

Helmut Pauls und Michael Reicherts

**Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse
in der psycho-sozialen Fallarbeit**

Eine Arbeitshilfe
für Beratung, Soziale Arbeit, Sozio- und Psychotherapie

SCHRIFTENREIHE ZUR
PSYCHOSOZIALEN GESUNDHEIT

Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit

Band 14

**IPSG- Institut für Psycho-Soziale Gesundheit
Wissenschaftliche Einrichtung an der
Fachhochschule Coburg**

Herausgeber der *Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit* :

Prof. Dr. Helmut Pauls, Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Michael Reicherts, Universität Fribourg, Schweiz

Prof. Dr. Anton Schlittmaier, Berufsakademie Sachsen

**SCHRIFTENREIHE ZUR
PSYCHOSOZIALEN GESUNDHEIT**

Band 14

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Helmut Pauls und Michael Reicherts

Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit

Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit.

Eine Arbeitshilfe für Beratung, Soziale Arbeit, Sozio- und Psychotherapie

Coburg: IPSG 2010

ISBN 978-3-934247-32-1

Alle Rechte vorbehalten

© 2010 IPSG 2010

Herstellung: HS Coburg

ISBN 978-3-934247-32-1

IPSG - INSTITUT FÜR PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEIT

Gemeinnützige Gesellschaft mbH

Wissenschaftliche Einrichtung an der Hochschule Coburg - Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe - Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927;

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

Das IPSG ist eine gemeinnützige wissenschaftliche Einrichtung mit folgenden Aufgaben:
Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung von Angehörigen des psycho-sozialen Berufsfeldes
Anwendungsbezogene Weiterentwicklung psycho-sozialer Interventionsformen in Theorie und Praxis

Betrieb einer Einrichtung der Klinischen Sozialarbeit für Kinder, Jugendliche und Familien (IPSG-Zentrum für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe)

Kooperation mit Hochschulen, Bildungsträgern, Praxis-Institutionen und Fachverbänden

IPSG-Sekretariat und IPSG-Zentrum
für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe
Mönchswiesenweg 12 A
D-96479 Weitramsdorf-Weidach
Tel./Fax (09561) 33197
e-mail: sekretariat@ipsg.de

IPSG an der Hochschule Coburg
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Strasse 2
D-96450 Coburg
e-mail: pauls@hs-coburg.de

Die Autoren:

Prof. Dr. Michael Reicherts, Diplom-Betriebswirt, Diplom-Psychologe, Klinischer Psychologe, Professor für Psychologie Clinique an der Universität Fribourg/Schweiz.

Prof. Dr. Helmut Pauls, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Professor für Klinische Sozialarbeit, Handlungslehre der Sozialarbeit und Psychologie an der Hochschule Coburg, Leiter des Masterstudienganges Klinische Sozialarbeit.

Vorwort

In diesem Band der Schriftenreihe zur Psychosozialen Gesundheit entwickeln Helmut Pauls und Michael Reicherts das Konzept einer Zielerreichungsanalyse (ZEA). Das Konzept wird sehr differenziert dargelegt und durch viele Beispiele belegt. Ausgehend von der Forderung des empirischen Nachweises der Effektivität der eingesetzten beratenden, unterstützenden bzw. therapeutischen Maßnahmen durch die Kostenträger wird ein Modell vorgestellt, das einerseits eine exakte Messung von Ist- und Sollzustand realisiert, das andererseits aber nicht einem reinen Expertenmodell verpflichtet ist. Durch partizipative Elemente kann der Klient selbst im Diskurs mit dem Professionellen eine Einschätzung seiner Situation sowie den Grad der Zielerreichung vornehmen.

Die Autoren zeigen, dass aktuell auch humanistische und prozessorientierte Sichtweisen die Definition von Zielen sowie die Messung der Zielerreichung in ihr Selbstverständnis integriert haben. Damit hat sich die Situation im Vergleich zu den Gründerjahren humanistischer Ansätze durchaus gewandelt. Eine traditionelle, stark ethisch motivierte Ablehnung von Messverfahren ist einer reflektierten Integration gewichen.

Durch die subjektive Einschätzung, die die Zielerreichung durch die Klienten erfährt, ist deren Subjektstatus gewahrt. Gleichzeitig entfaltet das Konzept der Zielerreichungsanalyse therapeutische Potenz, indem es den Klienten motiviert, sich differenzierter mit seiner Situation auseinanderzusetzen, Ziele verschiedener Lebensdimension möglichst genau zu benennen und auch den Grad der eigenen Zielerreichung einzuschätzen.

Das Verfahren wird leicht verständlich dargestellt und damit für die eigene Praxis nachvollziehbar. Es soll zur Professionalisierung beitragen – gerade in Arbeitsbereichen, deren gesellschaftlicher Wert aufgrund fehlender Kriterien zur Feststellung des Erreichten oft nicht die angemessene Wertschätzung erfährt.

Prof. Dr. Anton Schittmaier

Inhalt

1. Zielsetzung und Relevanz des Verfahrens	3
2. Funktionen der Zielerreichungsanalyse	5
2.1. Psychologische Funktionen: Hoffnung, Aktivierung, Motivation, Commitment und Selbstverantwortung („hope-work“)	
2.2. Methodische und aufgabenorientierte Funktionen: Kooperation, Strukturierung und Antizipation	
3. Zielorientierung in verschiedenen Beratungs- und Therapieansätzen	6
4. Kontexte der Anwendung	8
4.1. Einzelfalldiagnostik, Interventionsplanung und Kontrakt	
4.2. Verlaufskontrolle, Evaluation und Qualitätssicherung	
4.3. Interventions- und Wirkungsforschung	
5. Zielbereiche und Arten von Zielen	13
6. Durchführung der ZEA	15
6.1. Kontrakt	
6.2. Erfassung und Gewichtung von Interventionszielen	
6.3. Gewichtung	
6.4. Bewertung der Zielerreichung	
6.5. Anzahl und Zeitabstand der Bewertungen (Messpunkte)	
6.6. Einbeziehung neuer Ziele und Zielgewichte	
7. Auswertung und Interpretation	19
7.1. Spezielle Veränderungsevaluation	
7.2. Globale Veränderungsevaluation	
7.3. Bewertung der Zielerreichung Behandler und/oder Dritte	
8. Beispiele zum Einsatz der ZEA in der psychosozialen Fallarbeit	21
8.1. Heilpädagogische Einrichtung	
8.2. Soziale Arbeit	
8.3. Kinderschutz	
8.4. Betreuung psychiatrischer Patienten	
8.5. Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement	
9. Literatur	26
11. Erhebungs- und Auswertungsmaterial	29

1. Zielsetzung und Relevanz des Verfahrens

Psycho-soziale Fallarbeit umfasst ein breites Spektrum von Interventionsformen, die von verschiedenen Disziplinen in unterschiedlichen Settings und mit unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und praktischen Methoden durchgeführt werden. Zu nennen sind

- *Psycho-soziale Beratung*, sie zielt auf Klärung von Konflikten, auf Ressourcenaktivierung sowie Problemlösungs- und Handlungshilfe. Sie wird von unterschiedlichen Professionen durchgeführt, insbesondere von Sozialarbeitern bzw. Klinischen Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen und Psychotherapeuten, aber auch Angehörigen von neuen Gesundheitsberufen wie Ergotherapeuten und Fachpflegekräften
- *Case- bzw. Fallmanagement, Einzelfallhilfe und Hilfeplanung* in personbezogener Unterstützung.
- *Soziale Therapie (bzw. Soziotherapie)* – insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Versorgung und der Rehabilitation. Sie ist nicht ausschließlich, aber primär ein Teilgebiet der Klinischen Sozialarbeit, der psychiatrischen Fachpflege, der Klinischen Psychologie und der Psychiatrie. Dazu gehören auch *Förderung und Training* psychosozialer Kompetenzen und von Grundfunktionen der Selbstständigkeit sowie *Begleitung und Betreuung*. Letztere umfasst eine Reihe von Interventionen und Handlungen, wie z.B. Unterstützen und Motivieren, in Alltagsfragen zur Seite stehen, bei persönlichen Problemen und bei Auseinandersetzungen mit Familienmitgliedern oder Mitbewohnern helfen. Die zur Sozialen Therapie und Beratung in besonderem Maße gehörenden *Netzwerkwerkinterventionen und sozialen Unterstützungsinterventionen* psycho-sozialer Fallarbeit sind besonders gekennzeichnet durch aufsuchende psycho-soziale Interventionen im Lebensfeld.
- *Krisenintervention* ist ebenfalls eine interdisziplinäre Aufgabe und umfasst sowohl personbezogene als auch umfeldbezogene Hilfen, die sich methodisch größtenteils der Mittel der Beratung, Psychotherapie, sozialen Unterstützung und Netzwerkarbeit bedient.
- *Psychotherapie* als weitere zentrale Grundform psycho-sozialer Behandlung ist nach den bundesdeutschen Regelungen bisher bei Erwachsenen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie vorbehalten, bei Kindern und Jugendlichen sind Sozialpädagogik und Pädagogik ebenfalls zugangsberechtigte Disziplinen. In der beruflichen Wirklichkeit in Deutschland sind psychotherapeutische Methoden im Rahmen von psycho-sozialer Beratung in vielfältigen Settings Bestandteil der (Klinischen) Sozialarbeit, insbesondere in Einrichtungen der Suchtbehandlung, ambulanten Beratungsstellen (z.B. Erziehungs-, Lebens-, Partner-, Familien- und Sexualberatungsstellen), sozialpsychiatrischen Diensten und psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken sowie Reha-Kliniken.

In wachsendem Ausmaß wird von Kostenträgern eine empirische Überprüfung der Effektivität der Fallarbeit in allen genannten Bereichen (zunehmend auch bei der großen Zahl der kommunalen Sozialen Dienste und der Jugendämter) eingefordert. Dazu werden *evidenzbasierte Verfahren* benötigt, die es erlauben, die Resultate der interdisziplinären und theoretisch wie methodisch hochgradig diversifizierten Fallarbeit praxisnah und konkret zu erfassen und zu bewerten. Hierbei ist die Erarbeitung von konkreten Veränderungszielen, die Erfassung und Steuerung des Prozesses der Zielerreichung im Verlaufe der Interventionen und die abschließende Evaluation von zentraler Bedeutung und unverzichtbar. Auf diesen Bedarf eines breiten Spektrums der Praxis der psycho-sozialen Fallarbeit antworten wir mit

dem hier vorgestellten Verfahren einer systematischen, interdisziplinär einsetzbaren und schulunenabhängigen Zielerreichungsanalyse (ZEA).

Eine Methode mit dem Namen "Goal Attainment Scaling" wurde erstmals von Kieresuk und Sherman (1968) publiziert. Seitdem ist hierzu eine grosse Zahl von Veröffentlichungen erschienen. Nach Green und Herget (1989) wurde GAS bereits bis zu diesem Zeitpunkt in mehr als 800 Settings (Einsatzgebieten) psychologischer Forschung eingesetzt. Zu der ursprünglichen Methode wurden Varianten vorgeschlagen, z.B. das Goal Attainment Rating Program von Ellis und Wilson (1973). Eine ähnliche, jedoch nicht davon abgeleitete Technik ist die von Shapiro und Mitarbeitern entwickelte Technik des "Personal Questionnaire" (Shapiro et al., 1975). Die hier vorgestellte Methode orientiert sich an der vereinfachten Vorgehensweise des Goal Attainment Scaling nach Romney (1976).

Wir haben die Vorgehensweise in den 1990er Jahren in einer Reihe von Einsatzgebieten entwickelt und erprobt: in der Therapie- und Beratungsausbildung, in der psychotherapeutischen Arbeit, in Beratungskontexten der Klinischen Sozialarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien (Jugendhilfe) und in einer heilpädagogischen Einrichtung. In einer evidenzbasierten Evaluationsstudie zur Gestalttherapie wurde sie schließlich auch in der Therapieforschung erfolgreich eingesetzt (Pauls & Reicherts 1999). Der Ansatz ist in der von uns vorgeschlagenen Adaptation als „Ziel-Erreichungs-Analyse (ZEA)“ auch in die Instrumenten-Batterie zur Gesprächspsychotherapie und Gesprächsführung (Pauls & Reicherts, 2001; in Tscheulin 2001) aufgenommen worden. In einer kürzlich erschienenen Veröffentlichung (Lutz, Fegert, Batelworth & Stiller, 2006) wurde eine ähnliche Version – dort neben individuellen Zielerarbeitungen auch kombiniert mit „standardisierten“ sozialen Kompetenzziele - in einer Untersuchung zur individuellen Erfassung pädagogischer Ziele in der Jugendhilfe erfolgreich eingesetzt. Andere Varianten schlagen vorformulierte Zielinventare mit Bereichen und Items vor (z.B. Braaten, 1989) oder akzentuieren stärker den Interventionscharakter der Methode (Ng, 1999, Ng & Tsang, 2002). So entwickelte Ng (1999) ein Zielerreichungs-Programm, das nicht nur diagnostische und evaluative Funktionen hat, sondern ausdrücklich schwer psychisch kranken Menschen die Formulierung realistischer Lebensziele ermöglichen soll (Ng & Tsang, 2002).

Zielbezogene Diagnostik in der psycho-sozialen Fallarbeit bemüht sich um die Erfassung konkreter Veränderungsziele und deren prozessbegleitende Analyse. Die Zielerreichungsanalyse ist ein Verfahren interventionsorientierter Diagnostik und der (Einzelfall-)Evaluation und Qualitätssicherung. Es ist prinzipiell ein partizipatives Verfahren, da die Dimensionen der Zielerreichung und Evaluation nicht vorgegeben, sondern kooperativ mit den Klienten erarbeitet und vereinbart werden. Die Einschätzung der Erreichung der qualitativen Ziele des Klienten erlaubt zugleich eine quantifizierende Abschätzung des prozentualen Grades der Zielerreichung. Dadurch eignet sich das Verfahren sowohl zur inhaltlichen Fundierung und Steuerung des Interventionsprozesses als auch zur (aggregierbaren) qualitativen und quantitativen Einzelfall-Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung und als Instrument der Forschung. D.h. die Zielerreichungsanalyse als Bestandteil der Veränderungsarbeit ist eine interventionsrelevante, erlebens- und verhaltensnahe Diagnostik, die andere diagnostische Verfahren sinnvoll ergänzt, wie z.B. die klassifikatorische Diagnostik oder die störungsorientierte Diagnostik (vgl. Tuschen 1996).¹

¹ In der klinischen Psychologie und Psychotherapie ermöglicht klassifikatorische Diagnostik (z. B. nach dem DSM oder ICD-10), die Symptome von Patienten einer Diagnose zuzuordnen (z. B. Alkoholismus; Bulimia
Die Zielerreichungsanalyse. © Copyright IPSG - Pauls & Reicherts 2010

Ein Verfahren interventions- und prozessbezogener Diagnostik wie die Zielerreichungsanalyse dient der adaptiven Indikationsstellung und ist Basis für die Verlaufskontrolle der Interventionen:

- Stimmt der Klient den Interventions- bzw. Beratungs- oder Therapiezielen zu?
- Profitiert er von der laufenden Intervention?
- Ist er mit Maßnahmen unzufrieden?
- Arbeitet er an der Klärung seiner Probleme?
- Vermeidet er die Konfrontation mit Problemaspekten oder Anforderungen?

Nur durch prozessdiagnostische Information erhält die Fachkraft Hinweise zur Wirkungskontrolle, zur Steuerung und Anpassung ihrer Interventionen und der Klient eine explizite Mitwirkungsmöglichkeit bei der Planung, Durchführung und Bewertung der Hilfe.

2. Funktionen und Prinzipien der Zielerreichungsanalyse

Die Funktionen von Zielerarbeitung und Zielerreichungsanalyse lassen sich auf zwei „Achsen“ beschreiben: zum einen im Hinblick auf ihre psychologischen Funktionen, zum zweiten im Hinblick auf methodische und sachlogische Funktionen.

2. Funktionen des der ZEA

2.1. Psychologische Funktionen: Hoffnung, Aktivierung, Motivation, Commitment und Selbstverantwortung („hope-work“)

Menschen handeln sinn- und zielorientiert, sie tun etwas, wenn sie dafür einen Grund sehen und ein Ziel vor Augen haben. Viele Klienten und Patienten mit Bedarf an psycho-sozialer Unterstützung, Beratung und Therapie erleben jedoch Hilflosigkeit und fühlen sich demoralisiert (Frank, 1961). In einem allgemeinen Sinne haben sie wichtige Qualitäten ihrer Lebensorientierung verloren: Gesundheit, Autonomie, Orientierung, ein Gefühl für persönliche Gestaltungskraft und Wirkung, Kontrolle über das eigene Leben. Ohne Ziele gibt es keine Hoffnung. Sie sind unverzichtbare Voraussetzung für aktives Tun, Leistung, Befriedigung und Erfolg, oder, wie Locke, Shaw, Saari und Latham (1981, 145) feststellen: „The beneficial effect of goal setting on task performance is one of the most robust and replicable findings in the psychological literature.“ Die Bestimmung von persönlich bedeutsamen Zielen stimuliert die Motivation des Klienten für die Arbeitsbeziehung, indem sie seine Wünsche, Ansprüche und Hoffnungen anspricht und indem sie mit Respekt und Anerkennung seine Kompetenzen, seine Selbstverantwortung und seine Mitarbeit ermöglicht. Der durch die Fachkraft in wertschätzender und einführender Weise geleitete Prozess der Zielfindung, Antizipation, Konkretisierung und Konsensbildung hat für Klienten Modellcharakter. Mit Interesse, Verbindlichkeit (commitment) und Kooperationsbereitschaft wird die persönliche Problematik und schwierige Lebenssituation des Klienten ernst genommen und untersucht und dabei aber transzendiert, indem in gemeinsamer Arbeit Ziele

nervosa; Borderline Störung) und damit eine Suchrichtung für wichtige störungsspezifische Behandlungsentscheidungen und Vorgehensweisen zu erhalten. Interventionsrelevante störungsorientierte Diagnostik basiert auf theoretischen Annahmen und Befunden zu einer spezifischen psychischen Störung nach dem neuesten Stand der Forschung (z. B. bei Angst- und Panikstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Zwangssyndrom etc.).

und Schritte zu ihrer Erreichung bestimmt werden. Dazu wird Bezug genommen auf Wünsche und Ansprüche, Kompetenzen, Zuversicht, Ressourcen und soziale Gelegenheiten. Das „Defizit“ oder „Problem“ wird dadurch zum Ausgangspunkt für die Bewußtwerdung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und zur Plattform für die Erfahrung der eigenen Stärken, für Verstehen, Handeln und Sinnerfahrung durch partizipative Beteiligung in einem salutogenetischen Veränderungsprozess (Antonovsky, 1997).

Ng (Ng, 1999) stellt ein Vier-Phasenmodell für die Anwendung seines Zielerreichungs-Programms vor, das nicht nur diagnostische und evaluative Funktionen hat, sondern ausdrücklich entwickelt wurde, um schwer psychisch kranken Menschen die Formulierung realistischer Lebensziele und damit Hoffnung zu ermöglichen (Ng & Tsang, 2002).

2.2 Methodische und aufgabenorientierte Funktionen: Kooperation, Strukturierung und Antizipation

Die funktionale Einbettung und Wirkungsweise der Methode der ZEA fördert insgesamt ein handlungsorientiertes Verständnis von veränderungsorientiertem Vorgehen, das den meisten Klienten unmittelbar einleuchtet. Dabei sind einige Aspekte besonders hervorzuheben:

-- Erarbeitung und kooperative Zielvereinbarung: Mit ihrem kooperativen Prozess zwischen Fachkraft und Klient zeigt die ZEA auf verschiedenen Ebenen in den Phasen des Interventionsprozesses hilfreiche Wirkungen. Grundsätzlich fördert sie, dass Klient und Helfer/Behandler sich auf wesentliche Zielsetzungen des Klienten konzentrieren, indem sie klare Vorgaben für das Vorgehen bereit stellt: es geht für beide um zu erarbeitende *Ziele*, die Entwicklung und Vereinbarung zielbezogener Vorgehensweisen (*Contracting*) und um die Verständigung über Kriterien zur *Bewertung* der Zielerreichung.

-- Strukturierung, Steuerung und Verlaufskontrolle: Das Verfahren gibt eine Struktur und einen Bezugsrahmen für die Interventionen, ohne die Wahl bestimmter Interventionsformen von vornherein einzuschränken und festzulegen. Sie erlaubt die einzelfallbezogene Steuerung, indem sie prozessbezogen das Machbare auslotet und immer wieder das Realistische und optimal Erreichbare fokussiert. Die in der ZEA festgelegten Ziele stellen auch ein Korrektiv für beide Seiten im Verlaufe der Maßnahme dar, indem immer wieder die Rückbindung an die vereinbarten Ziele und die Prüfung des Grades ihrer Erreichung eingefordert werden.

-- Antizipation: Die Erarbeitung von persönlich relevanten Zielen, die das Problemspektrum des Klienten repräsentieren und zugleich akzentuieren und strukturieren, bilden den Bezugspunkt für Erwartungen und den Entwurf (Planung) von Veränderungsschritten bzw. beraterischen und therapeutischen Strategien incl. des Beziehungsaufbaus. Dabei ist es für viele Klienten sehr bedeutsam, dass sie sich überhaupt mit einer realistischen Antizipation ihrer Ziele auseinandersetzen, indem sie sie konkretisieren. Dies ist bereits ein wichtiger Teil des Beratungs- und Interventionsprozesses, der schon zu Veränderungen bei Klienten führen kann. Auch in ihrer Standardanwendung ist die ZEA somit ein „reaktives Messverfahren“, und kann damit selbst gewisse verändernde - auch „therapeutische“ - Effekte haben, da sie „Metakompetenzen“ stimuliert, wie Problemlösen, oder die Fähigkeit selbst Ziele zu setzen, zu akzentuieren und zu verfolgen. Dabei ist dann natürlich auch die Beratungskompetenz bzw. das Geschick der Gesprächsführung der Fachkraft gefordert.

3. Zielorientierung in verschiedenen Beratungs- und Therapieansätzen

Die Bestimmung und Erreichung von Therapiezielen ist ein zentrales Thema in der Psychotherapie und Beratung. ZEA bietet sich nicht nur für verhaltenstherapeutische und kognitive Interventionsansätze an (wo sie schon zum Standardrepertoire gehört), sondern lässt sich ebenso gut in erlebensorientierte Therapieansätze integrieren, insbesondere solchen, die zielorientiert arbeiten, wie die zielorientierte Psychotherapie nach Sachse (1992) oder die prozessdirektive Psychotherapie nach Greenberg (1998; zum Überblick siehe Reicherts, 2005).

In der Verhaltenstherapie ist die Zielbestimmung und die Interventionsplanung hinsichtlich zielerreichender Schritte integraler Bestandteil der Verhaltensanalyse. So wurde auch die Zielerreichungsanalyse bisher ganz überwiegend in verhaltens- und kognitionstherapeutischen Studien verwendet. In den erfahrungs- bzw. erlebensorientierten Ansätzen von Psychotherapie und Beratung (Gesprächspsychotherapie und Gestaltpsychotherapie) wurde dagegen der Beziehungsprozess zwischen Therapeut und Patient zentral gestellt, nicht die Problemlösung und gezielte Veränderung konkreter (symptomatischer) Verhaltens- und Erlebensweisen. In seiner Persönlichkeitstheorie ist für Rogers (1987, 48) das menschliche Verhalten „... ein zielgerichteter Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach Aktualisierung in der wahrgenommenen Realität zu befriedigen.“ Er formulierte explizite positive Zielbeschreibungen insbesondere im Hinblick auf Ziele (a) der Selbstverwirklichung und (b) der Selbstakzeptanz:

- (a) Offenheit für Erfahrung, Vertrauen in den eigenen Organismus, interner Ort der Selbstbewertung und „im-Prozess-Sein“;
- (b) Aufgeben von Fassaden und des Bestrebens, Erwartungen anderer zu erfüllen und Ihnen gefallen zu wollen, hin zu Selbst-Steuerung, Zulassen eigener Komplexität, Selbstvertrauen und Akzeptanz anderer Personen (Rogers, 1961),

So ist die Analyse von positiven (Selbst-Entwicklungs-) Zielen, die der Patient/Klient in inkongruenter Weise anstrebt und für deren Erreichung er therapeutische Hilfe aufsucht, impliziter Bestandteil der klassischen gesprächstherapeutischen Konzeption. Nahezu tabu war jedoch lange Zeit bei beiden Ansätzen die explizite und systematische operationale Bestimmung von mittel- und langfristigen Veränderungszielen auf der Symptom- oder Problemebene. Das hat sich in neuerer Zeit geändert. In der Gesprächspsychotherapie wird heute sowohl eine präzise Diagnostik zwecks Ermöglichung fundierter Indikationsentscheidungen und differentieller Therapieplanung eingefordert (z. B. Swildens ..., Eckert ..., Tscheulin 1996, Speierer), als auch zielorientiertes Vorgehen in Bezug auf bestimmte Typen problematischer bzw. pathologischer Erlebensprozesse beschrieben (Sachse 1992, 1996). Auf der Basis der Analyse typischer Prozessschwierigkeiten von Klienten (wie z. B. ungünstige Problembearbeitungen oder Vermeidungsverhalten/-strategien) werden zielbezogene Handlungsmöglichkeiten des Gesprächspsychotherapeuten vorgeschlagen. Die ZEA (von Pauls & Reicherts, 2001) wurde in das Repertoire der Evaluationsinstrumente des „Würzburger Leitfadens (WLF) zur Verlauf- und erfolgskontrolle Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“ (Tscheulin, 2001) als „spezielles Verfahren“ aufgenommen. Tscheulin weist der Zielorientierung in der Personenzentrierten Beratung und Psychotherapie damit eine ausdrückliche Bedeutung zu und fordert nach dem dritten Gespräch „eine erste Zwischenanalyse zur Zielerreichung“, indem der Therapeut bzw. Berater „bisherige

Informationen hinsichtlich der Ziele, Zielumsetzung, Ausführung und Bewertung ordnet“ (ebd., 03/2),

In der Gestalttherapie war das explizite zielbezogene Arbeiten einerseits lange Zeit verpönt (Arbeit im „Hier und Jetzt“), andererseits jedoch immer schon Bestandteil des Vorgehens, allerdings beschränkt auf die einzelne Therapiesitzung oder darin ablaufende kürzere Therapieepisoden, die z. B. durch die Frage: „Woran wollen Sie heute arbeiten?“ eingeleitet wurden. Auch die sog. „Gestaltexperimente“ erfordern zwangsläufig ein zumindest implizit zielbezogenes Vorgehen, da diese therapeutischen Aufgaben vom Therapeuten in einer bestimmten Situation entwickelt und eingesetzt werden, um ein bestimmtes (Teil-)ziel zu erreichen (z. B. Steigerung der Awareness für eine körperliche Verspannung). Petzold betont die Notwendigkeit des integrativen Vorgehens einschliesslich Zielanalyse und zielorientierter Bewältigungshilfen in Therapie- und Beratungsprozessen (z. B. Petzold 1993, vgl. auch Rahm et al. 1994). Im diagnostischen Prozess hat für diese gestalttherapeutisch geprägte Schule die Therapiezielbestimmung einen wichtigen Stellenwert.

Von Osten (1995, 214) werden in diesem Zusammenhang folgende Zielarten und Ebenen unterschieden:

- Metaziele: Bewusstseinsförderung, Aufbau des Selbst- und Werteverständnisses, Förderung des Intersubjektivitätserlebens, Förderung der „Kokreativität“.
- Persönlichkeitsziele: Selbstwert, Emotionalität, Ich-Stärke, Prägnanz, Differenzierung und Identität, Stabilität der fünf Säulen der Identität, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Abgrenzung.
- Kontextbestimmte Ziele: Arbeitsfähigkeit, Abbau von Leistungsstörungen, soziale Integration, Förderung der Möglichkeiten zur Solidaritätserfahrung.
- Störungs- und krankheitsbestimmte Ziele: Verminderung von Spannung, Angst, Depression etc.

Weitere zentrale Zielbereiche lassen sich aus der aktuellen Emotionstheorie (Davidson, Scherer & Goldsmith, 2003) und aus der prozess-experientellen Psychotherapie (bzw. Emotion Focused Therapy) ableiten. So lässt sich mit dem Konzept der „Emotionalen Offenheit“ (Reichert, Genoud & Zimmermann, in Druck; Reichert, 2007) der Zielbereich „angemessener Emotionsverarbeitung“ bestimmen. Sie umfaßt mehrere Unterdimensionen, die als Teilziele angemessenen Erlebens und Verarbeitens von Emotion und Gefühl gelten können (Reichert, Pauls, Rossier & Haymoz, in Druck): die angemessene kognitive Repräsentation (Wahrnehmung, Unterscheidung von Gefühlen), die Ausdruck und Kommunikation von Emotionen gegenüber anderen, die Wahrnehmung der körperlichen Anteile und schließlich die Regulation von Emotionen selbst (siehe auch die sog. Stressbewältigung; Reichert & Perrez, 1993; Reichert, 1988). Im emotionsfokussierten Therapieansatz (Greenberg, 2001; Elliot et al., 2004) lassen sich ebenfalls zentrale Zielbereiche ableiten: Verstärkung der (1) Aufmerksamkeit und Symbolisierung emotionalen Erlebens sowie des (2) Ausdrucks von Emotionen; (3) Verbesserung der Emotionsregulation; (4) Reflexion und Sinnstiftung bezogen auf emotionale Erfahrungen, (5) Modifizieren problematischen Erlebens durch neue emotionale Erfahrungen und vor allem durch neue zwischenmenschliche Erfahrungen.

Auch in den tiefenpsychologischen Ansätzen finden sich Beispiele für eine stärker zielorientierte Arbeit, und wurden entsprechend positive Zielsystematiken formuliert. Braaten (1989) entwickelte auf der Basis von Daten einer klinischen Population und normalen Kontrollgruppen (insgesamt N=475 Personen) ein Instrument zur Einschätzung positiver

Zielannäherung, Die „Self-Development Project Check List-90 (SDPL-90)“: Braaten extrahierte fünf Faktoren: interpersonale Abhängigkeit (interpersonal dependency), interpersonale Intimität (interpersonal intimacy), soziale Selbstbehauptung (social assertiveness), Selbst-Individuation (self individuation) und Selbstakzeptanz (self-acceptance). Bei der Interpretation der Dimensionen bezieht er sich sowohl auf tiefenpsychologische Theorien (u.a. Mahler, Adler, Fromm) als auch auf erfahrungsorientierte bzw. „humanistische“ Ansätze (Rogers, Maslow, May, Jourard).

Dieser kurze Überblick zeigt die vielfältigen Anknüpfungspunkte und Verankerungen der Zielorientierung in psychologischen und psychosozialen Interventionen. Die Nutzung zielorientierter Arbeit ist ansatz- und methodenübergreifend.

4. Kontexte der Anwendung

Grundsätzlich läßt sich ohne Zielbezug keine Fallarbeit steuern (vgl. Rapp 1998). Die adaptiven Anpassungen und Korrekturen der Interventionsmaßnahmen sind immer in der Wahrnehmung von Abweichungen des Veränderungsprozesses von angestrebten kurz-, mittel oder langfristigen Zielen begründet. Sollen Klienten in partizipativer Weise in diese „Fallsteuerung“ einbezogen werden, so bietet sich die Zielerreichungsanalyse als dafür brauchbares Instrument an. Hervorzuheben sind die Funktionen der ZEA bei

- Einzelfalldiagnostik, Interventionsplanung, Arbeitskontrakt zwischen Klient und Fachkraft
- Fallkontrolle, Evaluation und Qualitätskontrolle
- Interventions- und Wirkungsforschung.

4.1 Einzelfalldiagnostik, Interventionsplanung und Kontrakt

Die Formulierung konkreter Veränderungsziele sollte in einem Bezugsrahmen wertschätzend-fördernder, ressourcen- und stärkenorientierter Arbeit geschehen. Hierzu haben Ng & Tsang (2002) ein Vier-Phasen-Modell vorgeschlagen. Die Phasen umfassen (1) Vermittlung persönlicher Wertschätzung (affirming personal worth) mit dem Ziel eine Beziehung zu entwickeln und die Stärken der Personen zu identifizieren. (2) Geht es um das Vorstellen/Imaginieren der Zukunft (imaging the future) mit dem Ziel, die Vorstellungsfähigkeit der Person nutzen, um Hoffnung zu wecken und ein von den bisherigen Mustern abweichendes, neues Denken zu fördern (install hope and facilitate divergent thinking). (3) Die anschließende Phase zielt auf den Aufbau eines Gefühls von Kontrolle (establishing a sense of control) mit dem Ziel, der Person zu ermöglichen, die Art der Aktivitäten, Erlebens- und Verhaltenweisen zu bestimmen, um die es gehen soll, um eigene Kontrollerfahrungen zu schaffen. (4) Anschließend erst werden Ziele entwickelt und formuliert (setting goals), um eine nichtbedrohliche Formulierung konkreter Veränderungsziele zu erreichen.

Damit hat ein solches Vorgehen nicht nur diagnostische Funktion, sondern ist zugleich ein methodisches Instrument zur Förderung des Beratungs-, Interventions- oder Therapieprozesses. Orlinsky et al. (1994) weisen darauf hin, dass eine Investition?? in diese für Klienten und Patienten wichtigen Fragen einen positiven Effekt auf den Erfolg hat, doch wird dieser Effekt von Beratern und Therapeuten grundsätzlich unterschätzt. Dabei gibt die ZEA eine Struktur und einen Bezugsrahmen für die Veränderungsarbeit vor, ohne die Wahl bestimmter Interventionsformen von vornherein einzuschränken und festzulegen. Die in der ZEA festgelegten Ziele stellen auch ein Korrektiv für beide Seiten - Klient und Fachkraft -

dar. Insgesamt liefern sie so ein Verständnis für das konkrete Vorgehen, das den meisten Klienten unmittelbar einleuchtet.

Initiierung, Stabilisierung und Integration von Veränderungen und Fortschritten der Person sowie Veränderungen in der psycho-sozialen Umgebung und der Situation gehören zentral zum Prozess psycho-sozialer Intervention. Die Ergebnisse der Veränderung beziehen sich einerseits auf die Effekte der Interventionen und der helfenden Beziehung *innerhalb* einer Sitzung oder eines Treffens (wie z.B. die Vorbereitung von Entscheidungen, die Entwicklung von Alternativen, die Vorbereitung der Bewertung, das Infragestellen/Hinterfragen problematischer Annahmen und Überzeugungen, Einsicht gewinnen, sich besser fühlen, Angst bewältigen etc). Andererseits sollen die Zielsetzungen natürlich auch im Lebensalltag der Klienten, also *außerhalb* der Treffen/Sitzungen/Gespräche mit der Fachkraft Wirkung entfalten. Veränderungsergebnisse wie Einsicht gewinnen und Verbesserung der Stimmung oder Erweiterung des sozialen Beziehungsnetzes sollten erst dann als wirkliche Erfolge gewertet werden, wenn sie fest in der Funktionsweise des Klienten verankert sind und vom Klienten in seinem Leben außerhalb der Beratungsbeziehung in verschiedenen Rollen und Situationen zuverlässig umgesetzt werden. Wichtig ist der in vielen empirischen Studien bestätigte Befund, dass die Veränderungsergebnisse im Sinne einzelner kleiner Fortschritte innerhalb der Beratungs- bzw. Therapiesituation eine gute Vorhersage für den Behandlungserfolg insgesamt sind. Da das Lebensumfeld von Klienten manchmal abwehrend gegenüber Veränderungen ist, ist es wichtig zu wissen, dass die kleinen Fortschritte, die Klienten/Patienten im Rahmen der helfenden Beziehung und der Beratungssituation erreichen, häufig durchaus robust sind (vgl. Orlinsky & Howard 1986, 1987).

Der Erarbeitung eines Arbeitskontraktes („contracting“) erfordert eine frühe gegenseitige Übereinkunft über Ziele und Zweck der Maßnahmen zwischen Klient und Fachkraft. Insofern ist die Zielformulierung ein unerlässlicher Bestandteil des Contracting. Andererseits ist ein Kontrakt auch vorbereitendes Element und Bestandteil jeder Form von Zielerreichungsanalyse. Der Kontrakt folgt aus den diagnostischen Abklärungen und beinhaltet eine klare Identifizierung von Problembereichen, spezifische Ziele für die gemeinsame Arbeit, ein Konzept für die Arbeitsschritte bzw. einen Veränderungsplan sowie eine Vereinbarung mit dem Klienten über die Art der Zielerreichungskontrolle.

Zentrales Prinzip ist die größtmögliche Einbeziehung des Klienten im Hinblick darauf, wie der Klient sein(e) Problem(e) erlebt, was er verändern will und welche Art von Hilfe er sucht. Dabei geht es jedoch auch darum, zu bestimmen welche Art von Hilfe er braucht, unabhängig davon, ob dies in der seiner Selbstwahrnehmung repräsentiert ist (vgl. Pauls, 2004).

Die Vereinbarung eines tragfähigen Beratungs- bzw. Behandlungskontraktes setzt eine Reihe grundlegender diagnostischer Abklärungen und Entscheidungen voraus. Wenn Klienten von sich aus weder Veränderung noch Hilfe suchen, wie es in der (Klinischen) Sozialarbeit häufiger vorkommt, ist die Fachkraft vor die Aufgabe gestellt, einen Kontakt und einen Veränderungswunsch zu provozieren, um überhaupt eine Basis für die Vereinbarung eines Kontraktes zu schaffen. Dies tritt häufig in Behandlungsinstitutionen für Kinder und Jugendliche auf, in beschützenden Einrichtungen, in psychiatrischen Kliniken und Institutionen für geistig behinderte und retardierte Menschen. Es ist ebenfalls eine häufige Erfahrung mit schwer zu motivierenden Familien („hard-to-reach families“), die immer wieder verschiedenartige Probleme präsentieren, z.B. in der Schule oder bei der Polizei. Wie weit beispielsweise ein Klinischer Sozialarbeiter in seinen aufsuchenden und Kontakt

provozierenden Bemühungen gehen soll, ist ein vielschichtiges Problem, denn die Frage impliziert ethische, störungs- und beziehungstheoretische sowie methodische Gesichtspunkte. Die ethische Entscheidung steht in einem Bezug zum Recht des Klienten auf seinen eigenen individuellen Lebensstil. Dennoch sind proaktive und nachgehend-aufsuchende Bemühungen oft insofern gerechtfertigt, als sie weiterreichende Möglichkeiten der Hilfe und Chancen eröffnen, die ein Klient ansonsten gar nicht in Betracht ziehen könnte. Allerdings darf darüber dann eben nicht die explizite Besprechung der möglichen, notwendigen und gewünschten Ziele und Vorgehensweisen, einschließlich der damit verbundenen Verpflichtungen seitens der Helfer und der Klienten, vernachlässigt werden.

4.2 Verlaufskontrolle, Evaluation und Qualitätssicherung

Evaluation als „Bewertung“ bzw. „Beurteilung“ des Erfolgs analysiert soziale Aktivitäten und zieht begründete Schlussfolgerungen über Ziele, Wirkungen, Leitungsfähigkeit und Angemessenheit der Interventionen und sozialen Aktionen (Ferenszkiewicz 1988; Attkinson, Hargreaves, Horowitz & Sorensen 1978). Ergebnisse von Evaluationen dienen der Neugestaltung der sozialen und materiellen Umwelt und der Verbesserung der Lebensführung der von den Interventionen betroffenen Personen. Eine Evaluation sollte darum valide Informationen über

- Zweck-Mittel-Beziehungen (interventions“technische“ Informationen),
- begründete Bewertungen der Nützlichkeit (pragmatische Informationen) und der
- Rechtfertigungsfähigkeit (praktische Informationen) der Maßnahmen und
- der sie bestimmenden Normen und Ziele im Hinblick auf die Veränderung der realen gesellschaftlichen und sozialen Lebenslagen der Betroffenen erzeugen (Kordez, 1984)

Die Soziale Arbeit und andere in der psycho-sozialen Beratung tätige Professionen sind zunehmend zur qualitativen und quantitativen Evaluation der Fortschritte der Problemlösungen, Zielerreichungen und Veränderungen verpflichtet. Es ist deshalb sehr bedeutsam, dass die Ergebnisse der Hilfemaßnahmen bzw. Interventionen erfasst, dokumentiert und bewertet werden. Manchmal kann eine solche Evaluation mit objektiven Kriterien durchgeführt werden, manchmal nur mit „subjektiven“. Häufig werden beide Arten mit- bzw. nebeneinander auftreten. Grundsätzlich bewährt sich für die Evaluation immer die Erfassung einer Baseline in Bezug auf die angezielten Veränderungspunkte vor der Intervention, so dass am Ende ein Vergleich durchgeführt werden kann, der tatsächlich den Effekt der Intervention einschätzbar macht. Konkretheit und Spezifität der Kriterien, wo möglich auch Zählbarkeit der eine Veränderung bzw. Zielerreichung anzeigenden Merkmale, ist anzustreben.

Ein Konzept das zunehmend auch in sozialarbeiterischen Interventionskontexten an Bedeutung gewinnt (Wendt 2005) und in dem die Zielerreichungsanalyse eine wichtige Rolle spielt, ist die evidenzbasierte Praxis („evidence“ = Nachweis bzw. Beweis). Sie stützt sich auf empirische gesicherte Konzepte und Theorien und umfaßt Interventionen, die in kontrollierten empirischen Studien überprüft wurden. In der Sozialen Arbeit beinhaltet evidenzbasierte Praxis Vorgehensweisen, die individuelle Klienten / Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten über sozialarbeiterische Praxis zu versorgen. Ein verwandter Begriff ist die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung („Evidence-Based Health Care“), bei der die Prinzipien der „evidenzbasierten Medizin“ auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, einschließlich Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems, angewandt werden. Eine Strategie evidenzbasierter Arbeit lässt sich in folgenden

Schritten skizzieren:

1. Formulierung einer präzisen Frage zum Vorgehen in der Behandlung eines bestimmten Problems bei der psycho-sozialen Fallarbeit (Problem- und Zielanalyse),
2. Suche nach vorhandenen Antworten auf diese Frage in extern erreichbaren Fach-Wissensbeständen (Fachliteratur, Forschungsergebnissen),
3. Einschätzung der so erhaltenen Antworten bzw. erreichbaren Ergebnisse, inwieweit sie für das fragliche Vorgehen valide, verlässlich, nützlich und anwendbar sind,
4. Beurteilung der spezifischen Situation des konkreten Klienten unter Einbeziehung der erweiterten Fachkenntnisse, Auswahl der Interventionsmethoden und Formulierung eines Interventionsplans, der sich nach geprüften Wissensstand und nach aller Erfahrung (best evidence) im jeweiligen Einzelfall als angemessen empfiehlt,
5. Evaluation der Ergebnisse individueller Problembehandlung (Zielerreichungsanalyse).

Im Rahmen von Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung kann die ZEA als regelmäßig eingesetztes Evaluationsinstrument somit in verschiedenen Zusammenhängen (z.B. im Rahmen einer Beratungsstelle oder einer stationären Einrichtung) wertvolle Informationen liefern, insbesondere, wenn sie mit einer entsprechenden Basisdokumentation verknüpft wird.

4.3 Interventions- und Wirkungsforschung

Interventionsforschung, insbesondere die Wirkungsforschung in der Psychotherapie, der Beratung sowie der Soziotherapie benötigt Informationen, wie sie Zielerreichungsanalysen bereitstellen. So sind Veränderungswerte, die in Zielerreichungsanalysen gewonnen wurden, auch in die meta-analytischen Therapiestudien von Grawe und Mitarbeitern eingegangen (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Diese Daten konnten so ebenfalls zu den bedeutenden Wirkungsnachweisen von psychotherapeutischen Gruppenstudien beitragen.

Von besonderer Bedeutung ist die Zielerreichungsanalyse in der Einzelfallforschung (single-subject design), die für die klinische Forschung in der Praxis in doppelter Hinsicht von grundlegender Bedeutung ist, denn sie stellt die kleinste mögliche Forschungseinheit dar. Das single-subject design oder die (deskriptive??) Einzelfallanalyse ist ein planvolles Verfahren, bei dem durch systematische Variation der unabhängigen Variable (einer bestimmten Intervention) und Konstanthaltung anderer Bedingungen, die Veränderungen der abhängigen Variable (z.B. Veränderungen im Verhalten oder Veränderungen in sozialen Beziehungen) im zeitlichen Verlauf über mehrere Messzeitpunkte erfasst werden (vgl. Fichter 1996, 61). Gegenstand der Untersuchung ist eine einzelne Einheit, in der Regel ein Individuum, aber es kann auch ein Paar, eine Familie, eine Gruppe, eine Gemeinde oder eine Organisation sein.

Die grundlegenden Schritte der Anwendung eines Einzelfalldesigns (single-subject design) bedürfen in der Praxis vorausschauender Planung, da die oft sehr spezielle Beziehung zwischen psycho-sozialer Fachkraft und Klient die Messprozeduren verkomplizieren kann. Es sollten folgende Regeln beachtet werden:

- (1) Operationalisiere auf der Basis gemeinsamer Aushandlungen mit dem Klienten die zu verändernden Zielverhaltensweisen (target behaviour, die abhängigen Variablen).
- (2) Entscheide, wie diese Zielverhaltensweisen erfasst (gemessen) werden - lege die Häufigkeit, die Dauer, den Umfang fest. Dabei kann die Datenquelle variieren: Selbst-Berichte, direkte Verhaltensbeobachtungen, Interviews etc.. Lege fest, wer die Erfassung / Messung /

Beobachtung durchführt (Klient, Fachkraft, Familienmitglied oder mehrere). Beachte dabei, dass die Objektivität der Messung wichtig ist. Beachte auch, dass potenzielle beobachtbare Indikatoren des Problems positiv oder negativ sein können. Die Messungen / Beobachtungen sollten reliabel und valide sein. Beachte eine mögliche Reaktivität² der Beobachtung / Messung.

- (3) Wähle die Intervention aus (die unabhängige Variable) und operationalisiere sie;
- (4) Führe die “baseline-Phase” durch. Sichere bzw. erhöhe die interne Validität, indem das Design für die Baseline genug Messpunkte (Häufigkeit der Zielverhaltensweisen) vorsieht. Damit kann ein stabiler Trend des in Frage stehenden Verhaltens erfasst werden, der dann die Basis bildet für den Vergleich der Werte vor und nach der Intervention.
- (5) Nutze bei der Datenanalyse verschiedene Möglichkeiten: prüfe zunächst (nur) die visuellen graphischen Verlaufsmuster und stelle “visuelle Auffälligkeiten” nach Augenschein fest, z.B. einen deutlichen Ausschlag der Kurve. Wende wenn möglich geeignete statistische Verfahren an und prüfe die statistische Signifikanz bzw. die Wahrscheinlichkeit, dass die Unterschiede in den Daten vor und nach der Intervention nicht zufällig aufgetreten sind. Wichtig ist auch die klinische oder praktische Signifikanz: geht die Veränderung im Zielverhalten auch wirklich mit einer substanziellen Veränderung des Klienten bzw. in seiner Lebenssituation einher?
- (6) Sichere bzw. verbessere die externe Validität des single-subject design durch die Replikation von Ergebnissen mittels der Aggregation von Einzelfällen. Nutze dieses Design außerdem dafür, spezielle außergewöhnliche Fälle zu untersuchen, die nicht für Gruppenvergleiche geeignet sind. Weiterhin können vielversprechende neue Interventionen untersucht werden, bevor man experimentelle Gruppendesigns durchführt.

Das konkrete Vorgehen kann nach ganz unterschiedlichen Untersuchungsplänen geschehen. Beispielsweise wird in einem Einzelfallversuchsplan im Sinne des A-B-A-Designs nach Kazdin (1994) zunächst das Verhalten des Klienten (möglichst mehrmals) vor der Intervention („Baseline“) und später kontinuierlich über die Periode der Intervention hinweg erfasst und dokumentiert. Dies kann beispielsweise durch Beobachtung, verschiedene Testverfahren, Berichte des Klienten selbst oder Berichte von Bezugspersonen etc. geschehen. Hierfür ist auch das Instrument der Zielerreichungsanalyse hervorragend geeignet. Die Datenerhebung wird zu Beginn und dann im Verlauf der Maßnahme mehrfach durchgeführt – je nach Setting u.U. sogar täglich oder mehrmals pro Woche. Das regelmäßige Erfassen dieser Daten erlaubt es, das Muster und die Stabilität des Verhaltens (z.B. die Frequenz oder das Ausmaß von bestimmten sozialen Aktivitäten, den Gebrauch von Substanzen oder Angstsymptomen) vor der Intervention / Behandlung (A) und dann im Verlaufe zu untersuchen (B).

- Die anfängliche Phase der Erfassung, die auch als „Baseline“ (A) bezeichnet wird, enthält Informationen über das Ausmaß des Klientenverhaltens oder über Parameter der Klientensituation vor der Intervention. Die Baseline dient dazu, die bestehende Ausprägung des Problemverhaltens zu beschreiben und für die unmittelbare Zukunft vorauszusagen.

² Der Prozess der Messung selbst kann die Daten beeinflussen, z. B. im Sinne der sozialen Erwünschtheit, wenn der Klient versucht, der Fachkraft zu gefallen und die zu erfassenden Verhaltensweisen verändert, z.B. negativ bewertete Verhaltensweisen negiert.

- Als nächstes wird die Intervention eingeführt und als Phase oder Periode (B), in der andere Bedingungen als während der Baseline wirken, im Datenmaterial ausgewiesen. So können die Ausprägungen des Verhaltens nach Einführung der Intervention im Vergleich mit dem Baseline-Verhalten ausgewertet werden.
- Ist die Interventionsphase beendet, wird das Verhalten erneut wie während Baseline erfasst (A).

Insbesondere die Evaluation der laufenden Intervention oder das Feedback für Fachkraft und Klienten bezüglich der erzielten Fortschritte gehören zu den besten Optionen des single-subject-designs. Leider ist in Deutschland festzustellen, dass das Einzelfall-Design bislang in der Sozialen Arbeit wenig verwendet wird – im Gegensatz zu den USA, wo das „single-subject design“ in der psycho-sozialen Fallarbeit des clinical social work eine Standardmethode ist.

Das *multiple Baseline-Design* hat wichtige Entsprechungen mit der – mehrdimensionalen - Zielerreichungsanalyse. In seiner klassischen Form, bei der Therapie-Evaluation, werden mehrere Zielverhaltensweisen (Problemverhalten) bestimmt, die Gegenstand spezifischer und meist zeitversetzter Interventionen sind. Das multiple Baselin-Design sieht regelmässige Messungen zielrelevanter Indikatoren (Verhaltenshäufigkeiten, Ereignisse, tägliche Einschätzungen) vor. Dabei gilt es zu zeigen, dass spezifische Interventionen, die eine nach der anderen realisiert werden, die Zielvariablen spezifisch (d.h. zeitversetzt) beeinflussen.

Beispiel: Bei einer Person mit schweren Schlafstörungen wird nach der Ausgangs-Baseline zunächst der Kontext des Einschlafens erfasst und bearbeitet.

Zielbereich 1; Stimuluskontrolle: Eine erste Intervention kann auf möglichst zeitgerechtes, regelmässiges Zu-Bett-Gehen gerichtet sein; das Bett wird von ablenkenden Gegenständen befreit, z.B. Lektüre, Süßigkeiten, Zeitschriften. Diese Interventionen zielen auf klarere Strukturen beim Einschlafen und sollen das Einschlafen begünstigen (Stimulus-Steuerung). Zielbereich 2 betrifft den körperlichen Ruhe- bzw. Entspannungszustand, der dem Einschlafen möglichst vorausgehen soll: Die Interventionen umfassen Entspannungsübungen mit progressiver Muskelrelaxation, um körperliche Entspannung und Ruhe vorzubereiten und eine gewisse "Bettschwere" zu erzielen. (gemessen mit einer subjektiven Skala des Spannungs-Entspannungszustandes (1-10). Zielbereich 3 betrifft negative Emotionen, Kognitionen, Ruminationen und kognitiv-affektive Teufelskreiselemente, die das Einschlafen und Wiedereinschlafen behindern können. Alle drei Bereiche werden bei der Zielbestimmung explizit mit berücksichtigt und von Anfang an mit erfasst (Baseline).

Im multiplen Baseline-Design werden die Interventionen sodann in mehreren Etappen zeitversetzt, gemäss den verschiedenen Zielbereichen mit dem Klienten bzw. Patienten realisiert: nach der Baselinephase ohne Intervention zunächst die Strukturbedingungen des Einschlafens (Bereich 1), dann, nachdem ein relative störungsfreier Kontext des Zubettgehens und eine gewisse Normalisierung des Einschlafens erreicht wurden (unter einer halben Stunde), z.B. nach 2 Wochen, wird mit dem Entspannungstraining, der Phase 2, begonnen. Nach (erfolgreicher) Integration der Entspannung in die Schlafvorbereitung, bspw. nach 4 Wochen werden mit kognitiven Techniken (Analyse automatischer Gedanken und Restrukturierung) oder emotionsfokussierenden Methoden (z.B. Klientenzentrierte Gesprächsführung) die störenden Gefühle, Gedanken und Ruminationen bearbeitet und modifiziert. Die Erfassung der Verhaltens- bzw. Symptomausprägungen sollte zeitversetzt

spezifische Wirkungen der drei Interventionen aufzeigen. Parallel dazu können die Veränderungen in den weiteren Messungen der Zielerreichung aufgezeigt werden. Durch Protokollierung der Parameter und ihrer Veränderungen z.B. täglich, morgens nach dem Aufwachen, werden Verlaufsdaten für die drei Zielbereiche generiert, die dann mit den ZEA-Veränderungen in Verbindung gebracht bzw. dabei auch eingehen können.

5. Zielbereiche und Arten von Zielen

Jedes Ziel sollte auf den Klienten bezogen und relevant sein, es sollte auf konkrete Situationen, Verhaltens- und Erlebensweisen gerichtet sein, es sollte durch Kriterien seiner Erreichung (möglichst qualitativ und quantitativ) beschrieben sein und schließlich handlungsleitende Funktion haben können.

Psycho-soziale Fallarbeit, Beratung und Psychotherapie haben es mit einem breiten Spektrum an Problemtypen und damit auch potenziellen Zielsetzungen. Die zu erarbeitenden Zielsetzungen können sich beziehen auf

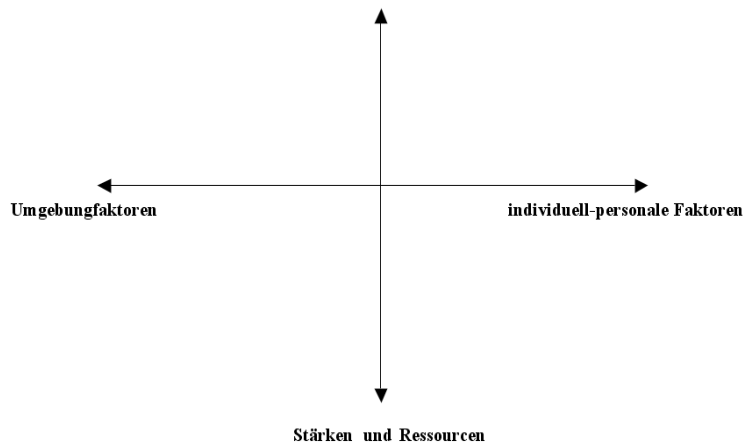
- (a) Problem- bzw. Defizitziele,
- (b) Ressourcenziele,
- (c) Individualziele,
- (d) Umgebungs- bzw. Beziehungs- und Netzwerkziele.

Dabei stehen sich Defizit- und Ressourcenziele gegenüber, ebenso Individualziele den umgebungsbezogenen Zielen (vgl. Schema; Pauls, 2004, 215 f.). Beispielsweise ist es für einen alkoholgefährdeten Langzeitarbeitslosen im Rahmen einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme wichtig, personbezogene Beratungsgespräche zu erhalten und aktive Unterstützung bei der Vermittlung einer Praktikumsstelle bzw. eines neuen Arbeitsplatzes einschließlich Qualifizierungshilfe anzunehmen. Dies wird insbesondere bei der Entwicklung konkreter Handlungsschritte und Unterziele zentral

Ressourcenziele betreffen (weiter) zu entwickelnde Ressourcen der Person (Handlungsmöglichkeiten, soziales Netzwerk, etc.). Wie die Untersuchung von Lutz et al. (2006) zeigt, können in Abhebung von Defizit- und Problemzielen auch Kompetenzziele formuliert werden, die (weiter) zu entwickelnde Fähigkeiten beschreiben. Zu den Kompetenzzielen bei Jugendlichen haben die Autoren mittels Expertenurteilen auch einen standardisierten Katalog von 8 Zielen entwickelt, der in der Untersuchung verwendet wurde.

Koordinaten psychosozialer Behandlung

Stressoren/Belastungen, Defizite, Behinderungen



Inhaltlich lassen eine Reihe positiv bestimmter Zielbereiche aufführen: Entlastung; Förderung der Orientierungs-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit; Förderung der Beziehungsfähigkeit; Förderung der Selbständigkeit; Nutzung sozialer Unterstützung; Einbindung in soziale Strukturen; Verbesserung von Basiskompetenzen im Alltagsleben; Verbesserung der Compliance (Mitwirkung).

In einer umfangreichen Studie zur Arbeit mit Jugendlichen (N=547) haben Lutz et al. (2006) über Expertenbefragungen acht Kompetenzziele ermittelt, die den Jugendlichen vorgegeben wurden und hinsichtlich der Zielerreichung bewertet wurden: Autonomie, Integration in Peer-Gruppe, Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Sich an Regeln halten, Verhalten in der Schule und Zukunftsperspektive. Diese standardisierten Ziele konnten durch individuelle Zielsetzungen ergänzt werden. Eine nachträgliche Gruppierung dieser individuellen Zielvereinbarungen ergab weitere 19 Zielbereiche, wie z.B. Stressmanagement, Gesundheitsverhalten, Körperhygiene, Herkunftsfamilienbeziehung, Konzentrationsfähigkeit, Suchtmittelgebrauch, Sprache u.a.m.. Eine generelle Schwierigkeit bestand für die Fachpersonen und Jugendlichen darin, gemeinsam „Ressourcenziele“ zu formulieren, um Ressourcen weiter auszubauen.

Differenzierte Ziele im Bereich Sozialer Unterstützung schlagen Richman, Rosenfeld und Hardy (1993) vor.

6. Durchführung der ZEA

6.1 Kontrakt

Die ZEA kann nur gut funktionieren, wenn sie in einen fachlich angemessenen Prozess der interventionsorientierten Diagnostik und Kontrakterarbeitung mit dem Klienten eingebettet wird (Cournoyer, 1996, 247 ff.). Im Rahmen der gemeinsamen Entwicklung eines Arbeitskontraktes erfolgt die Spezifizierung der einzelnen Problemstellungen für die Veränderungsarbeit. Dies erfordert sowohl die Reflexion aus der Sicht des Klienten als auch die Formulierung der Problematik aus der Sicht der Fachkraft. Erst dann kann die Erarbeitung von operationalen Zielen als Basis für einen Arbeits-, Interventions-/Hilfe- bzw. Behandlungsplan, die Festlegung von Handlungsschritten erfolgen.

Die Reflexion von Problemen aus der Sicht der Klienten ist eine Basisfertigkeit der Gesprächsführung. Kommuniziert wird, dass man ihn/sie und sein/ihr Anliegen ernst nimmt und versteht. Es ist somit eine Form des aktiven Zuhörens. Neben der Sicht des Klienten ist es sinnvoll, oft notwendig, dass die Fachkraft Problembereiche identifiziert, die der Klient selbst nicht formuliert. Manchmal ist es in klinisch-sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern - insbesondere in psychiatrischen Kontexten - wichtig, dass sie sogar eine primäre Verantwortung für die Problem- und Zieldefinition übernehmen muss, z.B. wenn es sich um eine lebensbedrohliche Situation handelt (bei Suizidalität, psychotischen Anzeichen, schwerer Intoxikation) oder bei mangelnder Motivation oder Compliance (Mitwirkung) von Klienten (z.B. bei „Zwangskontexten“ wie gerichtlichen Auflagen, Konfrontation mit Kindesmissbrauch). Aber auch wenn die Situation weder lebensbedrohlich noch unfreiwillig ist, ist es wichtig, eine Sicht der Problematik zu formulieren, die auch in der professionellen Kenntnis von möglichen Zusammenhängen und Bedingungen gründet. Ist beispielsweise ein Klient häufig müde, hat er Schwierigkeiten ein- oder auch durchzuschlafen, leidet er unter Appetitverlust, verliert er das Interesse an eigentlich erfreulichen Aktivitäten und reduziert er sein soziales Engagement, sollte die klinische Fachkraft spezifische Klärungsfragen einbringen (bspw. ob der Klient einen Verlust betrauert, körperlich krank ist oder möglicherweise klinisch depressiv). Ein mögliches Format könnte sein: „Als wir über Sie und Ihre Situation gesprochen haben, habe ich mich gefragt, ob evtl. ..._. Was denken Sie? Ist das ein Problem, dass wir ebenfalls beachten sollten?“

Die Spezifizierung der Probleme für die Veränderungsarbeit erfolgt so in Form einer „ausgehandelten Übereinkunft“. Die spezifizierten Probleme werden aus den Problemangaben des Klienten und denjenigen der Fachkraft entwickelt, bzw. einem Kompromiss aus beiden. Sie bilden einen Leitfaden für die folgende präzise Zielbestimmung im Rahmen unseres Verfahrens. Zur Vorbereitung dieses Schrittes sollten die spezifischen Problembereiche klar und konkret formuliert werden. Denn hierauf beruht letztlich der Kontrakt über den primären Fokus der gemeinsamen Bemühungen. Das Format könnte sein: „Ich denke wir stimmen jetzt überein über die Probleme, die wir in unserer Zusammenarbeit angehen wollen. Wir wollen sie uns nochmals anschauen und ich werde sie aufschreiben, so dass wir auch später darauf zurückkommen können.“

6.2 Erfassung und Gewichtung von Interventionszielen

Vorbemerkung

Ziele sollten grundsätzlich in Form von Fertigkeiten formuliert und in klaren und spezifischen Begriffen definiert werden; z.B. ist „nicht mehr zu dick sein“ nicht brauchbar, auch „Abnehmen“ ist eine zu vage Beschreibung; „ein Gewicht von 70 Kilogramm erreichen und dieses Gewicht über sechs Monate hinweg aufrechterhalten“ ist eine Definition, die zugleich klar, spezifisch und überprüfbar ist. Es ist wichtig, dass Kriterien für Erfolg und Misserfolg sowohl von der Fachkraft als auch vom Klienten verstanden werden. „Sich besser fühlen“ ist beispielsweise in dieser Hinsicht ebenfalls zu unklar; „sich besser zu fühlen im Sinne von mindestens sieben Stunden pro Nacht durchschlafen an mindestens fünf Nächten pro Woche“ hingegen gibt eine operationale Zielbeschreibung.

Man kann den Prozess der Zielformulierung praktischer Weise in drei Unterschritte unterteilen: (1) Ermutigung zur Zielformulierung. „In spezifischen Begriffen: wie oder wodurch oder woran werden Sie erkennen, wenn das Problem ... wirklich gelöst ist?“ (2) Reflexion eines Zieles. „In Ihrer Sicht ist ein Ziel unserer Arbeit“ (3) Mitteilen der eigenen Sichtweise des Zieles. „Ich frage mich, ob es für Sie Sinn machen würde, auch ... als ein Ziel unserer Arbeit zu bezeichnen?“ (siehe auch Cournoyer, 1996)

Schritt 1: Auflistung der relevanten Problembereiche

Zunächst wird eine *Liste der wichtigsten Problembereiche* (Beschwerden, Sorgen) erstellt, die durch die Behandlung verändert werden sollen. Dabei kann auf Ergebnisse der Eingangsdagnostik, von der Anamnese, Exploration und Problemanalyse zurückgegriffen werden. Aus Gründen der Überschaubarkeit empfiehlt es sich, nicht mehr als fünf Probleme auszuwählen. Doch sollten es mindestens zwei sein, damit ggf. differentielle Veränderungen sichtbar werden können. Die Fachkraft achtet darauf, dass die benannten Probleme für die Problematik des Klienten repräsentativ sind und verschiedene Facetten wiedergeben. Die ausgewählten Probleme erhalten eine griffige Bezeichnung (z.B. "Selbstabwertung").

Die Auswahl orientiert sich an den Bedürfnissen des Klienten und wird gemeinsam mit ihm durchgeführt. Problembereiche und Ziele können aber auch, wie bei Kindern oder bei Menschen mit geistiger Behinderung, vom Behandler oder anderen Personen bestimmt werden.

Schritt 2, Bestimmung des Zielzustandes durch Indikatoren

Für jeden Problembereich wird ein Zielzustand bestimmt, in dem die Verminderung, Überwindung oder Lösung des Problems zum Ausdruck kommt (z.B. „Sich selbst akzeptieren können“). Hierfür werden Indikatoren der Zielerreichung gesucht und festgelegt. Sie sollten präzise formuliert sein und objektiv beschrieben werden, so dass sie jederzeit von dem Klienten (und soweit möglich von einem Beobachter) beurteilt werden können. Indikatoren sind konkrete Erlebens- oder Verhaltensweisen in konkreten Situationen (z.B. Angst oder Vermeidungsverhalten gegenüber bestimmten Personen). Sie werden durch ihre Häufigkeit und/oder Intensität präzisiert und ergeben die Kriterien der Zielerreichung.

Der (realistische) optimale Zielzustand ist in hohem Maße erwünscht und kann - nach fachlichen Erfahrungswerten - unter günstigen Bedingungen bei dem betreffenden Klienten erwartet werden. Bei Ermittlung des optimalen Zielzustandes sollte darauf geachtet werden, dass bestimmte Klienten ein zu hohes oder zu niedriges Anspruchsniveau zeigen. Dann muss die Durchführungsstrategie modifiziert werden: ggf. kann sogar die realistische Veränderung des Anspruchsniveaus eines Klienten/Patienten selbst zu einem Teilziel werden.

- Für die konkrete Durchführung bedeutet dies, dass zunächst der Klient aufgefordert wird, seine Vorstellung von dem optimalen Zielzustand zu schildern.
- Die Fachkraft kann vorschlagen, diese Vorgabe „nach oben“ oder „nach unten“ zu korrigieren.
- Wenn Klient und Fachkraft schließlich übereinstimmen, wird der optimale Zielzustand anhand der Indikatoren und Kriterien der Zielerreichung endgültig festgelegt und im Erhebungsbogen eingetragen.

Der optimale Zielzustand kann sowohl durch Negativ-Kriterien (z.B. Verminderung bestimmter Symptome) als auch durch Positiv-Kriterien (z.B. Aufbau von Fähigkeiten) beschrieben werden. Bei den personbezogenen Zielen sind die Zielkategorien des Erlebens, des Verhaltens, und des Entscheidens zu unterscheiden.

Schritt 3: Beschreibung und schriftliche Dokumentation des gegenwärtigen Zustandes bzw. der gegenwärtigen Situation

Anschließend wird der gegenwärtige Zustand (zu Beginn der Intervention) anhand der gleichen Indikatoren genau beschrieben und im Erhebungsbogen eingetragen. Der gegenwärtige und der optimale Zustand bilden die Ankerpunkte der Skala, mit der die Zielerreichung bewertet wird (siehe unten). Dabei sollte nicht nur die Soll-Ist-Diskrepanz gut deutlich werden, sondern auch die Tatsache dass zwischen dem gegenwärtigen Zustand und dem optimalen Zielzustand Abstufungen der Zielerreichung liegen.

6.3 Gewichtung

Die ausgearbeiteten Ziele werden anschließend nach ihrer subjektiven Bedeutung für den Klienten gewichtet. Die Gewichtung dient dazu, Fortschritte nicht nur in ihrem Ausmaß (durch ihre Annäherung an die Ziele, sondern auch in ihrer Relevanz (zu Maßnahme bzw. Interventionsbeginn) sichtbar zu machen. Dafür stehen 100 Gewichtungspunkte (Gewichtprozente) zur Verfügung, die gemäß der Bedeutung der Ziele verteilt werden. Sie werden im Erhebungsbogen eingetragen.

- Beispiel: Geht es um zwei Ziele, die gleichermaßen bedeutsam sind, erhält jedes 50 Prozentpunkte; dominiert eines der Ziele deutlich, wird es z.B. mit 70 und das andere mit 30 Prozentpunkten gewichtet (oder $67=2/3$ vs $33=1/3$ usf.)

6.4 Bewertung der Zielerreichung

Wenn Ziele konkretisiert, gewichtet und im Formblatt dokumentiert sind, geht es um die weitere Aktivierung des Klienten. Dazu müssen Fachkraft und Klient besprechen, wer einbezogen wird und wer oder was Ansatzpunkte für die Veränderung sein sollen. Dabei ist zu differenzieren zwischen den Aufgaben des Klienten und ggf. weiterer einbezogener Personen und den Aufgaben der Fachkraft. Klientenaufgaben sind Handlungsschritte, die Klienten in den Zwischenzeiten zwischen den Treffen bzw. Sitzungen und innerhalb der Beratungsgespräche ausführen. Berateraufgaben bestehen in den Handlungen und Aktivitäten, die die Fachkraft innerhalb der Sitzungen und in den Intervallen dazwischen auszuführen hat. Zur Identifizierung von Ansatzpunkten für konkrete Handlungsschritte schlägt Cournoyer folgende Fragen vor (ebd., 271): „Was wird ein Anzeichen dafür sein, dass Sie einen ersten Schritt in Richtung der Zielerreichung in Bezug auf dieses Ziel gemacht haben?“ Die nahe und unmittelbare Zukunft wird in den Fokus der Aufmerksamkeit des

Klienten gebracht. Möglich ist auch der Einsatz von Vorstellungen oder Imagination einer Situation, in der der Klient erste Fortschritte gemacht hat. Diese Zeichen geben oft wertvolle Hinweise auf spezifische Handlungsschritte die auf dem Weg zur Zielerreichung durchlaufen werden müssen. Mögliches Format: „Der erste (oder der nächste) Schritt, den Sie (oder ich oder wir) tun wollen ist Sie (oder ich oder wir) werden diese Aufgabe bis zum ... (Eintrag des Datums) erfüllen und darüber bei unserer nächsten Sitzung sprechen.“

Die konkrete Evaluation der Zielerreichung mit dem vorliegenden Verfahren besteht in einer meist von Klient/Patient und Fachkraft gemeinsam durchgeführten Bewertung des aktuellen Zustandes im Vergleich zur anfänglichen Situation. D.h. Veränderungen werden immer im Hinblick auf den optimalen Zielzustand bewertet, so wie er anfänglich definiert wurde. Es wird also beurteilt, was sich seit Interventionsbeginn (bzw. der ersten Messung!) und *nicht*, was sich seit der letzten Messung verändert hat. Der Zielerreichungsanalyse liegen demnach Kriterien zugrunde, die über die Zeit konstant bleiben.

Die Zielerreichung wird auf einer Skala von 0% (entsprechend dem Ausgangszustand) bis 100% (entsprechend dem optimalen Zielzustand) bewertet. Mit den drei Zwischenstufen umfasst die Skala folgende fünf Stufen:

- 100% vollständig (optimal) gebessert
- 75% deutlich (ziemlich) gebessert
- 50% mäßig (spürbar) gebessert
- 25% leicht (ein wenig) gebessert
- 0% unverändert
- (-) verschlechtert

Zwischenwerte sind zulässig (z.B. 10% oder 33%). Null- und Endpunkt sind durch den Ausgangszustand bzw. den optimalen Zielzustand festgelegt. Unter Umständen ist es nützlich, auch die Zwischenstufen durch Kriterien (operational) zu definieren, insbesondere die Stufe mittlerer Zielerreichung („mäßig“ bzw. „spürbar“ gebessert).

Die Bewertungen werden direkt in den Erhebungsbogen eingetragen. Der Skala unterliegt ein Raster mit Zwischenstufen. Die erste Bewertung findet im Anschluss an die Entwicklung und Gewichtung der Veränderungsziele statt. Instruktionsgemäß entspricht diese Bewertung dem zuvor definierten Ausgangszustand; d.h. der Klient bewertet die Veränderung mit 0 („keine Besserung“).

Verschlechterungen

Bei psycho-sozialen bzw. psychologischen Interventionen kann es - meist vorübergehend - zu Verschlechterungen kommen. Dafür soll jedoch bewusst keine visuelle Skala « nach unten » vorgegeben werden, denn dieser Skalenbereich wird in der Regel sehr wenig benötigt und würde daher in der graphischen Skala überbetont werden. Daher begnügt man sich in der graphischen Darstellung - unabhängig vom Ausmaß der Verschlechterung - mit der untersten Linie. Es ist jedoch sinnvoll, das relative Ausmaß einer Verschlechterung analog der

positiven Skala zu bestimmen und zu in der Tabelle einzutragen: eine leichte Verschlechterung mit -25%, eine spürbare Verschlechterung mit -50%; eine starke Verschlechterung würde mit -75% bewertet und eine extreme gegebenenfalls mit -100%. Diese Werte können werden dann in die Tabelle eingetragen. Diese negativen Zielerreichungswerte werden dann mit dem zugehörigen Zielgewicht multipliziert und bei den entsprechenden Veränderungsindikatoren (z.B. GVI) abgezogen werden.

6.5 Anzahl und Zeitabstand der Bewertungen (Messpunkte)

Die Zielerreichungsanalyse sieht mindestens zwei Bewertungen vor: Zu Beginn und am Ende der Intervention. Es wird empfohlen, die Erstmessung in der zweiten oder dritten Sitzung, die Endmessung in der vorletzten Sitzung vorzunehmen. Im Extremfall, wie einer Krisenintervention oder einer kurzen Beratung, liegen die beiden Messungen nur wenige Kontakte/Sitzungen auseinander.

Anzahl und Zeitabstände der Messungen hängen von der Art der Intervention und der Anwendungsform der Zielerreichungsanalyse ab. Im Rahmen globaler Entscheidungen zur Interventionsplanung und -evaluation (z.B. zum Übergang von Kurzzeit- und Langzeitinterventionen, z.B. bei psychotherapeutischer oder soziotherapeutischer Arbeit) bietet sich eine Messung um die 15. Sitzung und eine weitere um die 35. Sitzung an. Wird die Zielerreichungsanalyse als Instrument zur Prozess- und Verlaufsevaluation eingesetzt, können die Veränderungsziele auch regelmäßig, z.B. im Wochen- oder Monatsrhythmus oder nach jeder Sitzung bewertet werden. Für adaptive Indikationsentscheidungen und Behandlungsprogramme wird eine Bewertung nach Abschluss eines Behandlungselementes vorgenommen. Eine Bewertung sollte jedoch i.d.R. nicht öfter als einmal pro Woche durchgeführt werden. Für katamnestische Erhebungen bzw. Follow-up-Untersuchungen empfehlen sich die üblichen Katamnesezeiträume von 1, 6 und 12 Monaten.

Die Ergebnisse eines jeden Bewertungsdurchgangs sollten mit dem Klienten besprochen werden. Die vertiefende Besprechung kann zu neuen Beratungs- bzw. Behandlungsthemen führen. Auf jeden Fall ist zu klären, ob der Klient mit besonders deutlichen oder besonders geringen Verbesserungsangaben etwas anderes ausdrücken möchte.

6.6 Einbeziehung neuer Ziele im Verlauf

Bei wiederholter Anwendung ist es möglich, dass Klient oder Fachkraft das Bedürfnis haben, die ursprünglichen Ziele durch neue zu ergänzen (oder ggf. neu zu definieren oder neu zu gewichten). Im Verlaufe einer Maßnahme können neue Veränderungsziele auftauchen. Sei es aus dem Grund, dass ein Klient vorher nicht in der Lage war, bestimmte Zielbereiche zu beachten und zu reflektieren, sei es, dass sich die Lebenssituation oder die Prognose verändert hat. In diesem Fall sollte das neue Ziel in gleicher Weise bestimmt, gewichtet und seine Erreichung im weiteren Verlaufe der Intervention kontrolliert werden.

Eine weitere Komplizierung kann entstehen, wenn sich im Verlaufe der Fallarbeit die Gewichtung eines Zieles verändert, es also in Relation zu anderen Zielen als bedeutsamer oder weniger bedeutsam eingeschätzt wird. In diesem Fall müssen die Gewichtungen aller Ziele neu bestimmt werden, da sie ja in der Summe 100% ausmachen.

Solche Veränderungen sollten mit Zurückhaltung angewendet werden. Auf jeden Fall ist die ursprüngliche Zielerreichungsanalyse (mit dem entsprechenden Erhebungsbogen) fortzuführen (ggf. kann ein zweiter Bogen hinzugefügt werden).

7. Auswertung und Interpretation

Da die Bewertungen auf der Veränderungsskala direkt in dem Erhebungsbogen (bzw. einer Kopie) eingetragen werden, lassen sich Veränderungen bei einem Ziel unmittelbar ablesen. Werden mehrere Messungen vorgenommen, sind die Verläufe sichtbar.

7.1 Spezielle Veränderungsevaluation

Bei jeder Messung wird ein Veränderungsindex bestimmt, indem der Skalenwert der Zielerreichung mit dem entsprechenden Zielgewicht multipliziert wird. Der Veränderungsindex gibt *gewichtete* Veränderungen an, wodurch starke Verbesserungen eines wichtigen Zieles und geringe Verbesserungen eines hoch bedeutsamen Zieles gegeneinander relativiert werden. Er wird nach folgender Formel berechnet und im Erhebungsbogen eingetragen:

$$\text{Veränderungsindex} = \frac{\text{Veränderung in \%}}{100} \times \frac{\text{Zielgewicht in \%}}{100}$$

Beispiel: 50% Verbesserung bei einem Ziel mit 30% Zielgewicht ergibt einen Veränderungsindex von 0.5 multipliziert mit 0.3 (0,5 x 0,3 = 0.15).

Die Auswertung wird mit dem Klienten besprochen. Fachkraft und Klient nehmen zu Verbesserungen - und Verschlechterungen - Stellung. Generell ist es wichtig, dabei die Fortschritte zu betonen, auch kleinere Verbesserungen in weniger wichtigen Zielbereichen. Zum Maßnahme bzw. Interventionsende wird die Zielerreichungsanalyse in die Bilanz, die gemeinsam mit dem oder den Klienten gezogen wird, einbezogen.

Will man die (Zwischen-)Ergebnisse als Feedback und Element der weiteren Veränderungsarbeit mit dem Klienten nutzen, empfiehlt es sich bei Auswertungen im Interventionsverlauf (Zwischenmessungen) „reaktiv“ vorzugehen: Es werden nicht nur mögliche Ursachen (Therapieeffekte, Veränderungen im Umfeld des Klienten etc.), sondern auch mögliche Konsequenzen für die weitere beraterische bzw. unterstützende oder therapeutische Arbeit erkundet, nicht zuletzt der Beitrag, den der Klient selbst (innerhalb und außerhalb der Beratungssitzungen) dazu leisten kann. Dies gilt in besonderem Maße bei Verschlechterungen.

Die gemeinsame Interpretation von Stagnationen oder Verschlechterungen im Rahmen der ZEA bietet die Möglichkeit, mit dem Klienten zu klären, ob er damit eventuell noch etwas anderes - auf der Beziehungsebene - ausdrücken möchte (z.B. Widerstand, Enttäuschung etc.).

Bei der Interpretation des Veränderungsindex ist die Interventionsdauer (ggf. auch Art oder Intensität der Intervention) zu beachten. Natürlich hängt sie auch vom Schweregrad der Störung bzw. der Änderungsresistenz ab. Die Interpretation ist stets auf den individuellen Fall zu beziehen und im Hinblick auf die Interventionen (und die Arbeitsbeziehung) zu betrachten.

7. 2 Globale Veränderungsevaluation

Indem man die Veränderungsindizes der verschiedenen Ziele pro Messpunkt addiert, erhält man einen Gesamtindex der Veränderung (Gesamt-Besserungsrate; „overall improvement score“ nach Romney). Er drückt Ausmaß und Relevanz der Zielerreichung in den klientenspezifischen Problembereichen zusammenfassend in einem globalen Wert aus. Er kann ebenfalls im Erhebungsbogen eingetragen werden. Analog der Veränderungsskala ist ein Gesamtindex der Verbesserung am Ende der Intervention in Höhe von

- 0.25 oder kleiner als „gering“ zu bezeichnen,
- im Bereich von 0.25 bis 0.50 als „akzeptabel“,
- zwischen 0.50 und 0.75 als „gut“ oder „überdurchschnittlich“ und
- über 0.75 als „ausgezeichnet“.

Durchführungsvarianten

Hier ist es sinnvoll, verschiedene Durchführungsvarianten zu unterscheiden.

- eine Klientenversion der Durchführung zwecks interventionsbezogener Diagnostik und transparenter kooperativer Evaluation,
- eine Expertenversion zwecks Evaluation zur Qualitätssicherung
- und ggf. eine anonymisierte Institutionenversion zur Fall-aggregierenden Qualitätssicherung.

Bewertungen im Beratungs-, Therapie oder Interventionsverlauf sollten aber nicht nur in quantitativer Weise interpretiert werden. Hier interessiert vielmehr im Sinne der speziellen, auch qualitativen Veränderungsevaluation, ob es überhaupt zu Verbesserungen kommt und in welchem Bereich, bzw. ob eine bestimmte Interventionsstrategie Erfolg zeigt.

Bei drei oder mehr Messungen können Veränderungen zwischen den Zielen miteinander verglichen werden. Treten Verbesserungen gleichzeitig und im gleichen Maße, oder zeitversetzt und in unterschiedlichem Maße auf? Haben sich die Veränderungen stabilisiert? Wird die Zielerreichungsanalyse zur Verlaufsuntersuchung eingesetzt, lassen sich diese Fragen meist relativ gut beantworten. Wenn nicht, ist dies im Auswertungsgespräch zu klären.

Die Bewertung der Messung zum Ende der Intervention- bzw. Maßnahme kann auch im Hinblick auf differentielle Interventionseffekte untersucht werden. Bei einer Anwendung der Zielerreichungsanalyse als Evaluationsinstrument z.B. im Rahmen der Qualitätssicherung, sind Rückkoppelungen für die Praxis vorzusehen. Auf jeden Fall sollte schon interventionsbegleitend, zumindest aber nach Abschluss der Intervention nach Konsequenzen gesucht werden: Gibt es differentielle Effekte? Spezifische Interventionswirkungen? Konsequenzen für die Indikationsstellung? Konsequenzen für die Qualitätssicherung?

7.3 Bewertung der Zielerreichung durch Fachkraft und/oder Dritte

Eine Variante der Durchführung der ZEA folgt den Schritten der Standarddurchführung, doch nimmt die Fachkraft - unabhängig vom Klienten - ebenfalls eine Bewertung der Zielerreichung vor. Sie bezieht sich auf die gleichen Ziele bzw. angestrebten optimalen Zielzustände des Klienten, die anhand möglichst konkreter und überprüfbarer Kriterien beschrieben wurden. Damit liegt eine zweite Bewertung vor, die auf analoge Weise ausgewertet und interpretiert werden kann. Der Vorteil ist die Möglichkeit eines Vergleichs zwischen den beiden Perspektiven, ein zweites Urteil, das in der klinischen Evaluation ebenfalls von großer Bedeutung ist.

Eine weitere Variante besteht in der Bewertung der Zielerreichung durch einen Dritten, z.B. einen externen klinischen Experten, oder eine Bezugsperson des Klienten (z.B. Lehrer, Eltern, Partner). Zielerreichung und Kriterien können durch Dritte nicht nur beurteilt werden, sondern es ist möglich mit ihnen ggf. auch den ganzen Prozess der Zielbestimmung durchzuführen, auch unabhängig vom Klienten.

Durch die Einbeziehung Dritter können weitere Datenquellen einbezogen werden, die sich auf externe Beobachtung (z.B. im Alltagsleben) oder auf klinische Erfahrung gründen können.

8. Beispiele zum Einsatz der ZEA in der psychosozialen Fallarbeit

8.1 Heilpädagogische Einrichtung

Das Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (IPSG) an der Fachhochschule Coburg unterhält eine Heilpädagogisch-Therapeutische Ambulanz (HPTA), die heilpädagogischen und klinisch-sozialarbeiterischen Maßnahmen für Kinder in einem umfassenden Behandlungskonzept (IPSG; Pauls, 2002) anbietet. Seit Beginn der Einrichtung im Jahr 2002 bis Ende 2005 wurden insgesamt 26 Kinder betreut. Ihre Diagnosen sind massive Störungen des Sozialverhaltens, wie oppositionelles und aggressives Verhalten, extremer sozialer Rückzug oder Anpassungsstörungen nach belastenden Lebensereignissen. Das Störungsbild umfaßt z.T. deutliche psychische Beeinträchtigungen und Entwicklungsblockaden, mit risikoreicher Lebensführung und in schwieriger, konfliktreicher Familienatmosphäre.

Mit den Kindern arbeiteten als Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit zwei Diplomsozialpädagogen (FH), eine Diplompsychologin (alle mit Zusatzausbildungen in Beratungs- bzw. Therapieverfahren), eine Lehrerin und Praktikanten der Sozialarbeit der Fachhochschule Coburg.

Von zwölf der Kinder, die eine länger dauernde Intervention erhalten haben, konnten die Daten einbezogen werden. Neben der ZEA wurde die Gesamtauffälligkeit im Vergleich zu Gleichaltrigen erfaßt (Child Behavior Checklist/4-18; CBCL)³ und eine Bewertung der schulischen Leistungen (Durchschnittsnote, den Schulzeugnissen entnommen); zu Beginn der Maßnahme zudem eine Bewertung der psychosozialen Belastungssituation (nach DSM-III-R) sowie eine Bewertung der Entwicklung des psychosozialen Funktionsniveaus (nach ICD-10).

Die Ausgangswerte der Gesamtauffälligkeit in der CBCL/4-18 (ein systematisches Inventar von 120 Items von Verhaltensauffälligkeiten, beurteilt durch die Eltern) waren bei allen

³T. M. Achenbach 1991 und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist
Die Zielerreichungsanalyse. © Copyright IPSG - Pauls & Reicherts 2010

Kindern klinisch auffällig, d.h. über dem kritischen Wert von $T=63$. Bei 8 der 12 Kinder lagen die Werte sogar über $T=70$. Vier der 12 Kinder wiesen nach Beendigung der Maßnahme einen unauffälligen Wert auf. Nach DSM-III-R zeigt die Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren zu Beginn der HPTA bei sechs Kindern eine mittlere bis schwere Belastung in der unmittelbaren Umgebung oder im persönlichen Erleben des Kindes, bei vier Kindern eine leichte Belastung und nur bei einem Kind keinen Belastungsfaktor. Die Schulleistungen wurden erfaßt über den Mittelwert der Zeugnisnoten in den Kernfächern. Die Ausgangswerte lagen im Mittel bei 3.58. Bei den letzten Noten vor Beendigung der Maßnahme lagen die Werte bei 3.17; sieben der 12 Kinder haben sich zum Teil deutlich verbessert, bei vier blieben die Leistungen gleich, und nur bei einem Kind haben sie sich verschlechtert.

Die globale Beurteilung der psychischen, sozialen und schulischen Leistungsfähigkeit der Kinder mit dem psychosozialen Funktionsniveaus nach ICD-10 zu Beginn und am Ende der Maßnahme ergab folgendes Bild: bei 8 Kindern (73%) zeigte sich eine Verbesserung und nur bei 3 Kindern war keine Verbesserung zu beobachten. Die Skalenwerte lagen zu Beginn zwischen 3 und 5, was einer ernsthaften Beeinträchtigung in mindestens 3 Bereichen bzw. einer ernsthaften Beeinträchtigung in den meisten Bereichen entspricht. Drei der stärker beeinträchtigten Kinder konnten sich nicht verbessern.

Zielerreichungsanalyse (ZEA; Pauls & Reicherts, 2001). Nach Abschluss der Anamnese und noch während des Aufbaus der therapeutischen bzw. heilpädagogischen Arbeitsbeziehung mit dem Kind, wurden für jedes Kind individuell therapeutische Prozeßziele formuliert, die Grundlage einer kontinuierlichen Bewertung der Zielerreichung im Interventionsprozeß waren. Die beobachteten und gewichteten Veränderungen in den einzelnen Zielbereichen ergaben den zum jeweiligen Messzeitpunkt erreichten Gesamtveränderungsindex (GVI).

Der Gesamtveränderungs-Index lag im Mittel bei .34 was einer akzeptablen Gesamtveränderung entspricht. Bei drei Kindern war eine deutliche Gesamtveränderung im Sinne der Zielannäherung zu beobachten. Der GVI ist bei weiteren drei Kindern als akzeptabel einzuschätzen, bei sechs Kindern war lediglich eine geringe Zielannäherung zu beobachten. Zu beobachten ist eine Korrelation des Zuwachses des GVI mit der Verweildauer in der HPTA. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Beeinträchtigungen der Kinder und der Tatsache, dass drei von ihnen weniger als ein Jahr von den komplexen Interventionen profitieren konnten, sind die mit der ZEA beobachteten Veränderungen als ausgesprochen konstruktiv zu beurteilen.

Die formulierten Ziele haben sich in den meisten Fällen als konstruktiv, angemessen und interventionsleitend erwiesen.

8.2 Soziale Arbeit

In einem Jugendamt wurde die ZEA in Verbindung mit einem sog. „Hilfeplanverfahren“ eingesetzt. Anna, eine Jugendliche im Alter von 15 Jahren, die wegen massiver Ängste nicht mehr zur Schule ging, wurde mit einer komplexen Diagnose stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht. Die Diagnose ging nach ICD aus von einer emotional instabilen Persönlichkeit, verbunden mit einer Anpassungsstörung mit Ängsten und erhöhter narzißtischer Kränkbarkeit, sowie einer Rechtschreibstörung, bei normaler Intelligenz und erhöhten psychosozialen Belastungsfaktoren (Trennungsfamilie).

Die Interventionsempfehlung sah eine Unterbringung in einer lerntherapeutischen Einrichtung mit integrierter Beschulung und psychotherapeutischem Angebot auf Realschulniveau, mit Rechtschreibtraining vor. Probewohnen in einer geeigneten Alternativ-einrichtung wurde ins Auge gefasst.

In Zusammenarbeit mit A. wurde ihre komplexe Problematik im Rahmen der ZEA (nach Pauls & Reicherts, 2001) auf drei Bereiche konzentriert: regelmäßiger Schulbesuch, Integration in Internat und dem sozialen Umfeld der Klasse sowie Beginn und regelmäßige Teilnahme an einer Psychotherapie. Die Zielformulierungen für die drei Bereiche, die gleichmäßig gewichtet wurden, zeigt nachfolgende Tabelle (aus Gründen der Darstellung folgt sie hier nicht dem Originalraster der ZEA). Zu Beginn der stationären Maßnahme, sowie nach 3 und 6 Monaten sollte die Zielerreichung überprüft werden.

Die Evaluation nach drei Monaten zeigte eine deutliche Verbesserung im Zielbereich 1 „regelmässiger Schulbesuch“ (75%), eine leichte Besserung im Bereich 2 „Integration in Internat und Schulklasse“ (25%) und eine spürbare Besserung im Bereich „Psychotherapie“ (75%) Der GVI beträgt somit .50 und die Zielerreichung insgesamt ist als „gut“ zu bezeichnen.

	Zielbereich 1: regelmäßiger Schulbesuch	Zielbereich 2: Integration in Internat und Schulklasse	Zielbereich 3: Regelmäßige Teilnahme an einer Psychotherapie
Unverändert 0%	Anna verweigert den Schulbesuch	Anna ist ein Einzelgänger, hat keine Kontakte zu den anderen Mädchen	Anna hat keine Therapie begonnen
Leicht gebessert +25%	Anna geht nur selten zur Schule, weniger als 50%	Anna verhält sich in der Gruppe sehr zurückhaltend	Anna beginnt wiederholt die probatorischen Sitzungen
Spürbar gebessert + 50%	Anna lernt in der Schule, verlässt aber oft die Klasse in die Schulstation, sie erhält teilweise Einzelunterricht	Anna hat begonnen, zu einem Mädchen eine Freundschaftsbeziehung aufzubauen. In der Gruppe verhält sie sich zurückhaltend.	Anna hat eine Therapeutin gefunden und eine Psychotherapie begonnen.
Deutlich gebessert + 75%	Anna nimmt regelmäßig am Unterricht teil und verlässt nur sehr selten (wenige Stunden pro Woche) die Klasse.	Anna hat zu drei Mädchen Beziehungen aufgebaut und vertritt ihre Meinung auch in der Gruppe.	Anna geht regelmäßig zur Psychotherapie und beginnt, sich vorsichtig auf die Therapeutin einzulassen.
Vollständig (optimal) gebessert + 100%	Anna nimmt regelmäßig am Unterricht teil und verbessert durch den Nachhilfeunterricht in Deutsch ihre Rechtschreibung.	Anna hat Kontakte zu praktisch allen Mädchen und nimmt aktiv an den gemeinsamen Abendaktivitäten teil. Sie vertritt ihre Meinung konstruktiv.	Anna bearbeitet regelmäßig die Alltagsprobleme in der Therapie; sie bittet die Therapeutin in Konflikten um Unterstützung und kann das Erlernte auch konstruktiv umsetzen.

Nach 6 Monaten waren im Bereich 1 Schwierigkeiten aufgetreten, da Anna wegen Ängsten nicht mehr den Klassenraum betreten konnte; sie löste aber regelmäßig Aufgaben, die ihr zum Ausgleich gestellt wurden; die Zielerreichung lag so bei einer – im Vergleich zur Ausgangssituation – nur leichten Besserung (25%). Im Bereich 2 war die Integration in die Klasse etwas ausgeprägter; da A. aber versuchte, zu einem Mädchen eine nicht erwiderte

Freundschaftsbeziehung aufzubauen, kam es zu kritischen Situationen, auch in der Klasse; zudem begann sie mit erhöhtem Alkoholkonsum; die „Fallmanagerin“ bewertete diese Veränderung mit 0%, während A. sich 25% zubilligte. Im Bereich 3 hatte A. inzwischen eine sehr gute Arbeitsbeziehung und regelmäßige therapeutische Sitzungen etablieren können, so dass sie nun, trotz einer sich verstärkenden Borderline-Problematik, eine deutliche Verbesserung (75%) erzielte. Insgesamt lag der GVI nun bei .33 (nach Einschätzung der Fallmanagerin) und bei .41 nach Einschätzung der Klientin.

Trotz eines problematischen weiteren Verlaufes bildete die ZEA – auch nach Einschätzung der Fachkraft – eine sehr wichtige Arbeitsgrundlage für das Fallmanagement. Sie erlaubte eine differenziertes Angehen des Veränderungsprozesses, anzustrebender Bereiche und das Sichtbarmachen eines differentiellen Änderungsverlaufs, gekennzeichnet durch Fortschritte, doch auch durch Krisen und „Rückschläge“, die man spezifisch in den Zielbereichen abbilden kann.

8.3 Kinderschutz

In der Arbeit mit einer gewaltgefährdeten 16jährigen Jugendlichen wurden folgende Ziele definiert: „Fremdunterbringung“, „Nicht mehr nach Hause müssen“, „Alleine leben“ und „Ruhe haben“. Die Bewertung der Zielerreichung ergab eine gelungene Fremdunterbringung (Hauptziel wurde erreicht). Da der Beratungsprozess weiter lief, bildete der Zielbereich „Alleine leben“ Chance und Herausforderung zur weiteren konkreten partizipativen Zielentwicklung, wie Vorschläge entwickeln: Was bedeutet alleine leben? WIE will sie alleine leben? Wäre es sinnvoll, einen neuen, unabhängigeren Blick auf die eigenen Familie / die eigene Mutter zu werfen (Einsatz von Genogramm); ein Ansatzpunkt zur Entwicklung von „Selbstständigkeitszielen“ und Vermeidung von Wiederholungen. Mit einer anderen Kollegin wurden die Fallunterlagen neu analysiert, um zu einer gemeinsamen Zielanalyse mit der Klientin zu kommen, die über die aktuelle Begleitung hinausgeht.

Eine 16 jährige Klientin weist eine durch „Haltlosigkeit“ und Dissozialität gekennzeichnete Familiengeschichte auf. Aktuell geht es um die Verweigerung des Schulbesuches und sexuelle Gefährdung (Frage des sexuellen Missbrauches durch ältere Männer seit dem 10. Lebensjahr), bei vorliegender Lernbehinderung und Intelligenzminderung. Die Zielbestimmung wurde als Verhandlungsprozess angelegt („was kriege ich wenn ...“). Bei der Zielerarbeitung wurden hoch erwünschte Ziele der Klientin (betreutes Wohnen und Zusammensein mit dem Freund) gekoppelt mit weniger erwünschten / derzeit aversiven Zielen (regelmäßiger Schulbesuch). Es wurden Auflagen definiert, verknüpft mit der Konsequenz einer – hoch aversiven – Unterbringung bei Mißerfolg. Die in der ZEA beschriebenen Ziele wurden gekoppelt mit gestuften Handlungsschritten und Belohnungssystem.

8.4 Betreuung psychiatrischer Patienten

In der Arbeit mit einer schizophrenen Patientin, im Rahmen gemeindenaher Psychiatrie, erwies sich die Partizipation an der Zielentwicklung als große Herausforderung: Es wurden auch „merkwürdige“ Zielformulierungen angenommen. Dann wurde auf expertengestützte Zielbestimmungen umgeschaltet, und die ZEA wurde als Instrument in einem „Einzel-falldesign“ eingesetzt. Zum Beispiel wurden die Ziele der Patientin „Wut kontrollieren“ und

„mehr Freunde“/„besser Zusammenleben“ sowie „weniger Nebenwirkungen der Medikamente“ verknüpft mit „regelmäßige und kontrollierte Einnahme der Medikamente“. Ergebnis: je konsequenter die Medikamenteneinnahme war, um so besser waren die Sozialbeziehungen und um so seltener die unkontrollierten Wutausbrüche (baseline „A“= 22 Wochen; Intervention „B“ = 20 Wochen). Dieser Zusammenhang war vorher nicht erkannt worden. Ein positiver Nebeneffekt stellte sich dadurch ein, dass sich durch die regelmäßige Medikamenteneinnahme unter Aufsicht der Fachkraft eine bessere Tagesstrukturierung entwickelte.

8.5 Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement

Das Beschäftigungsorientierte Fallmanagement ist ein spezielles Dienstleistungsangebot für arbeitslose Menschen, die schwer vermittelbar sind. Meist bestehen sog. multiple Problemlagen bzw. Vermittlungshemmnisse, die über rein arbeitsmarktbedingte Hemmnisse hinausgehen. Kennzeichnend sind vielfältige Probleme und unzureichende Ressourcen, wie fehlende Qualifikation, mangelnde Sprachkenntnisse, fehlende Betreuungsplätze, familiäre Schwierigkeiten, Schulden, gesundheitliche Einschränkungen und Suchtprobleme, Verlust an sozialer Kompetenz, fehlendes Selbstwertgefühl. Eine Verlustspirale mit zunehmender sozialer Isolation sind häufige Problemlagen. (vgl. Holleederer 2003; Paul/Moser 2001).

Aufgabe des Fallmanagement ist es, in mehreren Schritten Ressourcen wieder aufzubauen und so zur Bewältigung der komplexen Problemlagen beizutragen.

Die Fachkraft im Fallmanagement bietet Unterstützungen an, die mittelfristig den Weg in den Arbeitsmarkt ebnen sollen. Dabei ist eine strukturierte und zielbezogene und kooperative Vorgehensweise notwendig. Als Voraussetzung für eine gelingende Beratung und Förderung gelten auch hier die üblichen Kernkriterien für psychosoziale Intervention.

Die Prozessstufen im Fallmanagement gleichen dem Vorgehen in anderen psychosozialen Beratungs- und Berteuungskontexten (vgl. Göckler & Kraatz 2004). Neben dem „Intake“ leitet bereits die Diagnose, wo Lösungsorientierung und „Reframing“ (wertschätzende positive Konnotation) im Vordergrund stehen, und das „aktivierende Assessment“ die Zielplanung ein. Der Einsatz der ZEA bietet sich im darauf folgenden Schritt, der Zielvereinbarung an. Hier wird festgelegt, was in welchem Zeitraum auf welche Weise (wie) erreicht werden soll. Dazu werden die vorher erstellten Diagnosen herangezogen. Gemeinsam mit den Klienten werden unter Berücksichtigung der vorhandenen Bewältigungsressourcen und den regionalen Gegebenheiten des Arbeitsmarktes Ziele entwickelt, die überprüfbar und messbar sind. Es wird eine längerfristige Zeitperspektive eingenommen, wobei eine kleinschrittige Operationalisierung der Ziele erfolgen muss, um eine kontinuierliche Bearbeitung und Kontrolle zu ermöglichen.

Es folgt die kooperative Planung der Hilfsangebote, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen und weiteren Fallbeteiligten unter Berücksichtigung des regionalen Netzwerks und bestehender Hilfeangebote, des Klientennetzwerks und der vorhandenen Bewältigungsressourcen fest. „Der Hilfeplan schafft Transparenz.“ (Göckler & Kraatz, 2004)

Im nächsten Prozessschritt, der einzelfallbezogenen Steuerung der Leistungen Dritter, wird das benötigte Leistungsangebot bedarfsgerecht erbracht. Hier geht es um Moderations- und Vermittlungsarbeit, Verknüpfung von Angeboten, Aufbau von Netzwerken durch zielbezogenes und budgetorientiertes Arbeiten.

Die ZEA spielt wieder eine zentrale Rolle beim abschließenden Monitoring und der Evaluation: hier wird eine zielorientierte Auswertung des Fallverlaufes nötig. Daten über den Fallverlauf werden zielorientiert erhoben und ausgewertet, um Fortschritte der Klienten systematisch und kontinuierlich zu beurteilen und die Effektivität der einzelnen Interventionen und Hilfsangebote zu bewerten.

Verschiedene Autoren betonen (z.B. Hanft, 2006), dass das Fallmanagement von oft psychisch gefährdeten, chronisch kranken, behinderten, oder mehrfach belasteten Menschen ein Verfahren wie die ZEA benötigt, das sowohl bei der Dokumentation zielbezogener Arbeit auf verschiedenen Ebenen im Fallverlauf hilfreich ist, als auch bei der Strukturierung der Interventionen und Hilfemaßnahmen. Zugleich ermöglicht das Verfahren die Überprüfbarkeit und Evaluation der vereinbarten Ziele. Trotz des Einzelfallcharakters lassen sich in der Praxis Wiederholung der Themen und Inhalte bestehender Problemlagen feststellen, welche die Integration der Klienten in den Arbeitsmarkt erschwerten oder verhinderten. Die Studie von Hanft (2006) zeigt, dass die ZEA die Grundlage für die Entwicklung einer für den Bereich des Beschäftigungsorientierten Fallmanagements U 25 (junge Erwachsene unter 25 Jahren) geeigneten Variante bildet.

9. Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke. dgvt-Verlag. Tübingen.
- Caton, S. (2010). The Relationship Between Illness Insight in Schizophrenia: Social Adaptation, Social Support Needs, and the Subjective Quality of Life for Consumers ... Based Case Management Mental Health Services. Grin Verlag, München.
- Cournoyer, B. (1996). The social Work skills workbook. 2nd Edition. Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove.
- Elliott, R., Watson, J.C. Goldman, R.N. & Greenberg, L. (2004). Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change. Washington, D.C.: American Psychological Association APA.
- Frank, J.D. (1961). Persuasion and healing. John Hopkins Press, Baltimore. Dt. (1981, 1992). Die Heiler. Wirkweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen.
- Glemser, R. (2008). Evaluation der Wirksamkeit klinisch-sozialer Interventionen in einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe. Masterthesis. Hochschule Coburg.
- Green, R.-J. & Herget, M. (1989). Outcomes of systemic/strategic team consultation: 1. Overview and one-month results. Family Process, 28, 37-58.
- Greenberg, L.S. (2002). Emotion focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hanft, D. (2006). Die Entwicklung einer Zielerreichungsanalyse für das Beschäftigungsorientierte Fallmanagement in der Einzelfallarbeit mit jungen Erwachsenen bis 25 Jahre. Unveröffentlichte Masterthesis. Coburg.
- Kieresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal, 4, 443-453.
- Kieresuk, T., Smith, A., Cardillo, J.E. (Eds.) (1968). Goal attainment scaling : application, theory and measure. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Ass.
- Kordy, H. & Hannover, W. (1999). Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Therapieziele. In H. Ambühl & B. Strauss (Hrsg.), Therapieziele (S.75-90). Göttingen : Hogrefe.
- Locke, E., Shaw, K., Saari, L. & Latham, G. (1981). Goal setting and task performance: 1969 – 1980. Psychological Bulletin, 90(1), 125 – 152

Lutz, K., Keller, F., Fegert, J.N., Bartelworth, C. & Stiller, K. (2006). Individuelle Erfassung pädagogischer Ziele und standardisierte Erhebung psychosozialer Belastung von Jugendlichen in pädagogischen Einrichtungen: Eine Machbarkeitsstudie zur Objektivierung der Hilfeplanung in elf stationären pädagogischen Einrichtungen des Christlichen Jugenddorfwerks (CJD). Themenheft „Wirkungen in den Erziehungshilfen“ EREV-Schriftenreihe, 47 (3), 76-92.

Margraf, J. & Schneider, S. (1990). Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung (2.Aufl.). Berlin : Springer.

Ng, B.F.L. & Tsang, H.W.H. (2002). A program to assist people with severe mental illness in formulating realistic life goals. *The Journal of Rehabilitation*, 68, (4), 59-66.

Pauls, H. (2002). Erfahrungsorientierte Klinische Sozialarbeit in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe - Konzeption einer Praxiseinrichtung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, No. 3, 2002, 223 – 228.

Pauls, H. (2004/2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim und München: Juventa.

Pauls, H. & Reicherts, M. (1999). Empirische Forschung in der Gestalttherapie am Beispiel eines praxisorientierten Forschungsprojektes. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.) . *Handbuch der Gestalttherapie* (pp. 1137-1160). Göttingen: Hogrefe.

Pauls, H. & Reicherts, M. (2001). Die Zielerreichungsanalyse (ZEA). In: Tscheulin, D.: *Würzburger Leitfaden zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle psychotherapeutischer Interventionen*. Köln: GwG.

Rapp, C.A. (1998). *The strengths model. Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York, Oxford: Oxford University Press.

Reicherts, M. (1988). *Diagnostik der Belastungsverarbeitung. Neue Zugänge zu Stress-Bewältigungs-Prozessen*. Bern: Huber.

Reicherts, M. (2005). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie (3. Aufl.)*. Bern: Huber.

Reicherts, M. (2007). Dimensions of Openness to Emotions (DOE) – A model of affect processing. (Research Report No. 168). Fribourg: University, Department of Psychology.

Reicherts, M., Genoud, Ph.A. & Zimmermann, G. (im Druck). Emotionen erleben und verarbeiten. Das Modell „Emotionaler Offenheit“ in Forschung und Praxis. Bern: Huber Verlag.

Reicherts, M., Pauls, H., Rossier, L. & Haymoz, S. (im Druck). Emotionale Offenheit in psychologischen Interventionen. In M. Reicherts, Ph.A. Genoud & G. Zimmermann,

Emotionen erleben und verarbeiten. Das Modell „Emotionaler Offenheit“ in Forschung und Praxis. Bern: Huber Verlag.

Reichert, M. & Perrez, M. (1993). Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Verlauf (UBV). Bern: Hans Huber.

Richman, J.M., Rosenfeld, L.B. & Hardy, C.J. (1993)., The Social Support Survey: an initial evaluation of a clinical measure and practice model of the ... Research in Social Work Practice, ??

Romney, D.M. (1976). Treatment progress by objectives: Kiresuk's and Sherman's approach simplified. Community Mental Health Journal,12, 210-218.

Scholz, O.B. (1978). Therapieplanung des Einzelfalles - Voraussetzungen, Methoden, Anwendungen. In F. Petermann & F.J. Hehl (Hrsg.), Einzelfallanalyse (S. 266-285). München: Urban & Schwarzenberg.

Smith, D.L. (1976). Goal attainment scaling as an adjunct to counseling. Journal of Consulting Psychology, 23, 22-27.

Woodward, C.A., Santa-Barbara, J., Levin, S & Epstein, N.B. (1978). The role of goal attainment scaling in evaluating family therapy outcome. American Journal of Orthopsychiatry, 48, 464-476. (zn Smyrnois & Kirkby, 1993: Validity and reliability for Goal Attainment were reported by Woodward et al.)

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. Helmut Pauls Hochschule Coburg Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit Friedrich-Streib-Straße 96450 Coburg / Deutschland	Prof. Dr. Michael Reicherts Lehrstuhl Psychologie Clinique Département de Psychologie Université de Fribourg Rue de Faucigny 2 1700 Fribourg / Schweiz
---	---

ZEA

**Durchführungsinstruktionen
Auswertungsanweisungen
Formblätter**

Schritt II: Bewertung der Zielerreichung/Besserungsrate

Zu jedem vorgesehenen Zeitpunkt zur Überprüfung der Veränderungs- bzw. Zielannäherung (z.B. alle 15 Sitzungen, Abschlussmessung und Katamnese) wird dem Patienten/Klienten das Schema mit folgender Instruktion wieder vorgelegt:

„Bitte schätzen Sie ein, inwieweit Sie gegenwärtig Ihre Ziele erreicht haben und sich Ihre Problematik seit Beginn der Beratung/Therapie gebessert hat. Wir beginnen mit dem Zielbereich, den Sie damals ‚...‘ genannt haben. Erinnern Sie sich? Sie hatten ihn damals folgendermaßen beschrieben ‚...‘, daran wollten Sie erkennen, inwieweit Sie etwas ändern konnten. Um wieviel Prozent hat sich Ihre Situation vom damaligen Ausgangszustand in Richtung des gewünschten Zieles verändert?“

Wichtig:

Veränderungen werden immer im Hinblick auf den Ausgangszustand bewertet, so wie er anfänglich definiert wurde. Es wird also beurteilt, was sich seit Interventionsbeginn (bzw. der ersten Messung) in Richtung optimales Veränderungsziel und nicht, was sich seit der jeweils letzten Messung verändert hat!

Fortsetzung Schritt II: Bewertung der Zielerreichung/Besserungsrate

Die Verbesserungsrate bzw. Zielerreichung wird auf einer Skala von 0% (entsprechend dem Ausgangszustand) und 100% (entsprechend dem optimalen Zielzustand) bewertet und mit dem jeweiligen Erhebungsdatum und der Sitzungs-Nummer in das vorgesehene Profil eingetragen. Mit drei Zwischenstufen umfasst die Skala folgende Stufen:

- keine Besserung (Zustand wie zu Beginn) 0%
- leichte Besserung („ein wenig“) 25%
- mäßige Besserung („spürbar“) 50%
- deutliche Besserung („ziemlich/stark“) 75%
- vollständige Besserung (max. Zielerreichung) 100%
- bei evtl. Verschlechterungen wird der Wert mit einem Minus-Zeichen versehen: - X% (= Zustand schlechter als zu Therapie/Beratungsbeginn)

Es ist unter Umständen hilfreich, auch die Zwischenstufen (25%, 50%, 75%) durch eine genaue Beschreibung zu konkretisieren.

Beispiel: Problem “Selbstabwertung”; mäßige Besserung (=50%) liegt vor, wenn es schon häufiger gelingt, sich selbst Fehler zu verzeihen und bei Schwierigkeiten zu ermutigen, aber das Annehmen fremder Wertschätzung noch die Ausnahme ist.

Schritt III: Auswertungen

(1) Die Bewertungen werden in der jeweiligen Zieltabelle numerisch und graphisch eingetragen. Bei mehreren Messungen sind die *Verläufe* dann direkt im Profil sichtbar.

(2) Bestimmung des Veränderungsindex pro Therapieziel: (Beispiel siehe auch Manual!)
$$\text{Veränderungsindex (VI)} = \frac{\text{Veränderung in \%}}{100} * \frac{\text{Zielgewicht in \%}}{100}$$
 (VI wird für jeden Messpunkt jedes Zieles in die jeweilige Spalte eingetragen)

(3) Addiere die Veränderungsindizes pro Messzeitpunkt (je Spalte) zum *Gesamtindex (Iges.)* der Veränderung! Bewertung des Gesamtindex am Ende einer Behandlung:
 Iges. < .25 = gering Iges. zwischen .25 - .49 = akzeptabel Iges. zwischen .50 - .75 = gut Iges. > .75 = ausgezeichnet

Beispiel für komplett ausgefülltes Schema zur Erfassung von Veränderungszielen und zur Bewertung der Besserungsrate:

An- liegen	Benennung	Optimales Veränderungsziel	Zustand zu Beginn der Therapie/Beratung	Gewicht w	Kontakt/Sitzung 15	30	41 (Ende)	Katamnese (15 Wochen)	
1	Partner- konflikte	regelmäßig miteinander sprechen, eigene Bedürfnisse sagen wieder miteinander schlafen vor Konflikten keine Angst haben	kaum miteinander sprechen ständig mit unangenehmen Gefühlen/Gedanken an P. beschäftigt eig. Wü. u. Enttäusch. verschweigen	30					100%
					100% X	75%	25%	0%	
					IV=0.15	IV=0.25	IV=0.30	IV= 0.30	
2	Selbstabwertung	bei Fehlern sich selbst verzeihen können, bei Schwierigkeiten sich selbst ermutigen, Wertschätzung durch andere annehmen	sich ständig selbst kritisieren, bei Schwierigkeiten sich abwerten von anderen Kritik und Ablehnung erwarten	70					100%
					75% X	50%	25%	0%	
					IV=0.175	IV=0.35	IV=0.475	IV=0.475	
					Iges.= 0.325	Iges.=0.60	Iges.=0.775	Iges.=0.775	

Benennung	Optimales Veränderungsziel	Zustand zu Beginn d. Intervention/Beratung	Gewicht - w
1			
2			
3			
4			
5			

Sitzung Nr.	Datum						Katamnese	Besserung	
1.	100%							vollständig	
	75%							deutlich	
	50%							mäßig	
	25%							leicht	
	0%							keine	
		VI=	VI=	VI=	VI=	VI=	VI=		
2.	100%							vollständig	
	75%							deutlich	
	50%							mäßig	
	25%							leicht	
	0%							keine	
		VI=	VI=	VI=	VI=	VI=	VI=		
3.	100%							vollständig	
	75%							deutlich	
	50%							mäßig	
	25%							leicht	
	0%							keine	
		VI=	VI=	VI=	VI=	VI=	VI=		
4.	100%							vollständig	
	75%							deutlich	
	50%							mäßig	
	25%							leicht	
	0%							keine	
		VI=	VI=	VI=	VI=	VI=	VI=		
5.	100%							vollständig	
	75%							deutlich	
	50%							mäßig	
	25%							leicht	
	0%							keine	
		VI=	VI=	VI=	VI=	VI=	VI=		
Summe der VI pro Spalte = Iges.		Iges.=	Iges.=	Iges.=	Iges.=	Iges.=	Iges.=	Iges.=	
VI = Veränderungsindex		Iges. = Gesamtindex							