertet werden, dass der in der Gesundheitspsychologie häufig replizierte Zusammenhang zwischen Intention und Verhalten auch im Kontext psychotherapeutischen Verhaltens angenommen werden kann.

Würde man das Therapieverhalten des Patienten in ähnlicher Form wie Veith (1997) erheben, bestünde eine weitere Modellüberprüfung in der Frage, ob die Intention zur Mitarbeit alleine das Therapieverhalten vorhersagt, oder ob die übrigen Modellvariablen (wie Hoffnung, Kompetenzerwartung, Leidensdruck etc.) von der Intention unabhängige Zusammenhänge mit Therapieverhalten aufweisen. Im ersten Fall könnte eine hierarchische Modellstruktur insofern beibehalten werden, als Hoffnung, Kompetenzerwartung, Leidensdruck etc. in die Intention zur Mitarbeit münden und diese wiederum Therapieverhalten vorhersagt. Im zweiten Fall müssten entweder – unter Beibehaltung der hierarchischen Struktur – zusätzliche Einflüsse auf das Therapieverhalten spezifiziert werden (wie Schwarzer, 1999, für den Bereich gesundheitsbezogenen Verhaltens zusätzliche Zusammenhänge zwischen Kompetenzerwartung und Verhalten spezifiziert hat) oder aber die hierarchische Modellstruktur aufgegeben und die Intention zur Mitarbeit gleichberechtigt neben den übrigen Prädiktoren eingeordnet werden, so dass ein rein mehrdimensionales Motivationskonzept vorläge, in der die Mitarbeitsintention eine von mehreren, gleichberechtigten Dimensionen wäre. Dies entspräche den Dimensionssammlungen von Sifneos (1968) und Nübling (1992), in denen der *Wille, aktiv an der Behandlung mitzuwirken* (Sifneos) bzw. die *aktive Einstellung gegenüber der Therapie* (Nübling) nur eine von mehreren gleichberechtigten Motivationsdimensionen darstellen.

Die Einordnung von Motivationsaspekten in eine theoretisch begründbare (weil aus gesundheitspsychologischen Modellen abgeleitete) hierarchische Modellstruktur stellt meines Erachtens jedoch einen theoretischen Fortschritt gegenüber den mehrdimensionalen, mitunter eher atheoretisch zusammengestellten Motivationsmodellen dar. Im Kontext von Arbeiten, die das Konstrukt der Therapiemotivation in allgemeine Motivationstheorien einbetten (Veith, 1997) oder hierarchische Zusammenhänge zwischen einzelnen Motivationsdimensionen postulieren (Dahle, 1998), könnte die Modellentwicklung der vorliegenden Arbeit zu einer theoretischen Weiterentwicklung des Konstrukts *Therapiemotivation* beitragen.

Sollte sich das Therapieverhalten alleine aus der Intention zur Mitarbeit vorhersagen lassen, so würde sich die Frage nach der Relevanz der übrigen Motivationsdimensionen stellen. Vorausgesetzt, andere Dimensionen hätten wirklich keinen Prognosewert für Therapieverhalten, könnte ihnen aus Perspektiven der therapeutischen Praxis und der Prozessforschung dennoch Gewicht zukommen: Hafen et al. (2000) weisen darauf hin, dass Patienten sich in ihrer Motivationslage nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ unterscheiden können. So kann eine bestimmte Ausprägung der Intention zur Mitarbeit durch unterschiedliche Kombinationen der einzelnen Motivationsaspekte zustande kommen (z.B. durch hohen Leidensdruck bei fehlender Erfolgserwartung oder aber durch hohe Erfolgserwartung bei geringem Lei-

densdruck). Für Fragen der therapeutischen Intervention zur Erhöhung von Motivation, ebenso wie für das Monitoring motivationaler Veränderungen ist eine Berücksichtigung der „hinter der Intention liegenden“ motivationalen Aspekte deshalb von Bedeutung.

Unter den Voraussetzungen, dass (a) sich mit der Intention zur Mitarbeit die tatsächliche Therapiemitarbeit vorhersagen lässt und (b) im Vergleich dazu der Einfluss weiterer Motivationsdimensionen auf die Mitarbeit gering ist, ließe sich die Relevanz einzelner Motivationsdimensionen für Therapieverhalten ferner daran ablesen, wie gut sie die Intention zur Mitarbeit erklären. In der vorliegenden Studie wurde erstmals der Versuch unternommen, im Bereich der Psychotherapie das Konstrukt *Intention zur Therapiemitarbeit* durch andere motivationale Aspekte zu erklären. Dabei haben sich die Variablen (1) psychischer Leidensdruck, (2) Hoffnung bzgl. des Behandlungsergebnisses, (3) Kompetenzerwartung bzgl. der eigenen Therapiemitarbeit und in etwas geringerem Ausmaß (4) Behandlungsziele wie Klärung psychischer Probleme und (5) Steigerung körperlicher bzw. beruflicher Leistungsfähigkeit, (6) Grundeinstellungen gegenüber und (7) Wissen über Psychotherapie und schließlich (8) die Eigeninitiative zur aktuellen Behandlung als bedeutsam erwiesen. Diese Ergebnisse waren im vorliegenden Datensatz über mehrere Substichproben hinweg stabil. Die ersten drei Prädiktoren für die Intentionsbildung (Leidensdruck, Hoffnung und Kompetenzerwartung) sind hinsichtlich der Größenordnung ihrer Erklärungsbeiträge vergleichbar mit entsprechenden Ergebnissen gesundheitspsychologischer Untersuchungen.

Da das Ziel einer Motivationserhebung sich nicht in der Intentionserklärung erschöpft, sondern letztlich in einer Verhaltensprognose besteht, sollten auf der vorliegenden Untersuchung aufbauende Studien nach Möglichkeit zusätzlich zur Mitarbeitsintention auch Verhaltensindikatoren für die Mitarbeit erheben.

8.2 Vorhersage von Behandlungsabbrüchen

Im zweiten Hypothesenkomplex war überprüft worden, inwieweit sich Behandlungsabbrüche anhand patientenseitiger – insbesondere motivationaler – Ausgangsmerkmale vorhersagen lassen.

Um Verzerrungen im retrospektiven Bericht von Patienten hinsichtlich ihrer Ausgangslage zu vermeiden, wurde in der vorliegenden Studie mit erheblichem organisatorischen und logistischen Aufwand ein prospektives Untersuchungsdesign realisiert, bei dem bereits zum Zeitpunkt kurz nach Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme motivationale, klinische, sozialmedizinische und soziodemographische Variablen erhoben wurden. Ein Schwerpunkt wurde dabei auf die – theoriegeleitete – Erfassung unterschiedlicher Aspekte der Therapiemotivation

gelegt. Bei der Definition von Behandlungsabbrüchen wurde den Kriterien Sensitivität und Spezifität durch die Bildung von Untergruppen (in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer) Rechnung getragen. Für die Vorhersage von Behandlungsabbrüchen war erwartet worden, dass sich Abbrecher von regulär entlassenen Patienten vor allem in ihrer Ausgangsmotivation sowie in einigen klinischen, sozialmedizinischen und soziodemographischen Merkmalen unterscheiden.

Entgegen den formulierten Hypothesen erwiesen sich nahezu alle Ausgangsvariablen für eine statistische Unterscheidung der gebildeten Entlassgruppen als nicht bedeutsam. Eine deutlich erhöhte Abbruchquote fand sich lediglich für die Altersgruppe unter 30 Jahren (1,9-fach erhöht) sowie für Nicht-Berufstätige (Arbeitslose, Auszubildende und Hausfrauen/-männer mit 1,6-fach erhöhten Abbruchquoten gegenüber Berufstätigen).

Die erhöhte Abbruchquote der Unter-30-Jährigen – die, wie in Abschnitt 2.4.1.1 dargestellt, eher ein Spezifikum des stationären Behandlungssettings zu sein scheint – lässt sich möglicherweise durch eine wahrgenommene Deplatziertheit der Betroffenen unter mehrheitlich älteren Mitpatienten, eine geringere Beständigkeit in den eigenen Zielsetzungen oder ein dynamischeres Lebensumfeld mit mehr externen Anlässen zum Behandlungsabbruch erklären. Die erhöhte Quote bei Nicht-Berufstätigen könnte ebenfalls durch häufigere interkurrente Ereignisse (Arbeitsplatzangebote bei Arbeitslosen, Schulungs- und Prüfungstermine bei Auszubildenden, familiäre Erfordernisse bei Hausfrauen/-männern) bedingt sein.

Um zu prüfen, ob sich das Vorhersagepotenzial der untersuchten Prädiktoren vergrößert, wenn mögliche Wechselwirkungen statistisch berücksichtigt werden, wurde eine multifaktorielle Analyse durchgeführt. In der binär-logistischen Regressionsanalyse ließen sich Behandlungsabbrüche jedoch ebenfalls nicht vorhersagen. Hier verblieb zwar das Alter als einziger Prädiktor im Variablenset, allerdings mit so geringem Vorhersagewert, dass die meisten korrekten Prognosen dann erfolgen, wenn man für jeden Patienten a priori von einer regulären Entlassung ausgeht.

Nachfolgend werden mögliche Ursachen für die mangelnde Prognostizierbarkeit der Entlassungsform erörtert (8.2.1). Anschließend werden Generalisierbarkeit (8.2.2) und Implikationen der Ergebnisse für Anwendung (8.2.3) und Forschung (8.2.4) diskutiert.

8.2.1 Mögliche Ursachen für die mangelnde Prognostizierbarkeit von Behandlungsabbrüchen

Mögliche Gründe für die fehlenden Zusammenhänge zwischen motivationalen Faktoren und der Entlassungsform werden nachfolgend diskutiert. Diese Diskussion gliedert sich in sechs Punkte, die einer theoretischen Analyse Suttons (1998) zum selben Thema folgen.

1. Motivationale Faktoren können sich im Zeitverlauf verändern

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass je nach Länge des Zeitintervalls zwischen Intentions- und Verhaltensmessung internale Prozesse (z.B. Zielkonflikte) oder externale Ereignisse (z.B. vorher nicht wahrgenommene Barrieren, Peer-Einflüsse) zu Änderungen der Verhaltensintention führen können (Ajzen & Fishbein, 1980; Schwarzer, 1999; Sutton, 1998). Zwar gelangen Randall und Wolff (1994) in einer Metaanalyse über 98 Studien zu dem Schluss, dass die Zeitspanne zwischen Intentions- und Verhaltensmessung deren Zusammenhang nicht beeinflusst, was Sheeran, Abraham und Orbell (1999) jedoch mit einer Konfundierung von Zeitintervall und untersuchtem Verhaltenstyp erklären. In der vorliegenden Untersuchung lagen zwischen Bewilligungszeitpunkt (dem der Fragebogenversand mit einem Abstand von 0 bis 14 Tagen folgte) und Klinikaufnahme im Median 64 Tage, im Laufe derer sich Bestandteile der Therapiemotivation verändert haben könnten. Neben dieser Wartezeit sind Veränderungen der motivationalen Faktoren vor allem nach Behandlungsbeginn denkbar, wenn – wie im Modell konzipiert – auf die motivationalen Variablen Umweltfaktoren einwirken (z.B. Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten, eigene sowie die bei Mitpatienten beobachteten therapeutischen Fortschritte, externe Lebensereignisse etc.). In diesem Sinne weisen auch Randall und Wolff (1994) darauf hin, dass Umweltfaktoren in der Regel ein größerer Einfluss auf den Intentions-Verhaltens-Zusammenhang zugeschrieben werden kann als dem Zeitfaktor.

Somit wird die Ausgangsmotivation möglicherweise im Therapieverlauf von situativen Einflüssen überlagert und verliert deshalb an prognostischem Wert für die Entlassungsform. Veränderungen zentraler motivationaler Parameter im Behandlungsverlauf könnten in zukünftigen Studien mit Hilfe von Verlaufsmessungen mit mehreren Messzeitpunkten fokussiert werden, die jedoch bei einer Stichprobengröße wie der vorliegenden erheblichen Aufwand erfordern und bislang nur mit kleineren Stichproben realisiert worden sind (Veith, 1997; Wosgien & Donaubauer, 1999).

2. Motivationale Aspekte sind unter Umständen vorläufig

Während der erstgenannte Punkt die zeitliche Stabilität der vom Patienten berichteten Motivation betrifft, bezieht sich dieser Punkt auf ihre Validität. Die bereits weiter oben angeführte Vermutung, dass Patienten sich zum ersten Messzeitpunkt ihren Klinikaufenthalt nur in abstrakten Kategorien vorstellen konnten, hat möglicherweise dazu geführt, dass ihre Einschätzungen motivationaler Aspekte vorläufig („provisional“, Sutton, 1998) waren. In diesem Sinne ist ein Item wie „Ich bin in der Lage, vor anderen Patienten über meine Beschwerden zu reden“ (Kompetenzerwartung) unter Umständen nur unter dem Vorbehalt beantwortet worden, dass der Studienteilnehmer beim Ausfüllen des Fragebogens weder stationäre Gruppenangebote noch seine Mitpatienten kannte und deshalb lediglich eine vorläufige Einschätzung seiner Kompetenzerwartung vorgenommen hat. Zusätzlich könnte das Antwortverhalten von einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit beeinflusst worden sein. Beides könnte die Validität der erhobenen motivationalen Maße und damit deren prognostischen Wert beeinträchtigt haben.

3. Gemessene Intention und Verhalten sind nicht kompatibel

Empirische Befunde sprechen dafür, dass der Vorhersagewert einer Verhaltensintention umso mehr reduziert wird, je weniger genau sie sich auf das Zielverhalten hinsichtlich dessen Art sowie zeitlichen und räumlichen Kontextes bezieht (Sutton, 1998). In der vorliegenden Studie bezog sich die gemessene Intention mit Items wie „Ich werde in der Klinik viel dafür tun, dass sich meine Beschwerden bessern“ oder „Ich möchte in der Klinik zunächst lieber passiv als aktiv an der Therapie teilnehmen“ auf die Mitarbeit am therapeutischen Angebot der Klinik. Lediglich ein Item bezog sich auf ein mögliches Abbrechen der Behandlung („Ich möchte auf jeden Fall bis zum Behandlungsende in der Klinik bleiben“). Zwischen der erhobenen Intention, die sich überwiegend auf die aktive Mitwirkung am Behandlungsangebot bezieht, und dem beobachteten Verhalten (Abbruch ja oder nein) besteht damit eine hohe „Inkompatibilität“ (Ajzen, 1988). Mit anderen Worten: Die Intention ist im Hinblick auf das Zielverhalten *Abbruch* in eher geringem Maß konkretisiert, so dass die Korrelation zwischen beiden Variablen möglicherweise hiervon beeinträchtigt worden ist.

Für kompatiblere Items wie „Ich habe vor, die Therapie spätestens nach zwei Wochen abbrechen“ wäre jedoch kaum Varianz in den Patientenangaben zu erwarten, abgesehen davon, dass derartige Items den Kostenträgern wie auch den teilnehmenden Patienten schwer zu vermitteln wären. Aufgrund dessen ist die vorliegende Inkompatibilität zwischen Mitarbeitsintention und Abbruchverhalten als vermutlich bester Kompromiss zu betrachten.

Um den möglichen Einfluss einer Inkompatibilität zu verringern, war zusätzlich ein Gruppenvergleich für das eben erwähnte Einzelitem („Ich möchte auf jeden Fall bis zum Behandlungsende in der Klinik bleiben“), das sich implizit auf die Intention zum Therapieabbruch bezog, gerechnet worden. Auch dieses Item diskriminierte jedoch nicht mit wenigstens kleiner Effektstärke zwischen Abbrechern und regulären Beendern (vgl. Anhang).

Dies deutet darauf hin, dass selbst bei stärkerer Fokussierung auf die *Abbruchintention* vor Behandlungsbeginn keine Vorhersage späteren Abbruchverhaltens gelingt. Die fehlende Prognostizierbarkeit von Abbrüchen dürfte somit eher nicht auf Inkompatibilität zwischen gemessener Mitarbeitsintention und beobachtetem Verhalten zurückzuführen sein.

4. Zufällige Messfehler

Während sich Punkt 2 auf systematische Verzerrungstendenzen bezog, betrifft dieser Kritikpunkt zufällige Messfehler, die ebenso wie systematische Fehler die Reliabilität und Validität der erhobenen Merkmale beeinträchtigen. Wie oben bereits erwähnt, weisen in der vorliegenden Arbeit mit der Intention zur Mitarbeit und der Kompetenzerwartung zwei zentrale motivationale Variablen eingeschränkte interne Konsistenzen auf. Eventuell vorhandene Zusammenhänge dieser Variablen mit der Entlassungsform könnten dadurch unterschätzt worden sein.

5. Begrenzung von Varianz in den motivationalen Faktoren bzw. im Verhalten

Die zentralen motivationalen Parameter der vorliegenden Untersuchung, d.h. die Intention zur Mitarbeit und ihre Prädiktoren, waren schief verteilt, so dass ihre Varianz in Richtung einer hohen Motivation durch das Skalenende begrenzt war. Ursachen für diese Verteilungsschiefen wurden bereits weiter oben diskutiert und können eine Tendenz zu sozialer Erwünschtheit, eine systematische Selbstselektion in Richtung hochmotivierter Patienten oder aber eine tatsächlich bestehende schiefe Verteilung motivationaler Faktoren bei Patienten widerspiegeln. Zur Prüfung der Hypothese, dass eine geringe Ausgangsmotivation Behandlungsabbrüche vorhersagt, war jedoch vor allem wichtig, dass die Varianz der motivationalen Faktoren nicht an deren unteren Enden begrenzt ist. Diese Voraussetzung war in den vorliegenden Daten erfüllt. Damit kann der gefundene Nullzusammenhang nicht durch die Verteilungsschiefen der erhobenen Variablen erklärt werden.

Varianzeinschränkung liegt ebenfalls bei der Entlassungsart als Verhaltensmaß vor. Hier entfiel der Großteil der Patienten auf eine Kategorie (92.4 % reguläre Entlassungen). Dies war jedoch aufgrund von Literaturanalyse und Vorstudien erwartet worden und mit einer entsprechenden großen Stichprobe ausgeglichen worden. Die Stichprobengröße war so gewählt

worden, dass bei einer Power von .80 für Gruppenvergleiche auch Unterschiede kleiner Effektstärke nachweisbar waren.

6. Motivationale Faktoren sind möglicherweise kein hinreichender Grund für das Verhalten

Unabhängig von den diskutierten Messproblemen steht das Abbrechen eines Klinikaufenthaltes sicherlich nicht unter vollständiger intentionaler Kontrolle. Vielmehr muss eine Intention zum Abbruch erst in der volitionalen Phase in eine konkrete Handlungsplanung umgesetzt werden und diese dann ausgeführt werden, wobei eine Abschirmung gegen ablenkende Einflüsse nötig sein kann, damit es tatsächlich zur Handlung *Abbruch* kommt. Wie im Modell konzipiert, werden in der volitionalen Phase Einflüsse wirksam, die mit motivationalen Merkmalen des Patienten eher unkorreliert sein dürften: Günstige Gelegenheiten (beispielsweise in Form von regulären Entlassungszeitpunkten für größere Patientenkohorten), Abbrechermodelle, bei denen konkrete Abbruchschritte beobachtet und damit entsprechende Skills gelernt werden können, klinikseitige Unterstützung bzw. Ablehnung des Abbruchwunsches, die ihrerseits von Faktoren wie den beteiligten Therapeuten oder der Belegungssituation beeinflusst sein können, stellen Beispiele dafür dar, wie Patienten an der Umsetzung einer Abbruchintention gehindert bzw. darin gefördert werden können. Selbst bei reliabler und valider Messung der Intention zum *Abbruch* (statt zur Mitarbeit) würde der Zusammenhang zwischen Intention und Verhalten damit von den beschriebenen Einflüssen auf Handlungsplanung und -umsetzung verringert werden.

Zusammenfassung möglicher Ursachen für die mangelnde Prognostizierbarkeit

Die diskutierten Punkte – (1) Veränderungen motivationaler Faktoren im Zeitverlauf, (2) Vorläufigkeit motivationaler Faktoren, (3) Inkompatibilität von gemessener Intention und beobachtetem Verhalten, (4) zufällige Messfehler, (5) begrenzte Varianz in den motivationalen Faktoren bzw. im Verhalten und (6) Nicht-Hinreichen motivationaler Faktoren als Ursache für das Verhalten – liefern Erklärungsmöglichkeiten für den fehlenden Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Therapieabbruch. Lediglich Punkt 4 (zufällige Messfehler) schränkt die interne Validität der vorliegenden Untersuchung ein, indem durch geringe interne Konsistenzen der Variablen Intention zur Mitarbeit und Kompetenzerwartung deren Zusammenhänge zur Entlassungsform möglicherweise verwischt worden sind. Allerdings ergaben sich auch für andere Variablen mit zentraler Modellposition (Hoffnung, Leidensdruck) trotz deren hoher interner Konsistenzen keine Zusammenhänge zur Entlassungsform. Unter dem Vorbehalt der genannten Reliabilitätseinschränkungen lassen die vorliegenden Ergebnisse damit die Schlussfolgerung zu, dass sich beim derzeitigen Stand der Theorienbildung vor Behandlungsbeginn keine Behandlungsabbrüche vorhersagen lassen.

Bevor Implikationen dieser Schlussfolgerung für Praxis und Forschung diskutiert werden, wird zunächst die Generalisierbarkeit der Befunde geprüft.

8.2.2 Generalisierbarkeit

Die Übertragbarkeit von Ergebnissen der vorliegenden Studie auf andere Behandlungssettings wurde bereits unter 8.1.4 in Bezug auf die Ergebnisse zur Therapiemotivation diskutiert. Hinsichtlich der Ergebnisse zum Behandlungsabbruch sind andere Aspekte zu berücksichtigen, deren Diskussion an dieser Stelle gesondert geführt wird.

Wie bereits ausgeführt, sind die Studienteilnehmer für die Gesamtgruppe der Angeschriebenen sowie für alle psychosomatischen Rehabilitanden des Jahres 2001 zwar hinsichtlich soziodemographischer Merkmale repräsentativ; hinsichtlich motivationaler Merkmale kann die Repräsentativität jedoch nicht sicher beurteilt werden, da hierzu von den Nicht-Antwortern keine Daten vorliegen. Antwortter und Nicht-Antworter unterscheiden sich jedoch nicht signifikant in ihren Abbruchquoten, so dass es unwahrscheinlich ist, dass sich bei Vollerhebung ein Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Therapieabbruch ergeben hätte. Insofern scheint eine Generalisierung des Ergebnisses – keine Prognostizierbarkeit von Behandlungsabbrüchen – auf alle psychosomatische Rehabilitanden gerechtfertigt.

Für eine Übertragbarkeit der vorliegenden Befunde auf das akutstationäre Behandlungssetting spricht, dass zwischen akuter und rehabilitativer stationärer psychotherapeutischer Versorgung kaum Unterschiede bestehen, weder in Patientenstruktur, noch im Behandlungsangebot (H. Schulz & Koch, 2002b). Ein gestellter Rentenanspruch, der als möglicher Behandlungsanlass eher für die Rehabilitation als die Akutbehandlung kennzeichnend ist, stand in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls in keinem Zusammenhang mit der Abbruchhäufigkeit. Insofern dürfte auch dieser Settingunterschied eine Generalisierung des Ergebnisses auf das akutstationäre Setting wenig einschränken.

Für eine Übertragbarkeit spricht zudem die weitgehende Konsistenz des vorliegenden Ergebnisses mit Befunden einer Längsschnittuntersuchung von Patienten eines psychotherapeutischen Akutkrankenhauses (Wosgien & Donaubauer, 1999). Dort wurden als Motivationsmaße ebenfalls die FPTM-Skalen (in der 40-Item-Version, H. Schulz et al., 1995) sowie die THERMIS (Veith, 1997) eingesetzt. Lediglich eine von neun Skalen (*Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit*) diskriminierte mit kleiner Effektstärke zwischen Abbrechern und Beendern. Von einer varianzstarken Vorhersage von Abbrüchen anhand der Ausgangsmotivation war damit auch diese Studie weit entfernt.

Bei der Übertragung der Ergebnisse auf das ambulante Therapiesetting sind einige Unterschiede zwischen stationärem und ambulantem Setting zu berücksichtigen. Bei stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen, die in der Regel wohnortfern durchgeführt werden, kann der damit verbundene Erholungs- oder Kureffekt einem Abbruch entgegenstehen, so dass trotz eventueller Unzufriedenheit mit der Behandlung die Rehabilitationsmaßnahme unter Umständen seltener abgebrochen wird, als dies bei einer ambulanten Behandlung ohne Kureffekt der Fall wäre. Ebenfalls rehabilitationsspezifisch können befürchtete Nachteile beim Beantragen nachfolgender Rehabilitationsmaßnahmen oder einer Frühberentung protektiv gegen Abbrüche wirken. Kureffekt wie befürchtete Nachteile nach einem Abbruch tragen vermutlich erstens zur niedrigeren Abbruchquote in der Rehabilitation gegenüber ambulanten Psychotherapien (vgl. Kapitel 2.2) bei. Zweitens – und dies ist für die Generalisierbarkeit von Bedeutung – könnten sie Zusammenhänge zwischen Ausgangsmotivation und Behandlungsabbruch verringern, indem Patienten trotz geringer Ausgangsmotivation bis zum Behandlungsende in der Klinik verweilen, weil sie sich dort erholen oder Nachteile bei einem Abbruch befürchten. Es wäre denkbar, dass aus diesen Gründen in der stationären Rehabilitation kein Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Abbruch gefunden wird, der sich bei ambulanten Psychotherapien hingegen zeigen würde.

Inwieweit diese Unterschiede eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse erschweren, ist theoretisch allerdings kaum beurteilbar. Die beiden Studien aus dem ambulanten Setting, die prospektiv den Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Therapieabbruch überprüften, sind konsistent mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie: In einer Untersuchung ambulanter Verhaltenstherapien an einer Universitätsambulanz (Veith, 1997) ließen sich Behandlungsabbrüche nur in sehr geringem Maß durch motivationale Variablen vorhersagen (in einer multiplen Regression mit $R^2_a = .05$). Aus einem größeren Set motivationaler Faktoren trugen lediglich die Faktoren *Erfolgszuversicht* und *wahrgenommene Behinderung durch die eigene Symptomatik* zur Unterscheidung von Abbrechern und Beendern bei: Geringere Erfolgszuversicht und höhere Behinderung machten Therapieabbrüche im genannten kleinen Ausmaß wahrscheinlicher. In einer Studie ambulanter Psychotherapien an einer kanadischen Universitätsambulanz (Hunsley et al., 2002) gelang mit den Motivationsmaßen aus *Stages of Change Questionnaire* (McConaughy et al., 1983) und *Client Motivation for Therapy Scale* (Pelletier et al., 1997) keine Vorhersage von Therapieabbrüchen, auch nicht von besonders frühen (bis zur 5. Therapiesitzung).

Somit kann eine Generalisierbarkeit des vorliegenden Ergebnisses vom stationär-rehabilitativen auf das ambulante Psychotherapiesetting wegen der genannten Unterschiede in

Patienten- und Settingmerkmalen zwar nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden. Vergleichbare Untersuchungen aus der ambulanten Psychotherapie weisen jedoch darauf hin, dass Behandlungsabbrüche auch in diesem Setting anhand der Ausgangsmotivation nicht bzw. nur in sehr geringem Maß vorhergesagt werden können.

8.2.3 Implikationen für Zuweisungspraxis und Therapie

Die Therapiemotivation zum Zeitpunkt vor Behandlungsbeginn scheint nach den vorliegenden Ergebnissen für den Verbleib in der Behandlung nicht bedeutsam zu sein. So wenig, wie ein Abbrechertyp existiert, der sich in soziodemographischen oder psychodiagnostischen Begriffen beschreiben ließe, gibt es offenbar einen Abbrechertyp, der sich durch eine besondere motivationale Ausgangslage kennzeichnen ließe. Damit lässt sich eine „gezieltere Patientenauswahl zur Kostendämpfung“ (Grigoleit, 1997) – zumindest in Bezug auf die Vermeidung von Behandlungsabbrüchen – empirisch nicht begründen.

Da sich Abbrecher von regulären Beendern bis auf das jüngere Alter und eine häufiger fehlende Berufstätigkeit in keiner Ausgangsvariable unterscheiden, wird die Entlassungsform vermutlich eher von (1) externen Geschehnissen, die nicht mit Routinemerkmale korreliert sind, oder (2) von Faktoren des therapeutischen Prozesses beeinflusst. Im Hinblick auf extern bedingte Abbrüche in der psychosomatischen Rehabilitation schwanken Häufigkeitsangaben zwischen 14 % und 30 % (Hecker, 1994; Mussgay et al., 2001; Rosin & Wilmers, 1999), wobei unklar ist, in wie vielen Fällen ein Abbruch ausschließlich extern bedingt ist (vgl. die Diskussion in Kapitel 2.4.2). Hinsichtlich der Bedeutung des Therapieprozesses deuten retrospektive Befragungen von Patienten (Barghaan et al., im Druck; Chiesa et al., 2000; Rosin & Wilmers, 1999) und Prozessanalysen (Junkert-Tress et al., 2000; Regli et al., 2000) darauf hin, dass insbesondere der Qualität der therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle im Abbruchgeschehen zukommt.

Spezifische Interventionen zur Verringerung von Abbruchquoten, die auf eine Erhöhung der Ausgangsmotivation abzielen (wie beispielsweise schriftliche Vorinformationen oder ambulante Vorphasen), lassen sich anhand der vorliegenden Ergebnisse insofern nicht begründen, als die Ausgangsmotivation keinen Zusammenhang zur Entlassungsform zu haben scheint. Auch aus einschlägigen Programmen zur Motivationssteigerung (Bischoff & Husen, 1999; Bückers et al., 2001; Gelbhaar, Klöss, Scharf & Gerdes, 2000) lässt sich keine Implikation für Behandlungsabbrüche ableiten, da diese Programme (noch) nicht im Hinblick auf Abbruchhäufigkeiten ausgewertet wurden.

Der Befund, dass die Abbruchhäufigkeit mit keinem der untersuchten Patientenmerkmale in nennenswertem Zusammenhang steht, deutet darauf hin, dass Maßnahmen zur Verringerung von Abbruchquoten möglicherweise dann Erfolg versprechen, wenn sie nicht auf die Veränderung einzelner Merkmale abzielen, sondern vielmehr die Voraussetzungen für ein individuelles Management drohender Abbrüche schaffen. Entsprechende Voraussetzungen könnten beispielsweise diagnostische Maßnahmen (gezielte Aufmerksamkeit des Bezugstherapeuten, individuelles Nachfragen bei Verdacht oder ein vergleichbares Item im Rahmen von Verlaufskontrollen) sowie einen Maßnahmenkatalog bei festgestellter Abbruchtendenz (Supervision, eventuelle Konfliktklärung, Revision der Rehabilitationsziele) umfassen.

8.2.4 Implikationen für die Forschung

In einem Beitrag über Therapiemisserfolge vertritt Jacobi (2002) die Ansicht, dass „...zukünftige Forschungsbemühungen [...] gute Aussichten [haben], auch bald Eingang in die Praxis zu finden, etwa, falls Prädiktoren für Misserfolg gefunden und dazugehörige praktikable Screening-Intstrumente entwickelt würden“ (S.104). Unabhängig davon, ob Behandlungsabbrüche überhaupt als Misserfolge zu bewerten sind (siehe unten), spricht die vorliegende Studie im Verbund mit den neueren Untersuchungen aus anderen Behandlungssettings (Hunsley et al., 2002; Veith, 1997; Wosgien & Donaubauer, 1999) dafür, dass in Bezug auf Behandlungsabbrüche das von Jacobi formulierte Forschungsziel, erklärungsmächtige Prädiktorkonstellationen zu identifizieren und ein darauf aufbauendes Screening-Verfahren zu entwickeln, mit den bisherigen theoretischen Modellen kaum erreichbar ist. Weitere Bemühungen der Prädiktorensuche, die sich allein auf patientenseitige Ausgangsmerkmale beschränken, erscheinen deshalb beim augenblicklichen Stand der Theorienbildung wenig vielversprechend. Eine genauere Analyse der Person-Umwelt-Interaktion leistet hier womöglich mehr Aufklärung. Vorliegende Prozessanalysen im Vorfeld von Therapieabbrüchen (Junkert-Tress et al., 2000; Regli et al., 2000) zeigen, dass dies methodisch möglich ist, erlauben allerdings noch keine quantitative Abschätzung des möglichen Erklärungsbeitrags von Prozessmerkmalen für Behandlungsabbrüche.

Beim aktuellen Forschungsstand muss völlig offen gelassen werden, ob Behandlungsabbrüche überhaupt als therapeutische Misserfolge zu betrachten sind. Genauere Klärung könnte hier eine Analyse des katamnestischen Behandlungsergebnisses im Längsschnittdesign liefern, die bislang noch aussteht, aber an dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Datensatz durchgeführt wird (vgl. Lang, Lotz-Rambaldi et al., 2002). Wie Therapieabbrüche im Hinblick auf das Behandlungsergebnis dann auch immer zu bewerten sein mögen, sollten sich Forschungsbemühungen zum Thema „therapeutischer Misserfolg“ nicht auf Abbrüche beschränken, son-

dern auch Therapieablehnungen, „innere Abbrüche“ (Barghaan et al., im Druck; König, 1994) und klinische wie sozialmedizinische Verschlechterungen bzw. Stagnationen in den Fokus der Analyse rücken.

9 Zusammenfassung

Vorzeitige Entlassungen – oft auch als Behandlungsabbrüche bezeichnet – ereignen sich in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen bei ca. 9 % aller Behandlungen. Damit besitzen sie im Vergleich zu somatischen Indikationsbereichen ein hohes Gewicht. Da sie mit eingeschränkten Behandlungsergebnissen, Unzufriedenheit auf Behandler- und Patientenseite und finanziellen Einbußen für Klinik und Leistungsträger einhergehen können, stellt sich die Frage nach ihrer Vermeidbarkeit und damit nach ihren Ursachen. Die Forschungslage zu Abbruchursachen weist beträchtliche methodische Defizite auf und ist nur schwer vergleichend zu bewerten. Vereinzelt werden jedoch Hinweise auf eine geringere Behandlungsmotivation bei vorzeitig im Vergleich zu regulär entlassenen Patienten berichtet.

Um den Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Behandlungsabbruch genauer zu untersuchen, wurde in der vorliegenden Arbeit ein literaturbasiertes Theoriemodell des Behandlungsabbruchs entwickelt. Zentrale Modellannahmen wurden anschließend geprüft. Dabei bestanden die empirischen Zielsetzungen

1. in der Überprüfung der vom Modell angenommen Erklärungsbeiträge für die zentrale Variable Intention zur Mitarbeit und
2. einer Beantwortung der Frage, inwieweit sich Therapieabbrüche mit Hilfe der vor Behandlungsbeginn erhobenen motivationalen, sozialmedizinischen, klinischen und soziodemographischen Ausgangslage vorhersagen lassen.

Zur Überprüfung beider Fragestellungen wurden $N = 4638$ Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation zum Zeitpunkt unmittelbar nach Bewilligung der Maßnahme im Hinblick auf motivationale, sozialmedizinische, klinische und soziodemographische Variablen schriftlich befragt. Nach Behandlungsende wurden die Entlassungsform und weitere relevante Daten des Entlassungsberichts erfasst.

Die Intention zur Mitarbeit (Fragestellung 1) ließ sich erwartungsgemäß mit hoher Varianzaufklärung durch die Variablen (1) Bedrohung durch Symptome, (2) Ergebniserwartung und (3) Kompetenzerwartung erklären. Danach ist ein Patient umso mehr zur aktiven Mitarbeit entschlossen, (1) je höher sein Leidensdruck ist, (2) je mehr Hoffnung bzgl. einer Beschwerdebesserung er an die Behandlung knüpft und (3) je stärker er sich die mit einer aktiven Mitarbeit verbundenen Verhaltensweisen (Selbstreflexion, Selbstoffenbarung etc.) zutraut. Nicht erwartet ergaben sich auch geringe Erklärungsbeiträge für folgende Variablen: (4) Klärung psychischer Probleme als Behandlungsziel, (5) Erreichen körperlicher und beruflicher Leis-

tungsfähigkeit als Behandlungsziel, (6) Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, (7) Wissen über Psychotherapie und (8) Initiative zur Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme. Die Mitarbeitsentention eines Patienten ist danach umso höher, (4) je stärker er eine Klärung psychischer Probleme sowie (5) die Herstellung körperlicher und beruflicher Leistungsfähigkeit anstrebt, (6) je offener er gegenüber einer Psychotherapie ist, (7) je mehr Vorwissen er über Psychotherapie hat und (8) je aktiver er sich um die aktuelle Behandlung bemüht hat.

Regressions- und pfadanalytische Ergebnisse stützen ein nicht-hierarchisches, mehrdimensionales Motivationsmodell, in dem alle acht Variablen gemeinsam zur Erklärung der Intention zur Mitarbeit beitragen, den Variablen Bedrohung, Ergebniserwartung und Kompetenzerwartung aber besonderes Gewicht zukommt.

Behandlungsabbrüche (Fragestellung 2) ließen sich anhand der motivationalen Ausgangslage nicht vorhersagen. Von den übrigen untersuchten Variablen standen ein Alter unter 30 Jahren und eine fehlende Berufstätigkeit in geringem Zusammenhang mit Behandlungsabbrüchen. In einer binär-logistischen Regression verblieb das Alter als einziger Prädiktor, allerdings mit sehr geringem Vorhersagewert, der keine zuverlässige Abbruch-Prognose leistete.

Nach diesen Ergebnissen scheint die Therapiemotivation vor Behandlungsbeginn für den späteren Verbleib in der Behandlung nicht bedeutsam zu sein. Die leichte Häufung von Abbrüchen bei jungen Patienten könnte über eine empfundene Deplatziertheit unter mehrheitlich älteren Patienten, geringere Beständigkeit in den eigenen Zielsetzungen oder ein insgesamt dynamischeres Lebensumfeld bei diesen Patienten vermittelt sein. In Übereinstimmung mit neueren Untersuchungen ist zu konstatieren, dass sich beim augenblicklichen Stand der Theoriebildung kein Abbrechertyp in Form eines motivationalen, soziodemographischen oder klinischen Profils beschreiben lässt. Möglicherweise wird die Entlassungsform stärker von externen Ereignissen oder Faktoren des therapeutischen Prozesses beeinflusst, die nicht mit den hier erhobenen Variablen korreliert sind.

Spezifische Interventionen zur Verringerung von Abbruchquoten, die auf eine Erhöhung der Ausgangsmotivation abzielen (wie beispielsweise schriftliche Vorinformationen oder ambulante Vorphasen), lassen sich mit den vorliegenden Ergebnissen nicht begründen. Ebenso wenig erlauben sie eine gezielte Patientenauswahl zur Vermeidung von Abbrüchen. Die überwiegende Unkorreliertheit von patientenseitigen Ausgangsvariablen mit der Entlassungsform spricht vielmehr für Verlaufsbeobachtungen zum Erkennen drohender Abbrüche. Zukünftige Forschungsarbeiten zu Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen sollten deshalb in Prozessanalysen bestehen, die anstelle ausschließlich patientenseitiger Variablen vermehrt Aspekte der Person-Umwelt-Interaktion fokussieren.

10 Literatur

- Abraham, C., Sheeran, P. & Orbell, S. (1998). Can social cognitive models contribute to the effectiveness of HIV-preventive behavioural interventions? *British Journal of Medical Psychology*, 71, 297-310.
- Aiken, L. R. (1987). Formulas for equating ratings on different scales. *Educational and Psychological Measurement*, 47, 51- 54.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, J. T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Ambühl, H. & Orlinsky, D. (1999). Therapieziele aus der Perspektive der Psychotherapeuten. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 319-334). Göttingen: Hogrefe.
- Appelbaum, A. (1972). A critical re-examination of the concept "motivation for change" in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 51-59.
- Arbuckle, J. L. & Wothke, W. (1999). *Amos 4.0 Users' Guide*. Chicago: SmallWaters.
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barghaan, D. (2001). *Verlauf, Motive und Outcome bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Eine kontrollierte Interviewstudie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Barghaan, D., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U. & Schulz, H. (im Druck). Eine kontrollierte Interviewstudie zu Verlauf, Motiven und Behandlungsergebnis bei Therapieabbrüchen in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*.
- Barth, M. (1997). Konzeption und Evaluation multipler Regressionsanalysen in der anwendungsorientierten klinisch-psychologischen Forschung. In B. Strauß & J. Bengel (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Medizinischen Psychologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 14* (S. 146-160). Göttingen: Hogrefe.
- Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (1998). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Basler, H.-D., Jaekle, C. & Keller, S. (1999). Selbstwirksamkeit, Entscheidungsbalance und die Motivation zu sportlicher Aktivität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 203-216.
- Bengel, J. & Koch, U. (1988). Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegic (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 321-348). Berlin: Springer.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 341-352.
- Bentler, P. M. & Freeman, E. H. (1983). Test for stability in linear structural equation systems. *Psychometrika*, 48, 143-145.

- Berking, M. & Jacobi, C. (2001). Therapiemotivation und Therapieerfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Therapieziele moderieren den Zusammenhang. *DRV-Schriften*, 26, 377-379.
- Berking, M. & Jacobi, C. (2002). *The quest for the most appropriate therapy goal: An empirically based approach to establish guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy*. Vortrag auf dem 33rd annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, USA: 23.-27.06.2002.
- Berking, M., Jacobi, C. & Masuhr, O. (2001). Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34(2), 259-272.
- Beutel, M. & Bleichner, F. (1998). Unzufriedene Patienten. Patientenbeschwerden bei den Kostenträgern in der psychosomatischen Rehabilitation: Inhalte, Behandlungserwartungen, Arzt-Patient-Beziehung. *Psychotherapeut*, 43, 360-368.
- Bischoff, C. & Husen, E. (1999). Zufriedenheit von Patienten mit ambulanten prästationären Maßnahmen zur psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 381-386.
- Blankenburg, W. (1981). Der "Leidensdruck" des Patienten in seiner Bedeutung für Psychotherapie und Psychopathologie. *Nervenarzt*, 52, 635-642.
- Boer, H. & Seydel, E. R. (1996). Protection motivation theory. In M. Conner & P. Norman (eds), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (pp 95-120). Buckingham: Open University Press.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brähler, E. & Scheer, J. W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen (GGB). Handbuch* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy*, 36, 105-113.
- Bückers, R., Kriebel, R. & Paar, G. H. (2001). Der "geschickte" Patient in der psychosomatischen Rehabilitation - Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung von fremdmotivierten Patienten. *Rehabilitation*, 40, 65-71.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger M., Morfeld M., Kohlmann T., Nantke J., van den Bussche H. et al. (im Druck). Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. *Rehabilitation*.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. (1999). *Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Analyse mit Hilfe von BfA-Routine-Daten* (Unveröffentlichter Bericht). Berlin: BfA.
- Carpenter, K. M. & Hittner, J. B. (1995). Dimensional characteristics of the SCL-90-R: Evaluation of gender differences in dually diagnosed inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 383-389.
- Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Clark, N. M. & Dodge, J. A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health education and behavior*, 26, 72-89.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2 Aufl.). Nillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, N. L., Parikh, S. V. & Kennedy, S. H. (2000). Medication compliance in mood disorders: Relevance of the Health Belief Model and other determinants. *Primary Care Psychiatry*, 6, 101-110.

- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (eds), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (pp 1-22). Buckingham: Open University Press.
- Conner, M. & Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (eds), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (pp 121-162). Buckingham: Open University Press.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation. Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- Costa, M. (1995). *Aspekte des Therapieabbruchs bei Patienten einer Psychosomatischen Klinik*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz.
- Dahle, K.-P. (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutische Arbeit im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 97-112): Facultas-Universitätsverlag.
- Damke, B. & Koechel, R. (2001). *Therapieabbruch in der stationären Psychosomatik. Eine Pilotstudie*. Poster auf der 14. Mainzer Werksatt zu empirischer Forschung über stationäre Psychotherapie. Mainz, 23.-24.11.2001.
- De Vries, H., Dijkstra, M. & Kuhlmann, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- De Vries, H. & Kok, G. J. (1986). From determinants of smoking behavior to the implications for a prevention programme. *Health Education Research*, 1, 85-94.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deck, R. (2001). Die Messung von Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ansatz, Methoden und Ergebnisse bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *DRV-Schriften*, 26, 196-197.
- Deck, R. & Röckelein, E. (1999). Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünden. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften". Empfehlungen der Arbeitsgruppen "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie"* (S. 84-102). Frankfurt a. M.: VDR.
- Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1998). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation*, 37, 140-146.
- Derisley, J. & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 371-382.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School Medicine.
- Dijkstra, A., De Vries, H., Roijackers, J. & van Breukelen, G. (1998). Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 42-58.
- Dirmaier, J. (2000). *Therapieziele in der stationären psychosomatischen Rehabilitation*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Dirmaier, J., Koch, U., Kawski, S. & Schulz, H. (2002). Therapieziele als Qualitätsmanagement-Instrumentarium in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 1, 25-30.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G. & Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.
- Dollard, J. & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

- Donaubauer, B., Wosgien, M., Rosin, U. & Wilmers, F. (2001). Früher und später Abbruch stationärer Psychotherapie. In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 50-64). Gießen: Psychosozial.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E. & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159, 845-851.
- Enoch, M. A. & Goldman, D. (2002). Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *American family physician*, 65, 441-448.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1* (Band 5). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.
- Faller, H. (2000). Liste der Behandlungserwartungen aus der Würzburger Psychotherapie-Ambulanz-Dokumentation. Universität Würzburg (unveröffentlicht).
- Faller, H., Haaf, H.-G., Löschmann, C., Maurischat, C. & Schulz, H. (2000). Experimentelle und nicht-experimentelle Studienpläne in der Rehabilitationsforschung. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 271-286). Berlin: Springer.
- Faller, H., Vogel, H. & Bosch, B. (2000). Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation. Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Rehabilitation*, 39(4), 205-214.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R. & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637-651.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Fox, J. (1980). Effect analysis in structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 9, 3-28.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Freud, S. (1905). Über Psychotherapie, *Gesammelte Werke Band V*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1913). Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung, *Gesammelte Werke Band VIII* (S. 453-478). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp 190-228). New York: John Wiley.
- Gelbhaar, S., Klöss, R., Scharf, P. & Gerdes, N. (2000). *Motivationsförderung im Vorfeld einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. Eine kontrollierte Studie zur Erprobung und Evaluation von Maßnahmen zur Motivationsförderung in der psychosomatischen Fachklinik Schloss Waldleiningen*. Mudau: Psychosomatische Klinik Schloss Waldleiningen.
- Gerdes, N., Weidemann, H. & Jäckel, W. H. (Hrsg.). (2000). *Die PROTOS-Studie: Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Klinik-Allianz (WKA)*. Darmstadt: Steinkopf.
- Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 11, 87-98.
- Grawe, K. (1995). *Allgemeine Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse. Ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31, 201- 225.
- Greve, W. (2001). Traps and gaps in action explanation: theoretical problems of a psychology of human action. *Psychological Review*, 108, 435-451.
- Grigoleit, H. (1997). Einsparpotentiale in der Rehabilitation-durch gezieltere Patientenauswahl. *Rehabilitation*, 36, 7-11.
- Grosse-Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34, 241-258.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 170-179.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals. Part 1: Development and first application of a taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research*, 12, 79-99.
- Grosse-Holtforth, M., Ruckstuhl, L., Reubi, I. & Grawe, K. (2002). *Treatment goals of psychiatric inpatients*. Vortrag auf dem 33rd annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, USA: 23.-27.06.2002.
- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept und Dimension der Reha-Motivation. *Präv.-Rehabilitation*, 12(1), 1-10.
- Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R. & Bengel, J. (2001). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha- Motivation (PAREMO). *Rehabilitation*, 40, 3-11.
- Halder, P. (1977). *Verhaltenstherapie und Patientenerwartung*. Bern: Huber.
- Harfst, T., Dirmaier, J., Butsch, R., Kurtz von Aschoff, C., Koch, U. & Schulz, H. (2001). Klinische Validität der Subskalen der SCL-90-R: Die Übereinstimmung von klinisch-diagnostischen Kategorien, Fremdeinschätzungen und Patientenselbstbeurteilungen im Verlauf einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 26, 100-101.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D. & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health education research*, 7, 107-116.
- Hasenbring, M. (1989). Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung - erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In C. Bischoff & H. Zenz (Hrsg.), *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit* (S. 25-38). Bern: Huber.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D*. Weinheim: Beltz.
- Hayes, R. D. (1991). *Memorandum. Revised Multitrait Analysis Program Software (MAP-R)*. Boston: New England Medical Center.
- Hecker, J. (1994). Sind Therapieabbrüche in psychosomatisch-psychotherapeutischen Heilverfahren vermeidbar? Ein Erfahrungsbericht. *Psycho*, 20, 42-47.
- Heckhausen, H. (1963). Eine Rahmentheorie der Motivation in zehn Thesen. *Zeitschrift für Experimentelle Angewandte Psychologie*, 10, 604-626.
- Heckhausen, H. (1987). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 121-142). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Henss, R. (1989). Zur Vergleichbarkeit von Ratingskalen mit unterschiedlicher Kategorienzahl. *Psychologische Beiträge*, 31, 264-284.
- Hessel, F., Kohlmann, T., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Siebert, U. & Wasem, J. (1999). Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung. In Verband Deutscher Rentenversiche-

- rungsträger (Hrsg.), *Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften". Empfehlungen der Arbeitsgruppen "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie"* (Band 16, S. 106-194). Frankfurt a. M.: VDR.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual der Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version - (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. & Klug, G. (2002). Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. *Psychotherapeut*, 47, 16-23.
- Hunsley, J., McKean, O. R. & Best, M. (2002). *Predicting early engagement in therapy*. Poster auf dem 33rd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, USA, 23.-27.06.2002.
- Irle, H., Grünbeck, P. & Amberger, S. (2002). Psychotherapeutische Rehabilitation: Diagnosespezifisches Prozessmanagement im Spiegel von KTL und ICD-10. *DRV-Schriften*, 33, 485-487.
- Jacobi, F. (2002). Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Hildenbrand, G., Hildenbrand, B., Windgassen, F., Schmitz, N., Hartkamp, N. & Franz, M. (2000). Der Behandlungsabbruch - ein multifaktorielles Geschehen. *Psychosomatik, Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 50, 351-365.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (3 Aufl.). Heidelberg, Berlin, New York: Springer.
- Kawski, S. & Koch, U. (1999). Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 316-325.
- Keithly, L. J., Sampels, S. J. & Strupp. (1980). Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33, 87-97.
- Keller, S., Nigg, C. R. & Jaekle, C. (1999). Self-efficacy, decisional balance and the stages of change for smoking cessation in a German sample. *Swiss Journal of Psychology*, 58, 101-110.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das transtheoretische Modell. Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 17- 44). Freiburg: Lambertus.
- Kernberg, O., Burnstein, E., Coyle, L., Appelbaum, A., Horwitz, L. & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Keyserlingk, H. v., Sobottka, B., Schleede, S. & Schmidt, F. (1999). *Klinik Schweriner See. Jahresbericht 1998*. Hilden: Allgemeine Hospitalgesellschaft AG.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.
- Koch, U. & Potreck-Rose, F. (1994). Stationäre psychosomatische Rehabilitation - ein Versorgungssystem in der Diskussion. In B. Strauß & A. E. Meyer (Hrsg.), *Psychoanaly-*

- tische Psychosomatik - Theorie, Forschung und Praxis (S. 193-212). Stuttgart: Schattauer.
- Kockläuner, G. (1988). *Angewandte Regressionsanalyse mit SPSS*. Braunschweig: Vieweg.
- König, K. (1994). *Indikation. Entscheidungen vor und während einer psychoanalytischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kordy, H. & Senf, W. (1992). Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 42, 127-133.
- Kosinski, M., Bayliss, M., Bjornder, J. B. & Ware, J. E. (2000). Improving estimates of SF-36 health survey scores for respondents with missing data. *Medical Outcomes Trust Monitor*, 5, 8-10.
- Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *Journal of General Psychology*, 75, 9-19.
- Krause, M. S. (1967). Behavioral indexes of motivation for treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 426-435.
- Kriebel, R. & Paar, G. H. (1999). *Psychosomatische Rehabilitation: Möglichkeit und Wirklichkeit. Zehn-Jahresbericht (1989-1999) der Gelderland-Klinik*. Geldern: Keuck.
- Kristjansson, M. (1993). Deci and Ryan's cognitive evaluations theory of intrinsic motivation: A set of common sense theorems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34, 338-352.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kühn, A., Pannicke, L., Mohs, A. & Schneider, H. (2001). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung motivationaler Bedingungen zur Vorhersage der Therapiemitarbeit von LVA-Versicherten während stationärer medizinischer Rehabilitation - Erste Ergebnisse der Skalenentwicklung. *Rehabilitation*, 40, 165-174.
- Kulick, B., Florian, L. & Enge, D. (2001). Rentenantragsteller in der Rehabilitation - Eine Studie zur Umsetzung des Grundsatzes "Rehabilitation vor Rente". *DRV-Schriften*, 26, 63-65. Frankfurt a. M.: VDR.
- Kulpe, W. (1986). Mitwirkungspflicht, Zumutbarkeit und Duldungspflicht. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Leitfaden für die sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung* (4 Aufl., S. 71-76): Fischer Verlag.
- Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Barghaan, D., Koch, U. & Schulz, H. (2002). *Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Formen, Ursachen, Konsequenzen und Optimierungsmöglichkeiten. Projekt A5 im NVRF (1. Förderphase): Abschlussbericht*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U. & Schulz, H. (1999a). *Deskription und Korrelate vorzeitiger Behandlungsbeendigungen in zwei psychosomatischen Fachkliniken der Karlsruher Sanatorium AG (KASANAG): Sekundäranalyse von Daten der Basisdokumentation. Interner Forschungsbericht*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U. & Schulz, H. (1999b). *Vorzeitige Entlassungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation des Jahres 1997 - Ergebnisse einer Auswertung der VDR-Statistik. Interner Forschungsbericht*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Lang, K., Schulz, H., Jürgensen, R., Rüddel, H., Nübling, R. & Koch, U. (2002). *The Short Form of a Questionnaire on Motivation for Psychotherapy (FPTM-23)*. Vortrag auf dem 33rd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, USA, 23.-27.06.2002.
- Lang, K., Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W. & Koch, U. (1999). Behandlungsabbruch als nicht gelungene Inanspruchnahme - Entwicklung eines Vorhersagemodells für den Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 38, Suppl. 2, 160-166.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1986). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Lieberz, K. & Ciemer, S. (2000). Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 45, 286-291.
- Lotz-Rambaldi, W., Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2000). Vorzeitig und regulär entlassene Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich: Eine kontrollierte Studie zu Prädiktoren, subjektivem Erleben der Behandlung und aktuellem Befinden. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie - Pro und Contra*. (S. 189-206). Gießen: Psychosozial.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (ed), *Successful psychotherapy*. New York.
- Luborsky, L., McLellan, T. & Woody, G. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Lutz, R. (1999). *Wie das Evaluationsergebnis durch die Fragebogenkonstruktion vorhergesagt werden kann*. Vortrag auf der 12. Mainzer Werkstatt zur empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie, Mainz: 26.-27.11.1999.
- Malan, D. H. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Mans, E. J. (1994). Die Mitwirkung des Patienten als Problem der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 33, 221-227.
- Margraf, J. (1996). Beziehungsgestaltung und Umgang mit Widerstand. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (S. 271-284). Berlin: Springer.
- McConaughy, E., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy Research*, 26, 494-503.
- McConaughy, E., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Meichenbaum, D. & Turk, D.-C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie. Ein Handbuch*. Bern: Huber.
- Morfeld, M., Dietsche, S., Bürger, W. & Koch, U. (2002). Fehlende Werte im SF-12: Welche Ursachen gibt es? *Manuskript eingereicht*.
- Mosteller, F. & Tukey, J. W. (1977). *Data analysis and regression: a second course in statistics*. Reading: Addison & Wesley.
- Mussgay, L., Terporten, G., Mans, E. J., Jürgensen, R., Bast, H., Grothgar, B. & Rüddel, H. (2001). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Der Einfluss von Persönlichkeit, Diagnose und Lebenssituation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 42-49.
- Mussgay, L., Terporten, G. & Rüddel, H. (1996). *Merkmale von Abbrechern einer stationären Rehabilitationsbehandlung*. Vortrag auf dem 14. Klinisch-psychologischen Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bamberg: 16.05.1996.
- Myrtek, M. (1998). *Gesunde Kranke - kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens*. Bern: Huber.
- Neun, H. (1998). Rehabilitation bei psychosomatischen Erkrankungen. In E. Haupt & H. Delbrück (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin: Stationär - Teilstationär - Ambulant*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Norman, G. J., Velicer, W. F., Fava, J. L. & Prochaska, J. O. (2000). Cluster subtypes within stage of change in a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 25, 183-204.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren*. Frankfurt a. M.: Verlag für Akademische Schriften.

- Nübling, R. (1993). *Behandlungsabbrüche in der Klinik Bad Herrenalb - eine empirische Analyse*: Interner Bericht der Abteilung Evaluationsforschung, Bad Herrenalb: Karlsruher Sanatorium-AG.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Erfahrungen mit einem "zweigleisigen Modell". In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 335-353). Tübingen: dgvt.
- Nübling, R., Schmidt, J. & Schulz, H. (2002). FPTM. Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 141-145). Göttingen: Hogrefe.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed, S. 270-376). New York: John Wiley.
- Paar, G. H. (2001). Akutstationäre und rehabilitative Versorgung in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin. *Info DGPM*, 2, 5-16.
- Paar, G. H., Kriebel, R. & Noack, R. (1994). Eine empirische Analyse zum Therapieabbruch bei stationärer Psychotherapie in einer Psychosomatischen Fachklinik. In P. Hahn, A. Werner, G. Bergmann, A. Drinkmann, W. Eich, M. Hayden & W. Herzog (Hrsg.), *Modell und Methode in der Psychosomatik. Eine Bestandsaufnahme gegenwärtiger psychosomatischer Forschungs- und Arbeitsansätze* (S. 292-296). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Pekarik, G. (1991). Relationship of expected and actual treatment duration for adult and child clients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 121-125.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M. & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68,.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Weinheim: PVU.
- Popper, K. R. (1972). *Conjectures and refutations. The growth of scientific knowledge* (4th ed). London: Routledge.
- Potreck-Rose, F. & Koch, U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Potreck-Rose, F., Matthey, K. & Neun, H. (1994). Psychosomatische Einrichtungen in der Übersicht: Bettenkapazität, Ausstattung und Versorgungsstruktur. In H. Neun (Hrsg.), *Psychosomatische Einrichtungen* (S. 121-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R. & Shepherd, R. (2000). Application of the theory of planned behavior to dietary behaviors - Roles of perceived control and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 5, 121-139.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar: Krieger.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D. & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Randall, D. M. & Wolff, J. A. (1994). The time interval in the intervention-behaviour relationship: Meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 33, 405-418.

- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F. & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21(4), 399-420.
- Renner, B., Hahn, A. & Schwarzer, R. (1996). *Risiko- und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts "Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study" (BRAHMS)*. Berlin: Freie Universität.
- Riedel, W.-P. (1989). *Therapiemotivation und Therapieerfolg. Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Therapieergebnis in einer stationären Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Riedel, W.-P. (1990). Therapiemotivation und Therapieerfolg im stationären Heilverfahren. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung. In A. Hellwig & M. Schoof (Hrsg.), *Psychotherapie und Rehabilitation* (S. 163-176). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Rink, M. (1984). *Rigidität und Veränderungsmotivation. Eine empirische Untersuchung über Ausprägung und Zusammenhänge von Rigidität, Selbstkonzept und Therapiemotivation bei jungen Strafgefangenen und Berufsschülern. Dissertation*. Freiburg: Universität Freiburg.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56, 179-182.
- Rosenbaum, R. L. & Horowitz, M. J. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 346-354.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. & Becker, M. (1988). Social Learning and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15 (2), 175-183.
- Rosin, U. & Wilmers, F. (1998). *Determinanten des Abbruchs. Vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung in einem psychosomatischen Krankenhaus. Ergebnisse einer Nachbefragung*. Vortrag auf der 11. Mainzer Werkstatt zu Empirischer Forschung über stationäre Psychotherapie: Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainz: 27.-28.11.1998.
- Rosin, U. & Wilmers, F. (1999). *Determinanten des Abbruchs. Vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung in einem psychosomatischen Krankenhaus. Ergebnisse von Nachbefragungen* (unveröffentlichter Bericht). Bad Krozingen: Werner-Schwidder-Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin.
- Rosnow, R. L. & Rosenthal, R. (1988). Focused tests of significance and effect size estimation in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 203-208.
- Ruff, W. & Leikert, S. (1995). Entwicklungen von nicht behandelten Patienten und Therapieabbruchern - Katamnesen 10 Jahre nach dem Erstkontakt. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 45, 237-242.
- Ruff, W. & Werner, H. (1988). Behandlungsabbrüche in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 34, 125-139.
- Sandler, J. & Dreher, A. U. (1999). *Was wollen die Psychoanalytiker?: Das Problem der Ziele in der psychoanalytischen Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)*. Göttingen: Beltz Test.
- Schliehe, F. & Röcklein, E. (1998). Einleitung und Durchführung der Rehabilitation. In E. Haupt & H. Delbrück (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin: Stationär - Teilstationär - Ambulant*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schmalt, H.-D. & Heckhausen, H. (1992). Motivation. In H. Spada (Hrsg.), *Lehrbuch Allgemeine Psychologie* (S. 451-494). Göttingen: Huber.

- Schneider, W. (1986). *Zum Begriff der Psychotherapiemotivation. Konstruktvalidierung und Entwicklung eines Meßinstruments. Dissertation: Universität Marburg.*
- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation: Beltz-Test.*
- Schneider, W. & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 153-167.
- Schulte, D. (unveröff.). *Motivations-Fragebogen.* Ruhr-Universität Bochum: Fakultät für Psychologie.
- Schulz, H. & Koch, U. (2002a). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. In S. Ahrens & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (2. Aufl., S. 17-27). Stuttgart: Schattauer.
- Schulz, H. & Koch, U. (2002b). Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland - Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52, 244-247.
- Schulz, H., Lang, K., Koch, U., Jürgensen, R., Rüddel, H. & Nübling, R. (2000). *Faktoren- und Itemanalysen zur Entwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-23* (Forschungsbericht Nr. 9 der Externen Evaluation der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach). Hamburg: Abteilung für Medizinische Psychologie.
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R. & Koch, U. (im Druck). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-23. *Diagnostica*, 49.
- Schulz, H., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Bürger, W. & Koch, U. (1999). Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 49, 326-336.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rüddel, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5, 89-95.
- Schulz, M., Winkler, K. & Schröder, A. (1999). Motive für das Abbruchverhalten von Patienten bei ambulant durchgeführter Psychotherapie. *Report Psychologie*, 24, 266-271.
- Schwab, R. & Brasch, M. A. (1986). Vorzeitiger Psychotherapieabbruch - Ursachen und Folgen aus der Sicht ehemaliger Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15(3), 217-229.
- Schwarzer, R. (1992a). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens.* Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992b). Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model. In R. Schwarzer (ed), *Self-Efficacy: Thought Control of Action* (S. 218-243). Washington: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors: The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 115-127.
- Schwarzer, R. & Gutierrez-Dona, B. (2000). Health psychology. In K. Pawlik & M. Rosenzweig (ed), *International handbook of psychology* (S. 452-465).
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487-495.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI).* Bern: Huber.
- Sheeran, P. & Abraham, C. (1996). The health belief model. In M. Conner & P. Norman (eds), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models.* Buckingham: Open University Press.
- Sheeran, P., Abraham, C. & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 90-132.

- Sheppard, B. H., Hartwick, J. & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Sifneos, P. E. (1968). The motivational process. A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. *Psychiatry Quarterly*, 42, 271-280.
- Smith, T. E., Koenigsberg, H. W., Yeomans, F. E. & Clarkin, J. F. (1995). Predictors of drop-out in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.
- Sorembe, V. & Westhoff, K. (1985). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Speer, D. C. (1992). Clinically significant change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 23, 284-296.
- Strauß, B. (2000). Psychotherapiemotivation und -indikation: Eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde. *Psychotherapie Forum*, 8, 22-26.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1317-1338.
- Sutton, S. (2000). Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology and Health*, 15, 163-171.
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.
- Truant, G. S. (1999). Assessment of suitability for psychotherapy II. Assessment based on basic process goals. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 17-32.
- Vandereycken, W. & Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 145-156.
- Vannicelli, M. (2002). A dualistic model for group treatment of alcohol problems: abstinence-based treatment for alcoholics, moderation training for problem drinkers. *International journal of group psychotherapy*, 52, 189-213.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation: Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G. & Robbins, M. L. (2000). Using the Transtheoretical Model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40, 174-195.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (1997). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt a.M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (1998). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1997*. Frankfurt a. M.: VDR.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (1999). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1998*. Frankfurt a.M.: VDR.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (2002). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2001*. Frankfurt a.M.: VDR.
- von Rad, M., Schors, R. & Henrich, G. (1994). Stationäre psychoanalytische Psychosomatik Konzepte - Basisdaten - Therapieziele. In B. Strauß & A.-E. Meyer (Hrsg.), *Psychoanalytische Psychosomatik* (S. 152-164). Stuttgart, New York: Schattauer.
- von Wietersheim, J., Schneider, W., Kriebel, R., Freyberger, H. J. & Tetzlaff, M. (2000). Entwicklung und erste Evaluierungen der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 109-116.

- Weinstein, N. D., Rothman, A. J. & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*, 290-299.
- Weisberg, S. (1985). *Applied linear regression* (2nd ed). New York: Wiley.
- Weissman, M. M. (1975). The assessment of social adjustment. *Archives of General Psychiatry, 32*, 357-365.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research & Practice, 24*, 190-195.
- Wosgien, M. & Donaubauer, B. (1999). *Prädiktoren für vorzeitige Beendigungen und Therapieabbrüche in der psychotherapeutischen Behandlung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg i.Br.
- Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie* (4th ed). München: Klett-Cotta.
- Yarbrough, S. S. & Braden, C. J. (2001). Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *Journal of advanced nursing, 33*, 677-688.
- Zerssen, D. v. (1976). *Die Beschwerdenliste*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. (1994). Basisdokumentation in der stationären Psychosomatik. In Fachausschuß Psychosomatik des Wissenschaftsrates der AHG (Hrsg.), *Basisdokumentation Psychosomatik in der Verhaltensmedizin* (S. 11-17). Hilden: Allgemeine Hospital Gesellschaft.
- Zielke, M., Dehmlow, A., Wülbeck, B. & Limbacher, K. (1997). Einflußfaktoren auf die Behandlungsdauer bei psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Verhaltenstherapie. *Praxis Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation, 37*, 22-56.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Weinheim: Beltz Test.
- Zimmer, D. (Hrsg.). (1983). *Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Zimmerman, R. S. & Vernberg, D. (1994). Models of preventive behaviour: Comparison, critique and meta-analysis. *Advances in Medical Sociology, 4*, 45-67.

11 Anhang

11.1 Ergänzende Abbildungen und Tabellen

- I Streudiagramm Intention zur Mitarbeit – Leidensdruck (Abbildung 21)
- II Residuenanalyse aus der Regressionsanalyse der Intention zur Mitarbeit (Abbildung 22, Abbildung 23)
- III Regressionsanalyse für Psychischen Leidensdruck (Tabelle 40)
- IV Regressionsanalyse für Hoffnung (Tabelle 41)
- V Regressionsanalyse für Kompetenzerwartung (Tabelle 42)
- VI Regressionsanalyse für Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme (Tabelle 43)
- VII Regressionsanalyse für Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit (Tabelle 44)
- VIII Regressionsanalyse für Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (Tabelle 45)
- IX Regressionsanalyse für Initiative (Tabelle 46)
- X Regressionsanalyse für Wissen (Tabelle 47)
- XI ANOVA für Entlassungsart (UV) und Einzelitem bzgl. Intention zur Ausschöpfung der Bewilligungsdauer (Tabelle 48)

I Streudiagramm Intention zur Mitarbeit – Leidensdruck

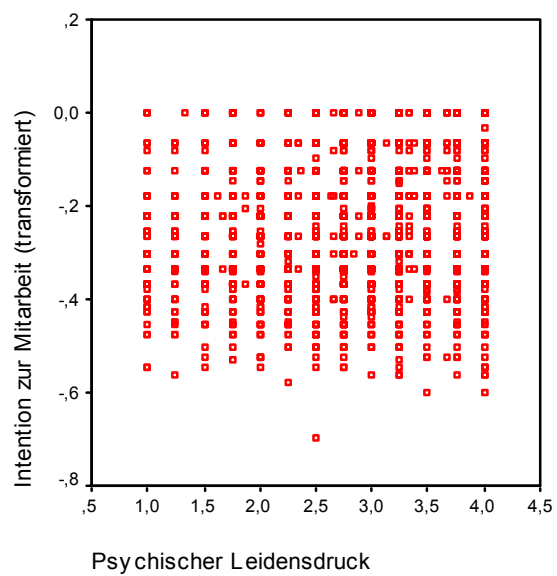


Abbildung 21: Streudiagramm der Intention zur Mitarbeit (log-transformiert) in Abhängigkeit des Psychischen Leidensdrucks ($n = 3751$)

II Residuenanalyse aus der Regressionsanalyse der Intention zur Mitarbeit

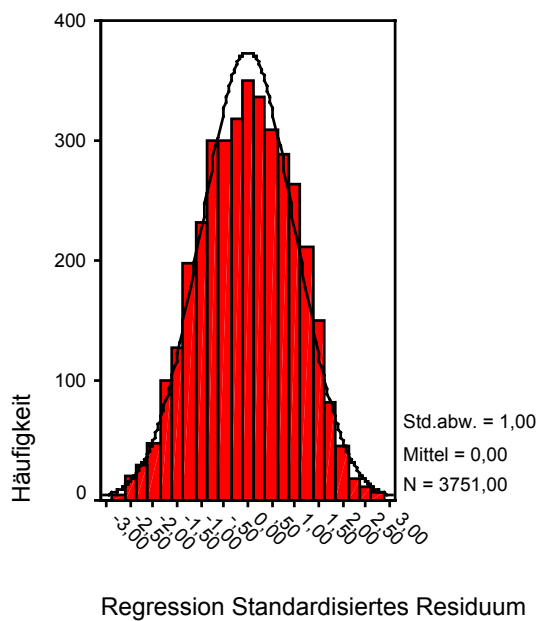


Abbildung 22: Histogramm der standardisierten Residuen aus der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Intention zur Mitarbeit

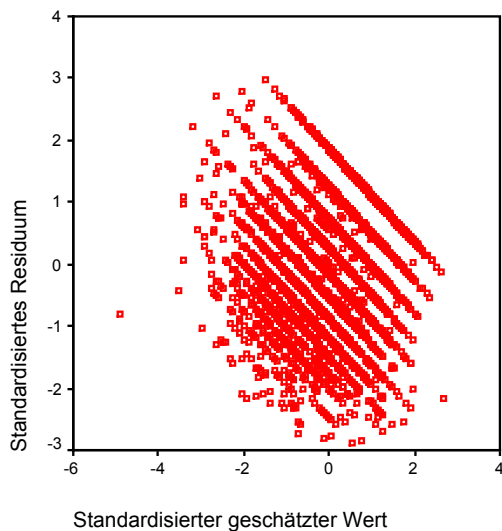


Abbildung 23: Standardisierte Residuen in Abhängigkeit des standardisierten geschätzten Kriteriumswertes in der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Intention zur Mitarbeit

III Regressionsanalyse für Psychischen Leidensdruck

Tabelle 40: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Psychischer Leidensdruck* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
SCL-90-R: Depressivität und Ängstlichkeit	.68
SCL-90-R: Somatisierung	-.23
SF-12: Psychische Summenskala	.22
R	.73
R^2_{adj}	.54
F	1443.2
df	3/3754
p	< .001

Anmerkungen:

^a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

^b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

IV Regressionsanalyse für Hoffnung

Tabelle 41: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Hoffnung* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
Internale gesundheitl. Kontrollüberzeugung	.20
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit	-.20
Beh'erwartung: Hilfe bei Rentenbegehren	-.18
Beh'ziel: Körperliche u. berufliche Leistungsf.	.13
Initiative	.13
Kompetenzerwartung	.12
Wissen	-.10
R	.48
R^2_{adj}	.23
F	161.5
df	7/3750
p	< .001

Anmerkungen:

a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: Psychischer Leidensdruck, Kompetenzerwartung, Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, Initiative, Wissen, Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

V Regressionsanalyse für Kompetenzerwartung

Tabelle 42: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Kompetenzerwartung* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
Hoffnung	.18
Wissen über Psychotherapie	.19
SCL-90-R: Depressivität und Ängstlichkeit	-.16
R	.30
R^2_{adj}	.09
F	127.4
df	3/3754
p	< .001

Anmerkungen:

a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: Hoffnung, Psychischer Leidensdruck, Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, Initiative, Wissen, Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

VI Regressionsanalyse für Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme

Tabelle 43: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
Psychischer Leidensdruck	.37
Beh'ziel: Körperliche u. berufliche Leistungsf.	.33
Internale gesundheitl. Kontrollüberzeugung	.20
SCL-90-R: Depressivität und Ängstlichkeit	.20
SF-12: Körperliche Summenskala	-.16
R	.67
R^2_{adj}	.44
F	602.2
df	5/3752
p	< .001

Anmerkungen:

a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: Hoffnung, Kompetenzerwartung, Psychischer Leidensdruck, Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, Initiative, Wissen, Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

VII Regressionsanalyse für Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit

Tabelle 44: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
Beh'ziel: Klärung psychischer Probleme	.49
Psychischer Leidensdruck	.27
SF-12: Körperliche Summenskala	-.21
R	.50
R^2_{adj}	.26
F	181.6
df	3/3754
p	< .001

Anmerkungen:

a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: Hoffnung, Kompetenzerwartung, Psychischer Leidensdruck, Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Initiative, Wissen, Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

VIII Regressionsanalyse für Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit

Tabelle 45: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
Hoffnung	-.27
Psychischer Leidensdruck	-.12
R	.28
R^2_{adj}	.08
F	161.7
df	2/3755
p	< .001

Anmerkungen:

a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: Hoffnung, Kompetenzerwartung, Psychischer Leidensdruck, Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, Initiative, Wissen, Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren, SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

IX Regressionsanalyse für Initiative

Tabelle 46: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Initiative* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
Hoffnung	.18
Wissen	.15
≥ 120 AU-Tage	-.15
Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung	.11
R	.34
R^2_{adj}	.11
F	107.3
df	4/3753
p	< .001

Anmerkungen:

a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: Hoffnung, Kompetenzerwartung, Psychischer Leidensdruck, Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, Wissen, Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

X Regressionsanalyse für Wissen

Tabelle 47: Standardisierte Regressionsgewichte (β) für die in die Regressionsgleichung zur Erklärung der Variable *Wissen* aufgenommenen^a Variablen sowie entsprechende Kennwerte^b ($N = 3758$)

	β
Psychischer Leidensdruck	.27
Kompetenzerwartung	.17
Leistungsträger: BfA	.16
Krankheitsdauer (Jahre)	.15
Alter	-.13
R	.41
R^2_{adj}	.17
F	113.8
df	5/3753
p	< .001

Anmerkungen:

a: Methode: schrittweise-vorwärts, Aufnahmekriterium für Prädiktor: Zunahme in R^2 von mind. $\Delta R^2 = .01$

b: Kennwerte bezogen auf die gesamte Regressionsgleichung: multiple Korrelation (R), multiple quadrierte Korrelation, adjustiert an der Anzahl der getesteten Prädiktoren (R^2_{adj}), auf die Varianzaufklärung bezogene statistische Kennwerte (F , df , p)

Getestete Prädiktoren: Hoffnung, Kompetenzerwartung, Psychischer Leidensdruck, Behandlungsziel: Klärung psychischer Probleme, Behandlungsziel: Körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, Initiative, Internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung, Behandlungserwartung: Hilfe bei Rentenbegehren, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, SCL-90-R-Depressivität und Ängstlichkeit, SCL-90-R-Somatisierung, SF-12-Psychische Summenskala, SF-12-Körperliche Summenskala, FPTM-23-Zuwendung, Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, AU-Tage ≥ 120 , Träger BfA, Geschlecht, Alter, Schulbildung dichotom, Familienstand ledig.

XI ANOVA für Entlassungsart (UV) und Einzelitem bzgl. Intention zur Ausschöpfung der Bewilligungsdauer

Tabelle 48: ANOVA für das Einzelitem: „Ich möchte auf jeden Fall bis zum Behandlungsende in der Klinik bleiben“

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Einstellung zur Rehamaßnahme-Item 1

Abbruch (<14d, 15-28d, >28d, reg.)	Mittelwert	Standardabweichung	N
Abbruch <=14d	4.304	1.0172	79
Abbruch 15-28d	4.184	1.0730	125
Abbruch >28d	4.220	1.0555	107
regulär	4.468	.9402	3765
Gesamt	4.449	.9511	4076

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Einstellung zur Rehamaßnahme-Item 1

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	17.375 ^a	3	5.792	6.429	.000	.005
Konstanter Term	9745.126	1	9745.126	10816.665	.000	.727
ABBR_V	17.375	3	5.792	6.429	.000	.005
Fehler	3668.612	4072	.901			
Gesamt	84372.500	4076				
Korrigierte Gesamtvariation	3685.987	4075				

a. R-Quadrat = .005 (korrigiertes R-Quadrat = .004)

11.2 Fragebogen zur Skalenkonstruktion in der Vorstudie

Gedanken von Patienten vor Antritt einer psychosomatischen Rehabilitation

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir, die **Forschungsgruppe Stationäre Psychotherapie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf**, entwickeln zur Zeit einen Fragebogen, mit dem Gedanken und Überlegungen von PatientInnen, die eine psychosomatische Rehamaßnahme antreten, erhoben werden sollen.

Sie helfen uns durch Ausfüllen der nachfolgenden Fragen bei der Entwicklung eines solchen Fragebogens.

Bitte versetzen Sie Sich dazu - so gut es geht - in die Lage einer Person, die aufgrund psychischer oder psychosomatischer Beschwerden (z.B. Depression, Angst, Schmerzen, Eßstörung, etc.) innerhalb der nächsten 1-2 Wochen eine stationäre Rehamaßnahme beginnt.

Für Ihre Mühe **danken** wir Ihnen bereits im Voraus! Selbstverständlich werden Ihre Antworten anonym ausgewertet.

Falls Sie Fragen oder kritische Anmerkungen haben, notieren Sie diese doch einfach direkt im Fragebogen bzw. auf der letzten Seite oder rufen Sie unter der unten angegebenen Tel.-Nr. an.

Im folgenden sind einige Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit beschrieben. Einige Aussagen sind ganz allgemein, andere beziehen sich auf Ihre momentane Erkrankung. Bitte lesen Sie sich jeden Satz durch und beurteilen Sie jeweils, wie sehr die Aussage für Sie im Augenblick zutrifft.

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1. Ich kann selbst viel dazu tun, mein Wohlbefinden zu beeinflussen.	1	2	3	4	5
2. Ich habe selbst einen großen Einfluss darauf, wie meine Krankheit verlaufen wird.	1	2	3	4	5
3. Dass ich jetzt krank geworden bin, war Zufall.	1	2	3	4	5
4. Wenn ich auf mich Acht gebe, kann ich Beschwerden vermeiden.	1	2	3	4	5
5. Kontrolle über meinen Krankheitsverlauf haben in der Hauptsache Ärzte und anderes medizinisches Personal.	1	2	3	4	5
6. Die Menschen, die mir nahe stehen (meine Familie, Freunde) haben einen großen Einfluss darauf, wie meine Krankheit verlaufen wird.	1	2	3	4	5
7. Wie schnell ich wieder gesund werde, hängt größtenteils vom Schicksal ab.	1	2	3	4	5
8. Der beste Weg für mich, meine Beschwerden zu beeinflussen, ist, regelmäßig zu einem Arzt/Ärztin zu gehen.	1	2	3	4	5
9. Egal, was ich tue: wenn es einem bestimmt ist, krank zu werden, wird man krank.	1	2	3	4	5

Sie finden im folgenden eine Reihe von Aussagen. Diese Aussagen beziehen sich vor allem darauf, wie Sie mögliche Beschwerden erleben und welche Erwartungen Sie an eine psychosomatische Rehabilitation knüpfen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie sehr sie bei Ihnen zutrifft. Zum Teil werden Ihnen Aussagen ähnlich vorkommen, was im Stadium der Fragebogenentwicklung unvermeidbar ist. Beantworten Sie bitte trotzdem jede Aussage unabhängig von Ihren vorherigen Antworten.

Bitte beachten Sie auch, dass es keine richtige oder falsche Antwort gibt. Antworten Sie einfach so, wie es Ihrer persönlichen Einschätzung am Nächsten kommt.

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1. Ich strebe an, in der Klinik erst einmal Abstand von meinen persönlichen Problemen zu gewinnen.	1	2	3	4	5
2. Es würde mir schwer fallen, mich aktiv an meiner Behandlung zu beteiligen.	1	2	3	4	5
3. Meine Beschwerden werden sich wieder von selbst bessern.	1	2	3	4	5
4. Wenn ich zu Hause oder am Arbeitsplatz gebraucht werden sollte, würde ich die Klinik vorzeitig verlassen.	1	2	3	4	5
5. Ich denke gerne über mich nach.	1	2	3	4	5
6. Ich habe vor, meine Mitpatienten nicht mit meinen Sorgen zu behelligen.	1	2	3	4	5
7. Es würde mir etwas ausmachen, in der Klinik keinen Besuch von Mitpatienten auf meinem Zimmer empfangen zu dürfen.	1	2	3	4	5
8. Ich bin in der Lage, vor anderen Patienten über meine Beschwerden zu reden.	1	2	3	4	5
9. Ich hätte etwas dagegen, wenn ich in der Klinik keinen Alkohol trinken dürfte.	1	2	3	4	5
10. Ich bin entschlossen, an meiner Behandlung aktiv mitzuarbeiten.	1	2	3	4	5
11. Wenn meine Beschwerden nicht behandelt werden, wird es mir künftig schlechter gehen als heute.	1	2	3	4	5
12. Ich fände es schwierig, wenn in der Klinik einzelne Mitpatienten etwas gegen mich hätten.	1	2	3	4	5
13. Ich kann in den nächsten Jahren beruflich oder zu Hause weniger leisten, wenn ich jetzt nichts gegen meine Beschwerden tue.	1	2	3	4	5

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
14. Es würde mir etwas ausmachen, wenn der mich behandelnde Klinikarzt oder Psychologe während meiner Behandlung wechselt (wegen Krankheit oder Urlaub).	1	2	3	4	5
15. Es würde mich stören, wenn ich auf meinem Zimmer nicht rauchen dürfte.	1	2	3	4	5
16. Mir wäre es unangenehm, mit einem Arzt oder Psychologen über meine persönlichen Probleme zu sprechen.	1	2	3	4	5
17. Ich werde in Zukunft <i>körperliche</i> Probleme haben, wenn ich nichts gegen meine Beschwerden unternehme.	1	2	3	4	5
18. Ich kann gut über mich nachdenken.	1	2	3	4	5
19. Es würde mir etwas ausmachen, vor anderen Patienten über meine Probleme sprechen zu müssen.	1	2	3	4	5
20. Meine Beschwerden werden nicht von alleine nachlassen.	1	2	3	4	5
21. Ich habe nichts dagegen, wenn mein Arzt oder Psychologe in der Klinik unter 30 Jahre alt ist.	1	2	3	4	5
22. Ich kann mich gut in andere hineinversetzen.	1	2	3	4	5
23. Es würde mir etwas ausmachen, mit einer fremden Person ein Doppelzimmer teilen zu müssen.	1	2	3	4	5
24. Ich werde in der Klinik viel dafür tun, dass sich meine Beschwerden bessern.	1	2	3	4	5
25. Ich habe die Hoffnung, dass es mir von alleine wieder besser gehen wird.	1	2	3	4	5
26. Wenn mein Klinikarzt oder Psychologe in Zeiten, in denen ich ihn brauche, nicht verfügbar ist (z.B. Abends und am Wochenende), wird mich dies stören.	1	2	3	4	5
27. Ich möchte erst einmal abwarten, was in der Klinik auf mich zukommt.	1	2	3	4	5
28. Es würde mich stören, wenn ich in der Klinik meinen Tagesablauf nicht selbst bestimmen könnte.	1	2	3	4	5
29. Die Zeit wird meine Sorgen lindern.	1	2	3	4	5
30. Es wird für mich kein Problem sein, wenn mir einige Mitpatienten unsympathisch sind.	1	2	3	4	5

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
31. Meine Beschwerden könnten sich verschlimmern, wenn ich nichts dagegen unternehme.	1	2	3	4	5
32. Ich möchte auf jeden Fall bis zum Behandlungsende in der Klinik bleiben.	1	2	3	4	5
33. Es wäre ein Problem für mich, wenn ich in meiner Nachtruhe durch laute Mitpatienten gestört würde.	1	2	3	4	5
34. Ich habe mir vorgenommen, den Ärzten/ Psychologen <i>nichts</i> von meinen persönlichen Problemen zu erzählen.	1	2	3	4	5
35. Ich habe nichts dagegen, wenn die Klinik ab 22:30 Uhr eine strenge Nachtruhe fordert.	1	2	3	4	5
36. Ich werde in Zukunft <i>seelische</i> Probleme haben, wenn ich nichts gegen meine Beschwerden unternehme.	1	2	3	4	5

Zum Schluss bitten wir Sie noch um die folgenden soziodemographischen Angaben:

Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich
-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Alter	_____Jahre
--------------	------------

Höchster Schulabschluss	☐ keinen ☐ Hauptschule / Volksschule ☐ Realschule / Mittlere Reife ☐ Abitur od. Fachhochschulreife ☐ Universität od. Fachhochschule
--------------------------------	--

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ist Ihnen beim Ausfüllen vielleicht etwas aufgefallen, das Sie mitteilen wollen?

Dann tun Sie das bitte auf der Rückseite!

11.3 Fragebogen für Patienten



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Abteilung für Medizinische Psychologie

Fragebogen vor Beginn einer Reha

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

in diesem Fragebogen bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihren Erwartungen an Ihre bevorstehende Rehabilitationsmaßnahme.

- Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten eine Zahl bzw. ein Kästchen ankreuzen.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft.

Wenn Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Abteilung für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52, Pavillon 69
20246 Hamburg
Tel.: 040/42803-6683 (Herr Lang)

In den folgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.			
<i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten		2

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben <i>Schmerzen</i> Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1		3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i>						
9. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

	sehr gut	gut	eher gut	mittel	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht
13. Wie würden Sie Ihren <i>körperlichen</i> Gesundheitszustand der letzten 4 Wochen insgesamt beschreiben?	1	2	3	4	5	6	7
14. Wie würden Sie Ihren <i>seelischen</i> Gesundheitszustand der letzten 4 Wochen insgesamt beschreiben?	1	2	3	4	5	6	7

Sie finden nachstehend eine Liste von **Beschwerden**, die man manchmal hat.
Wie sehr haben Sie während der vergangenen 4 Wochen unter Folgendem gelitten?

	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark	
1.	☐	☐	☐	☐	☐	1
2. Nervosität oder innerem Zittern	☐	☐	☐	☐	☐	2
3.	☐	☐	☐	☐	☐	3
4. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐	4
5.	☐	☐	☐	☐	☐	5
6. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐	6
7.	☐	☐	☐	☐	☐	7
8. Neigung zum Weinen	☐	☐	☐	☐	☐	8
9.	☐	☐	☐	☐	☐	9
10. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	☐	☐	☐	☐	☐	10
11.	☐	☐	☐	☐	☐	11
12. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	☐	☐	☐	☐	☐	12
13.	☐	☐	☐	☐	☐	13
14. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	☐	☐	☐	☐	☐	14
15.	☐	☐	☐	☐	☐	15
16. Schwermut	☐	☐	☐	☐	☐	16
17.	☐	☐	☐	☐	☐	17
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	☐	☐	☐	☐	☐	18
19.	☐	☐	☐	☐	☐	19
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	☐	☐	☐	☐	☐	20
21.	☐	☐	☐	☐	☐	21
22. Übelkeit oder Magenverstimmung	☐	☐	☐	☐	☐	22
23.	☐	☐	☐	☐	☐	23
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	☐	☐	☐	☐	☐	24
25.	☐	☐	☐	☐	☐	25
26. Hitzewallungen und Kälteschauern	☐	☐	☐	☐	☐	26
27.	☐	☐	☐	☐	☐	27
28. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	☐	☐	☐	☐	☐	28
29.	☐	☐	☐	☐	☐	29
30. Schwächegefühl in den einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐	30
31.	☐	☐	☐	☐	☐	31
32. Schweregefühl in den Armen und Beinen	☐	☐	☐	☐	☐	32
33.	☐	☐	☐	☐	☐	33
34. Schreck- und Panikanfällen	☐	☐	☐	☐	☐	34
35.	☐	☐	☐	☐	☐	35
36. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	☐	☐	☐	☐	☐	36
37.	☐	☐	☐	☐	☐	37
38. dem Gefühl, wertlos zu sein	☐	☐	☐	☐	☐	38
39.	☐	☐	☐	☐	☐	39
40. Schrecken erregenden Gedanken und Vorstellungen	☐	☐	☐	☐	☐	40
41. Denken	☐	☐	☐	☐	☐	41

Im Folgenden sind einige **Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit** beschrieben. Einige Aussagen sind ganz allgemein, andere beziehen sich auf Ihre momentane Erkrankung. Bitte lesen Sie sich jeden Satz durch und beurteilen Sie jeweils, wie sehr die Aussage für Sie im Augenblick zutrifft.

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1. finden zu beeinflussen.	1	2	3	4	5
2. Ich habe selbst einen großen Einfluss darauf, wie meine Krankheit verlaufen wird.	1	2	3	4	5
3. war Zufall.	1	2	3	4	5
4. Wenn ich auf mich Acht gebe, kann ich Beschwerden vermeiden.	1	2	3	4	5
5. haben in der Hauptsache Ärzte und anderes medizinisches Personal.	1	2	3	4	5
6. Die Menschen, die mir nahe stehen (meine Familie, Freunde), haben einen großen Einfluss darauf, wie meine Krankheit verlaufen wird.	1	2	3	4	5
7. größtenteils vom Schicksal ab.	1	2	3	4	5
8. Der beste Weg für mich, meine Beschwerden zu beeinflussen, ist, regelmäßig zu einem Arzt/Ärztin zu gehen.	1	2	3	4	5
9. ist, krank zu werden, wird man krank.	1	2	3	4	5

1. Wie lange leiden Sie schon unter den Beschwerden/ Problemen, wegen derer Sie in die Rehabilitation gehen?	ca. _____Jahre
---	----------------

2. Von wem ging die Initiative für Ihre Rehabilitation hauptsächlich aus?	☐ von mir selbst ☐ von meinen Angehörigen ☐ von meinem Hausarzt / anderem Arzt ☐ von meinem Psychotherapeuten ☐ von der Rentenversicherung ☐ von der Krankenkasse ☐ von anderen, und zwar: _____
--	---

3. Wünschen Sie sich in Ihrer Rehabilitation eine psychotherapeutische Behandlung ?	☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
---	---

Wenn ja:	Welche Therapieform wünschen Sie sich? ☐ verhaltenstherapeutisch orientiert ☐ psychoanalytisch/ tiefenpsychologisch orientiert ☐ Sonstiges, und zwar: _____ ☐ egal / Ich kenne die genannten Therapieformen nicht.
-----------------	---

Für jeden Patienten/ jede Patientin wird eine bestimmte **Behandlungsdauer** bewilligt. In der Klinik kann diese Dauer bei Bedarf verlängert werden.

4. Welche Behandlungsdauer wurde bei Ihnen bewilligt?	_____ Wochen
--	--------------

5. Wie beurteilen Sie diese Behandlungsdauer?
☐ viel zu kurz ☐ eher zu kurz ☐ genau richtig ☐ eher zu lang ☐ viel zu lang

6. Wann rechnen Sie mit einer deutlichen Verbesserung Ihrer Beschwerden in der Klinik ?	☐ in der 1. Woche ☐ in der 2. Woche ☐ in der 3. Woche ☐ in der 4. Woche ☐ in der 5. Woche ☐ in der 6. Woche ☐ ab der 7. Woche
---	--

Patienten haben oft unterschiedliche **Einstellungen gegenüber ihrer Rehabilitationsmaßnahme**. Sie finden im Folgenden einige Aussagen zu derartigen möglichen Einstellungen. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, in wie weit die genannte Aussage auf Sie zutrifft oder nicht.

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel- mäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr	
1. lungsende in der Klinik bleiben.	1	2	3	4	5	1
2. Es würde mir etwas ausmachen, wenn der Besuch von Mitpatienten auf meinem Zimmer verboten wäre.	1	2	3	4	5	2
3.	1	2	3	4	5	3
4. Ich bin entschlossen, an meiner Behandlung aktiv mitzuarbeiten.	1	2	3	4	5	4
5. oder Psychologen über meine persönlichen Probleme zu sprechen.	1	2	3	4	5	5
6. Ich habe nichts dagegen, wenn die Klinik ab 22:30 Uhr eine strenge Nachtruhe fordert.	1	2	3	4	5	6
7.	1	2	3	4	5	7
8. Ich hätte etwas dagegen, wenn ich in der Klinik keinen Alkohol trinken dürfte.	1	2	3	4	5	8
9. sich meine Beschwerden bessern.	1	2	3	4	5	9
10. Es würde mir etwas ausmachen, mit einer fremden Person ein Doppelzimmer teilen zu müssen.	1	2	3	4	5	10
11. einzelne Mitpatienten etwas gegen mich hätten.	1	2	3	4	5	11
12. Meine Beschwerden könnten sich verschlimmern, wenn ich nichts dagegen unternehme.	1	2	3	4	5	12
13. über meine Beschwerden zu reden.	1	2	3	4	5	13
14. Wenn mein Klinikarzt oder Psychologe in Zeiten, in denen ich ihn brauche, nicht verfügbar ist (z.B. Abends und am Wochenende), wird mich dies stören.	1	2	3	4	5	14
15. Psychologe in der Klinik unter 30 Jahre alt ist.	1	2	3	4	5	15
16. Es wird für mich kein Problem sein, wenn mir einige Mitpatienten unsympathisch sind.	1	2	3	4	5	16
17. mich behandelnde Klinikarzt oder Psychologe während meiner Behandlung wechselt (wegen Krankheit oder Urlaub).	1	2	3	4	5	17
18. Ich habe die Hoffnung, dass es mir von alleine wieder besser gehen wird.	1	2	3	4	5	18
19. als aktiv an der Therapie teilnehmen.	1	2	3	4	5	19
20. Mit den Schwierigkeiten, die ich zu Hause mit meinen Mitmenschen oder an meinem Arbeitsplatz habe, will ich mich in der Therapie möglichst wenig auseinandersetzen.	1	2	3	4	5	20
21. eine Psychotherapie zu machen.	1	2	3	4	5	21

Patienten haben oft bestimmte **Erwartungen und Ziele für ihre Rehabilitation**. Wir würden diese Erwartungen und Ziele gerne kennen lernen und bitten Sie deshalb, in jeder Zeile anzukreuzen, wie sehr Sie sich die genannte Behandlungsmaßnahme bzw. das Behandlungsziel wünschen.

Wie sehr würden Ihnen die folgenden Behandlungsmaßnahmen helfen?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
1.	1	2	3	4	5	1
2. Übung neuer Verhaltensweisen	1	2	3	4	5	2
3.	1	2	3	4	5	3
4. Von Verpflichtungen entlasten	1	2	3	4	5	4
5.	1	2	3	4	5	5
6. Gespräche über meine inneren Konflikte	1	2	3	4	5	6
7.	1		3	4	5	7
8. Naturheilmittel	1	2	3	4	5	8
9.	1	2	3	4	5	9
10. Eine körperliche Ursache herausfinden	1	2	3	4	5	10
11.	1	2	3	4	5	11
12. Beratung über eine gesündere Lebensführung	1	2	3	4	5	12
13.	1	2	3	4	5	13
14. Hypnose	1	2	3	4	5	14
15.	1	2	3	4	5	15
16. Ruhe und Schonung	1	2	3	4	5	16
17.	1	2	3	4	5	17

Welche Behandlungsziele haben Sie?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
1. beeinflussen zu können	1	2	3	4	5	1
2. Mir meiner Wünsche und Bedürfnisse klarer werden	1	2	3	4	5	2
3. len	1	2	3	4	5	3
4. Ruhe und Gelassenheit finden	1	2	3	4	5	4
5.	1	2	3	4	5	5
6. Meine Schmerzen besser bewältigen können	1	2	3	4	5	6
7. können	1	2	3	4	5	7
8. Alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen	1	2	3	4	5	8
9.	1	2	3	4	5	9
10. Körperlich fit werden für den Alltag	1	2	3	4	5	10
11.	1	2	3	4	5	11
12. Meine körperlichen Beschwerden verringern	1	2	3	4	5	12
13.	1	2	3	4	5	13
14. Meine berufliche Leistungsfähigkeit steigern	1	2	3	4	5	14
15.	1	2	3	4	5	15

Die folgenden Aussagen beziehen sich zusammengefasst darauf, wie Sie Ihre Krankheit erleben, in welchem Zusammenhang Sie sie sehen, welche Erwartungen Sie an eine Therapie knüpfen und einiges mehr.

Auch hier gibt es wieder keine richtige oder falsche Antwort. Antworten Sie so, wie es für Sie persönlich am wahrscheinlichsten zutrifft; kreuzen Sie die Möglichkeit an, die in der Regel überwiegt.

		stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt	
1.	Ich bin mir unsicher, ob einem in der Klinik, in die ich gehe, geholfen werden kann	☐	☐	☐	☐	1
2.	Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Rehabilitation zu erhalten	☐	☐	☐	☐	2
3.	Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen	☐	☐	☐	☐	3
4.	Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	☐	☐	☐	☐	4
5.	Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meinen Beschwerden etwas verändert	☐	☐	☐	☐	5
6.	Ich war schon einmal in psychologischer/ psychotherapeutischer Behandlung	☐	☐	☐	☐	6
7.	Wenn ich meine Beschwerden habe, kommt es häufiger vor als sonst, dass sich jemand um mich kümmert	☐	☐	☐	☐	7
8.	Es war nicht meine eigene Entscheidung, in eine Reha-Klinik zu gehen; andere (z.B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten	☐	☐	☐	☐	8
9.	Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr alleine fertig	☐	☐	☐	☐	9
10.	Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um eine Rehabilitation machen zu können	☐	☐	☐	☐	10
11.	Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet	☐	☐	☐	☐	11
12.	Dass ich in eine Reha-Klinik gehe, ist auf mein eigenes Bemühen zurückzuführen	☐	☐	☐	☐	12
13.	Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht	☐	☐	☐	☐	13
14.	Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige, Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst	☐	☐	☐	☐	14
15.	Ich habe das Gefühl, dass man einem in der Reha-Klinik nicht helfen kann	☐	☐	☐	☐	15
16.	Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe, fertig	☐	☐	☐	☐	16
17.	Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst	☐	☐	☐	☐	17
18.	Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien	☐	☐	☐	☐	18
19.	Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist	☐	☐	☐	☐	19
20.	Ich leide stark unter seelischen Problemen	☐	☐	☐	☐	20
21.	Ich weiß wenig über Psychotherapie	☐	☐	☐	☐	21
22.	In Bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen	☐	☐	☐	☐	22
23.	Ich habe Angst vor der Zukunft	☐	☐	☐	☐	23

**Zum Schluss noch einige Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Versorgung,
Ihrer beruflichen Situation und Ihrer Person.**

1. Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten die folgenden Praxen aufgesucht?

a)	Allgemeinarzt / Hausarzt _____ mal	f)	Orthopäde _____ mal
b)	Internist (Innere Medizin) _____ mal	g)	Hautarzt _____ mal
c)	Nervenarzt (Neurologe, Psychiater) _____ mal	h)	Arzt für Naturheilverfahren _____ mal
d)	Psychologe / Psychotherapeut _____ mal	i)	Sonstige: _____ mal
e)	Gynäkologe oder Urologe _____ mal	j)	Sonstige: _____ mal

2. Welche Medikamente haben Sie in den letzten 4 Wochen eingenommen?

	Name des Medikaments Bitte schreiben Sie den <u>genauen Namen</u> ab, der auf der Packung steht (wenn eine Zahl hinter dem Namen steht, bitte auch diese Zahl!!)	An wie vielen Tagen (der letzten 4 Wochen) eingenommen?	An den Tagen, an denen es eingenommen wurde: wie oft pro Tag? (im Durchschnitt)
	zum Beispiel: ASS-ratiopharm 500	an 12 Tagen	1 mal pro Tag
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Wenn Sie mehr Platz benötigen, benutzen Sie bitte zusätzlich die letzte Seite dieses Fragebogens!

3. Sind Sie berufstätig?

Wenn Sie zurzeit krankgeschrieben sind, geben Sie bitte den Umfang Ihrer Berufstätigkeit vor der Krankschreibung an.

- | | |
|--|---|
| ☐ ja, ganztags | ☐ nein, in Ausbildung |
| ☐ ja, halbtags | ☐ nein, arbeitslos |
| ☐ ja, stundenweise | ☐ nein, Altersrente |
| ☐ nein, Hausfrau/
Hausmann | ☐ nein, Erwerbsunfähigkeits-/
Berufsunfähigkeitsrente |

4.	<u>Für Berufstätige:</u>
Ich habe in den letzten 6 Monaten ca. _____ Arbeitstage wegen Krankheit versäumt.	
Bitte zählen Sie alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. Falls Sie die Zahl der Tage nicht mehr sicher wissen, schätzen Sie bitte möglichst genau!	
<u>Für Nicht-Berufstätige:</u>	
Ich war in den letzten 6 Monaten ca. _____ Tage so krank, dass ich meine Tätigkeiten nicht wie gewohnt ausüben konnte.	
Falls Sie die Zahl der Tage nicht mehr sicher wissen, schätzen Sie bitte möglichst genau!	

5. Sind Sie <u>zurzeit</u> krankgeschrieben?	☐ ja ☐ nein
---	---

6. Wie hoch ist Ihre Rentenbedürftigkeit?	keine ☐ ein wenig ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark ☐
--	--

7. Haben Sie einen Antrag auf Frühberentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit) gestellt?	☐ ja ☐ nein
--	---

8. <u>Überlegen</u> Sie, nach der Reha einen Antrag auf Frühberentung zu stellen?	ja ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ nein ☐
--	---

9. Ich bin ...	☐ männlich ☐ weiblich
-----------------------	---

10. Alter	_____Jahre
------------------	------------

11. Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ Nicht-deutsch, und zwar: _____
--------------------------------	--

12. Familienstand (mehrere Nennungen möglich)	☐ ledig ohne feste Partnerschaft ☐ verheiratet / in fester Partnerschaft ☐ geschieden / getrennt lebend ☐ verwitwet
--	--

13. Wie viele <u>Kinder</u> leben in Ihrem Haushalt?	_____Kinder
Wenn in Ihrem Haushalt Kinder leben:	

14. Wie <u>alt</u> ist das jüngste Kind in Ihrem Haushalt?	_____Jahre
---	------------

15. Welchen höchsten <u>Schulabschluss</u> haben Sie?	☐ keinen ☐ Hauptschule / Volksschule ☐ Realschule / Mittlere Reife ☐ Abitur od. Fachhochschulreife ☐ Hochschul-/ Fachhochschulabschluss ☐ Anderes: _____
--	---

bitte wenden

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe!

Bitte sehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und prüfen Sie, ob Sie jede Frage beantwortet haben.

Bitte fügen sie die unterschriebene Einverständniserklärung unbedingt bei.

11.4 Textmaterial für angeschriebene Patienten

- I. Anschreiben für Patienten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)
- II. Erinnerungsanschreiben für Patienten der BfA
- III. Anschreiben für Patienten der Landesversicherungsanstalten (LVAen) Westfalen und Rheinland-Pfalz
- IV. Erinnerungsanschreiben für Patienten der LVAen
- V. Einverständniserklärung
- VI. Hinweise zum Datenschutz (für Patienten der BfA)

I Anschreiben für Patienten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

heute wenden wir uns mit einem besonderen Anliegen an Sie. Vor kurzem haben Sie von uns die Bewilligung einer **Rehabilitationsmaßnahme** erhalten. Wir sind ständig darum bemüht, die Betreuung unserer Versicherten zu verbessern und legen dabei besonderen Wert auf die Qualität unserer Rehabilitationsangebote.

Deshalb führen wir gemeinsam mit der Universität Hamburg eine **wissenschaftliche Studie** durch, in der die **Wünsche und Erwartungen von Versicherten** an die Rehabilitation untersucht werden. Hierfür benötigen wir **Ihre Unterstützung**. Denn nur, wenn möglichst alle Versicherten den beiliegenden Fragebogen ausfüllen, können Ihre Wünsche und Erwartungen tatsächlich in die Gestaltung der Rehabilitation einfließen.

Wir möchten Sie deshalb bitten, den beiliegenden Fragebogen **vor Beginn** der von uns bewilligten Reha (am besten innerhalb der nächsten 10 Tage) auszufüllen und im beiliegenden - für Sie selbstverständlich portofreien - Rückumschlag an uns zurück zu senden. Der **Fragebogen** erkundigt sich nach Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Erwartungen an den bevorstehenden Klinik-aufenthalt.

Ungefähr sechs Monate nach Ihrer Rehabilitation möchten wir Sie dann noch einmal mit einem zweiten, deutlich kürzeren Fragebogen zu Ihren Erfahrungen in der Reha und zu Ihrem Gesundheitszustand befragen.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist selbstverständlich freiwillig. **Ihre Angaben haben keinerlei Einfluss auf Ihre Versicherungsvorgänge bei der BfA.**

Ihre Antworten werden **anonym** (d.h. ohne Nennung Ihres Namens) an der Universität Hamburg ausgewertet. Dadurch erfährt niemand persönliche Angaben aus Ihren Fragebögen. Die gesamte Untersuchung unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes. Bevor Sie sich zur Teilnahme entschließen, lesen Sie bitte sorgfältig die „Hinweise zum Datenschutz“.

Bitte denken Sie jedoch daran: Durch **Ihre Mitarbeit** kann die Rehabilitation zukünftig noch besser auf die Erwartungen der Versicherten abgestimmt werden. Ihre Meinung ist uns wichtig, damit wir auch auf Dauer eine hohe Qualität in der Rehabilitation garantieren können.

Wir bitten Sie deshalb, die beiliegende **Einverständniserklärung** zu unterschreiben, den **Fragebogen** auszufüllen und beides im portofreien **Rückumschlag** an uns zurück zu senden.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christiane Korsukéwitz
(Leitende Ärztin der BfA)

P.S.:

Gegebenenfalls erhalten Sie in zwei Wochen ein einmaliges Erinnerungsschreiben, in dem wir Sie noch einmal um Rücksendung des Fragebogens bitten.

Für Rückfragen steht Ihnen gerne die Universität Hamburg unter Tel.: 040/42803-6683 (Herr Lang) zur Verfügung.

II Erinnerungsanschreiben für Patienten der BfA

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Sie erhielten vor etwa zwei Wochen von uns einen **Fragebogen** zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Erwartungen an Ihre bevorstehende Rehabilitationsmaßnahme. Der Fragebogen dient einer **wissenschaftlichen Studie**, die wir gemeinsam mit der Universität Hamburg durchführen und mit deren Hilfe die Rehabilitation optimiert werden soll.

Die Teilnahme an der Studie ist **freiwillig**. Aber nur wenn möglichst **alle** Personen den Fragebogen ausfüllen, können die Wünsche und Erwartungen der Versicherten in die Gestaltung der Rehabilitation einfließen. Deshalb **bitten wir Sie** noch einmal, den beiliegenden Fragebogen und die Einverständniserklärung auszufüllen und beides im - für Sie portofreien - Rückumschlag an uns zurückzusenden.

Wir senden das vorliegende Erinnerungsschreiben an alle Versicherten, von denen wir zwei Wochen nach Versand des ersten Anschreibens noch keine Antwort erhalten haben. Dies haben wir nur mit der Anonymisierungsnummer auf dem Fragebogen geprüft. Wir versichern Ihnen, dass Ihre einzelnen Antworten an der Universität Hamburg **anonym** ausgewertet werden und dass Ihre Teilnahme/Nichtteilnahme in der BfA nicht über die Studiendauer hinaus gespeichert wird (siehe beiliegendes Blatt „Hinweise zum Datenschutz“).

Falls Sie bereits geantwortet haben und Ihr Brief auf dem Weg zu uns ist, oder **falls Sie Ihre Reha-**
maßnahme inzwischen schon angetreten haben, betrachten Sie dieses Schreiben bitte als
gegenstandslos.
Sie brauchen in diesem Fall den Fragebogen nicht mehr auszufüllen.

Ihre Antworten werden **anonym** (d.h. ohne Nennung Ihres Namens) an der Universität Hamburg ausgewertet. Dadurch erfährt niemand persönliche Angaben aus Ihren Fragebögen. Die gesamte Untersuchung unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Ihre Angaben haben **keinerlei** Einfluss auf Ihre Versicherungsvorgänge bei der BfA.

Bitte denken Sie jedoch daran: Durch **Ihre Mitarbeit** kann die Rehabilitation zukünftig noch besser auf die Erwartungen der Versicherten abgestimmt werden. Ihre Meinung ist uns wichtig, damit wir auch auf Dauer eine hohe Qualität in der Rehabilitation garantieren können.

Wir bitten Sie deshalb, die beiliegende **Einverständniserklärung** zu unterschreiben,
den **Fragebogen** auszufüllen und beides noch **vor Beginn** Ihrer Reha
im portofreien Rückumschlag an uns zurück zu senden.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christiane Korsukéwitz
(Leitende Ärztin der BfA)

Für Rückfragen steht Ihnen gerne die Universität Hamburg unter Tel.: 040/42803-6683 (Herr Lang) zur Verfügung.

III Anschreiben für Patienten der Landesversicherungsanstalten

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir, die LVA Rheinland-Pfalz [bzw. Westfalen], sind ständig darum bemüht, die Betreuung unserer Versicherten zu verbessern. Dabei legen wir besonderen Wert auf die Qualität unserer **Rehabilitationsangebote**.

Die Rehabilitation besitzt in Deutschland bereits eine hohe Qualität. Um diesen hohen Standard auch zukünftig garantieren zu können, wollen wir mit Hilfe einer **wissenschaftlichen Studie** die Rehabilitation optimieren und **für die Patienten** weiterentwickeln.

Hierfür benötigen wir **Ihre Unterstützung**.

Wir möchten Sie deshalb bitten, den beiliegenden Fragebogen **vor Beginn** der von uns bewilligten Reha (am besten innerhalb der nächsten 10 Tage) auszufüllen und an uns im verschlossenen - für Sie selbstverständlich portofreien - Rückumschlag zurückzusenden. Der Fragebogen erkundigt sich nach Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Erwartungen an den bevorstehenden Klinikaufenthalt.

Ungefähr sechs Monate nach Ihrer Rehabilitation möchten wir Sie dann noch einmal mit einem zweiten, deutlich kürzeren Fragebogen zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Erfahrungen in der Reha befragen. Weiterhin erhalten Sie gegebenenfalls nach 14 Tagen ein gesondertes Erinnerungsschreiben, in dem wir Sie noch einmal um die Rücksendung des Fragebogens bitten.

Wir werden den von Ihnen zurückgesandten Umschlag zur Auswertung an die unabhängige wissenschaftliche Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Hamburg weiterleiten. Ihre Antworten bleiben für die Universität Hamburg **anonym** (d.h. ohne Nennung Ihres Namens).

Damit Ihre Antworten für die Optimierung der Rehabilitation genutzt werden können, benötigt die Universität Hamburg von uns einige Angaben zu Ihrem Klinikaufenthalt. Es handelt sich dabei um die Bewilligungs- und Aufenthaltszeiten Ihrer Reha, Diagnosen, Art der Entlassung, sozialmedizinische Beurteilung und um die Angabe, ob Sie eine Rente beantragt bzw. bewilligt bekommen haben. Wir bitten Sie hiermit um Erlaubnis, die genannten Daten **anonym** an die Universität Hamburg weitergeben zu dürfen.

Damit die Universität Hamburg diese Daten und Ihre Angaben aus den Fragebögen zusammenbringen kann und dabei Ihre Anonymität gewahrt bleibt, befindet sich auf dem Fragebogen eine Zählnummer. Diese Nummer dient der Universität Hamburg zum richtigen Zuordnen

der Fragebögen zu den anonymisierten Versichertendaten. Von der Zählnummer kann die Universität Hamburg **nicht** auf Ihre Person rückschließen.

Alle Fragebögen werden von uns an die Universität Hamburg weitergeleitet und verbleiben dort zur Auswertung. Nach Ablauf der Studie werden alle personenbezogenen Daten wieder gelöscht. Ihre Rehabilitationsklinik erfährt **keine** persönlichen Angaben aus Ihren Fragebögen.

Bitte denken Sie daran: Durch **Ihre Mitarbeit** kann die Rehabilitation noch besser auf die Erwartungen unserer Versicherten abgestimmt und eine hohe Qualität auch auf Dauer gesichert werden.

Wir bitten Sie deshalb, die beiliegende **Einverständniserklärung** zu unterschreiben, den **Fragebogen** auszufüllen und beides im portofreien **Rückumschlag** an uns zurückzusenden.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns sehr herzlich!

Ihre Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz [bzw. Westfalen]

P.S.: Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:

Abteilung Medizinische Psychologie, Universität Hamburg
Martinistr. 52, Pav. 69
20246 Hamburg
Tel.: 040/42803-6683 (Herr Lang)

IV Erinnerungsanschreiben für Patienten der Landesversicherungsanstalten

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Sie erhielten vor etwa zwei Wochen von uns einen **Fragebogen** zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Erwartungen an Ihre bevorstehende Rehabilitationsmaßnahme. Der Fragebogen dient einer **wissenschaftlichen Studie** der Universität Hamburg, mit deren Hilfe die Rehabilitation optimiert werden soll.

Die Teilnahme an der Studie ist **freiwillig**. Wenn Sie den Fragebogen nicht beantworten möchten, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Aber nur wenn möglichst viele Versicherte den Fragebogen ausfüllen, können wir herausfinden, wie wir unsere Rehabilitationsleistungen verbessern können. Deshalb **bitten wir Sie** noch einmal, den beiliegenden Fragebogen und die Einverständniserklärung auszufüllen und beides im - für Sie portofreien - Rückumschlag an uns zurückzusenden.

Falls Sie bereits geantwortet haben und Ihr Brief auf dem Weg zu uns ist, oder **falls Sie Ihre Rehamaßnahme inzwischen schon angetreten haben**, betrachten Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos. Sie brauchen in diesem Fall den Fragebogen nicht mehr auszufüllen.

Die gesamte Studie unterliegt den Bestimmungen des **Datenschutzes**. Wir leiten Ihren Fragebogen zur Auswertung an die Universität Hamburg weiter. Dort werden Ihre Antworten **anonym** (d.h. ohne Kenntnis Ihres Namens) ausgewertet.

Wir senden das vorliegende Erinnerungsschreiben an alle Versicherten, die uns zwei Wochen nach Versand des ersten Anschreibens noch nicht geantwortet haben. Dies haben wir anhand der auf dem Fragebogen aufgedruckten Zählnummer geprüft. **Wir versichern Ihnen**, dass ausschließlich die mit der Studie beauftragten LVA-Mitarbeiter wissen, ob sie an der Studie teilnehmen oder nicht. Eine Nicht-Teilnahme hat keinerlei Einfluss auf Ihre Versicherungsvorgänge. Alle personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Studie gelöscht.

Damit Ihre Antworten für die Optimierung der Rehabilitation genutzt werden können, benötigt die Universität Hamburg von uns einige Angaben zu Ihrem Klinikaufenthalt. Es handelt sich dabei um die Bewilligungs- und Aufenthaltszeiten Ihrer Rehamaßnahme, Diagnosen, Art der

Entlassung, sozialmedizinische Beurteilung und um die Angabe, ob Sie eine Rente beantragt bzw. bewilligt bekommen haben. Wir bitten Sie hiermit um Erlaubnis, die genannten Daten **anonym** an die Universität Hamburg weitergeben zu dürfen.

Damit die Universität Hamburg diese Daten und Ihre Angaben aus den Fragebögen zusammenbringen kann und dabei Ihre Anonymität gewahrt bleibt, haben wir auf dem Fragebogen eine Zählnummer notiert. Diese Nummer dient der Universität Hamburg zum richtigen Zuordnen der Fragebögen zu den anonymisierten Versichertendaten. Von dem Nummern-Code kann die Universität Hamburg **nicht** auf Ihre Person rückschließen.

Alle Fragebögen werden von uns an die Universität Hamburg weitergeleitet und verbleiben dort zur Auswertung. Nach Ablauf der Studie werden alle personenbezogenen Daten gelöscht. Auch Ihre Rehabilitationsklinik erfährt **keine** persönlichen Angaben aus Ihren Fragebögen.

Bitte denken Sie daran: Durch **Ihre Mitarbeit** kann die Rehabilitation noch besser auf die Erwartungen unserer Versicherten abgestimmt und eine hohe Qualität auch auf Dauer gesichert werden.

Wir bitten Sie deshalb, die beiliegende **Einverständniserklärung** zu unterschreiben, den **Fragebogen** auszufüllen und beides noch **vor Beginn** Ihrer Reha im portofreien Rückumschlag an uns zurückzusenden.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns sehr herzlich!

Ihre LVA Rheinland-Pfalz [bzw. Westfalen]

P.S.: Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte unter der auf dem Fragebogen angegebenen Telefonnummer direkt an die Universität Hamburg.

V Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung
über Erwartungen von Patienten und ihre Zufriedenheit
im Zusammenhang mit der Rehabilitation

Ich bin mit dem beiliegenden Anschreiben über die Vorgehensweise der Untersuchung informiert worden. Ich weiß, dass

- die Teilnahme an der Untersuchung **freiwillig** ist,
- mir durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten **keine Nachteile** entstehen und
- meine Angaben **anonym** ausgewertet werden.

Unter den in dem Anschreiben genannten Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie.

Insbesondere stimme ich zu, dass die BfA [bzw. LVA Westfalen bzw. LVA Rheinland-Pfalz] folgende, meine Rehabilitation betreffende Daten *in anonymisierter Form* an die Universität Hamburg weitergibt: Beginn und Ende der Rehabilitation, Diagnose, therapeutische Leistungen, Entlassungsform, sozialmedizinische Beurteilung und eventuelle Rentenantragstellung.

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Versicherten

VI Hinweise zum Datenschutz (für Patienten der BfA)

Grundlage für das Forschungsvorhaben sind die durch die Befragung erhobenen Angaben sowie für die Untersuchung wichtige, bei der BfA vorliegende Daten. Wir bitten Sie daher, an der Befragung teilzunehmen und der Nutzung der Daten zuzustimmen.

Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind immer dann zu beachten, wenn Einzelangaben (Daten) einer natürlichen Person zugeordnet werden. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt es jedoch keine Rolle, von welcher Person die Daten stammen und wo diese z.B. wohnt. Bei diesem Forschungsvorhaben werden deshalb die für die Auswertung vorgesehenen Forschungsdaten und die personenbezogenen Daten streng getrennt.

Wir erläutern Ihnen nachstehend, wie das Forschungsvorhaben den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gerecht wird und in welcher Weise sicher gestellt wird, dass bei der Auswertung kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Die BfA sendet das vorliegende Schreiben und den Fragebogen an Versicherte, denen im Untersuchungszeitraum eine Rehabilitation bewilligt worden ist. Zu diesem Zweck wurde eine fortlaufend nummerierte Adressdatei erstellt, die ein mit dem Forschungsvorhaben betrauter Mitarbeiter der BfA verwaltet. Die Nummer (Forschungsnummer) vor dem Namen ist das Kennzeichen, unter dem alle Forschungsdaten über Sie zusammengetragen werden, sofern Sie an der Befragung teilnehmen. Fragebogen und Einverständniserklärung erhalten diese Nummer. In den Forschungsunterlagen befinden sich keine Daten, die direkt einen Bezug zu Ihrer Person herstellen lassen, z.B. Ihr Name.

Die Zuordnungsliste verbleibt in der BfA und ist nur dem verantwortlichen Mitarbeiter zugänglich. Sie wird weder dem Forschungsinstitut noch anderen Stellen bekannt gegeben. Sie dient ausschließlich dem Ziel, den Kontakt mit Ihnen herzustellen und die über Sie gewonnenen Daten unter der Forschungsnummer zu sammeln. Am Ende der Datenerhebung, also nach etwa einem Jahr, werden wir diese Zuordnungsliste vernichten.

Der Rücklauf der beantworteten Fragebögen wird in der BfA unter der Forschungsnummer registriert, die Fragebögen werden umgehend an die Universität Hamburg weitergeleitet. Die BfA behält lediglich die unterschriebenen Einverständniserklärungen. Dadurch ist gewährleistet, dass weder für die Universität Hamburg, noch für die BfA eine Verknüpfung zwischen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift) und den Angaben im Fragebogen möglich ist.

Die BfA schreibt diejenigen Versicherten, die nach etwa zwei Wochen noch nicht geantwortet haben, ein zweites Mal an. Alle Versicherten, die ihren Fragebogen auch nach der Erinnerung nicht zurückschicken, werden im weiteren Verlauf der Studie nicht mehr angeschrieben.

Sie nehmen an der Studie freiwillig teil und können jederzeit, auch bei schon gegebener Einwilligung, ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Auch wenn Sie die Teilnahme ablehnen, erwachsen Ihnen hieraus keine Nachteile. Natürlich möchten wir Sie aber darauf hinweisen, dass es für die Aussagekraft der Untersuchung besonders wichtig ist, dass möglichst alle Versicherten an der Studie teilnehmen.

Wenn Sie sich damit einverstanden erklären, an der Wiederholungsbefragung teilzunehmen, sendet Ihnen die BfA etwa sechs Monate nach der Rehabilitation einen Fragebogen zu, der sich nach Ihren Erfahrungen erkundigt. Die Fragebögen der zweiten Erhebung werden direkt an die Universität Hamburg geschickt. Die Nummern der eingegangenen Fragebögen werden an die BfA weitergegeben, so dass die BfA in der Lage ist, ein Erinnerungsschreiben zu versenden, wenn nach etwa vier Wochen keine Antwort eingegangen ist. Danach werden Sie nicht mehr angeschrieben.

Für die Auswertung ist vorgesehen, dass Ihre Fragebogenangaben um ausgewählte, bei der BfA gespeicherte Versicherungsdaten (Beginn und Ende der Rehabilitation, Diagnose, therapeutische Leistungen, Entlassungsform, sozialmedizinische Beurteilung, Rentenantragsstellung) ergänzt werden. Auch diese Versicherungsdaten werden ohne Bezug zu Ihrem Namen und Ihrer Adresse, sondern nur mit der oben erwähnten Nummer an die Universität Hamburg übermittelt.

Das bedeutet: Niemand kann aus den Ergebnissen der Untersuchung erkennen, von welchen Personen die Angaben gemacht worden sind. Es gibt keine Auswertung von Daten, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen.

Wir sichern Ihnen zu, dass durch den organisatorischen Ablauf sichergestellt ist, dass zu keinem Zeitpunkt die Forschungsdaten mit Ihrem Namen oder Ihrer Anschrift kombiniert werden.

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns herzlich!

Eidesstattliche Erklärung nach §3 Abs. 2 Nr. 9 der Übergangsordnung für die Promotion zum Doktor der Philosophie der Universität Hamburg vom 17. September 1969:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel habe ich nicht benutzt und die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Hamburg, den 25.03.2003

Klaus Lang

Eidesstattliche Erklärung nach §3 Abs. 2 Nr. 7 der Übergangsordnung für die Promotion zum Doktor der Philosophie der Universität Hamburg vom 17. September 1969:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich mich anderwärts noch keiner Doktorprüfung unterzogen oder mich um Zulassung zu einer Doktorprüfung bemüht habe.

Hamburg, den 25.03.2003

Klaus Lang