
Behandlungsergebnisse ein Jahr nach Beendigung einer stationären psychosomatischen Rehabilitation

Eine katamnestische Pilotstudie

Abschlussbericht



in Zusammenarbeit mit

GfQG

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GbR, Karlsruhe

D. Kriz, R. Nübling, J. Schmidt,
D. Heimann, P. Wilhelm, M. Wangler & W. Reichelt

April 2012

Inhaltsverzeichnis

1.	Hintergrund und Studienziele.....	3
2.	Methodik.....	4
3.	Ergebnisse	5
3.1.	Beschreibung der Stichprobe	5
3.2.	Gesundheit bei Aufnahme.....	7
	Gesundheitliche Verfassung	7
	Gesundheitliche Beschwerden	8
	HEALTH-49.....	8
3.3.	Gesundheitliche Veränderungen	9
	Gesundheitliche Verfassung	9
	Gesundheitliche Beschwerden	10
	Health-49.....	11
3.4.	Bewertung der Behandlung.....	12
3.5.	Nachbehandlung	14
3.6.	Berufsleben	16
3.7.	Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren zum Zeitpunkt der Katamnese.....	21
3.8.	Kostenrelevante Aspekte.....	22
3.9.	Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF8).....	23
4.	Diskussion.....	24
5.	Literatur.....	27
	Kontakt	28

1. Hintergrund und Studienziele

Psychosomatische Rehabilitation ist in Deutschland, neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausversorgung und der psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausversorgung (Akutpsychosomatik) eine wesentliche Säule der stationären psychotherapeutischen Versorgung (Schulz et al., 2006). Grundlage des Rehabilitationsbegriffs bildet das Krankheitsfolgen- und Behinderungsmodell der ICDH-2 (Weltgesundheitsorganisation 1993), das zwischen körperlichen Strukturen, Aktivitäten und gesellschaftlicher Partizipation differenziert. Entsprechend lässt sich Rehabilitation wie folgt definieren: „Rehabilitation umfasst die Gesamtheit aller Maßnahmen medizinischer, schulisch-pädagogischer, beruflicher und sozialer Art, die erforderlich sind, um für den Behinderten die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen. Diese sollen ihn befähigen, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten und wiederzuerlangen“ (Haupt & Delbrück, 1998, S. 35). Zwischen den drei „rivalisierenden“ stationären Behandlungsangeboten besteht im Bereich psychischer Erkrankungen ein Grad an hoher Überschneidung, sowohl in Hinblick auf differenzielle Indikationen, als auch bzgl. Zielsetzungen und Behandlungsansätzen, so dass Abgrenzungen von Akut- und Rehabilitationsbehandlung nicht immer scharf zu ziehen sind (Koch & Schulz, 2003, Schulz & Koch, 2002). Augenfällig ist eine Konzentration der rehabilitativen Kliniken auf die psychotherapeutische Behandlung vornehmlich psychosomatischer Erkrankungen und die Konzentration akutmedizinischer Krankenhäuser auf die psychopharmakologische Behandlung, bei meist nur zusätzlicher psychotherapeutischer Behandlung, insbesondere auch psychiatrischer Erkrankungen.

Diagnostizierte psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Dies lässt sich in den Statistiken der Rentenversicherungsträger, aber auch der Krankenkassen ablesen. So hat der von der Barmer GEK vorgestellte Krankenhausreport 2011 in den vergangenen 20 Jahren eine Zunahme um 129% dokumentiert (Barmer GEK, 2011); die Techniker Krankenkasse berichtet von jeder fünften Erwerbsperson bei der mittlerweile psychische Störungen diagnostiziert werden (TK, 2011). Die Deutsche Rentenversicherung interpretiert die steigenden Zahlen vor allem in Hinblick auf eine erhöhte Sensibilität der Bevölkerung sowie eine Entstigmatisierung der Betroffenen, die zu einer eindeutigeren Befundung und einer insgesamt eindeutigeren Indikationszuweisung führen (Deutsche Rentenversicherung, 2012). Gleichermaßen werden steigende Anforderungen und Unsicherheiten der modernen Kommunikations- und Mediengesellschaft als Einflussvariablen gesehen. Im Jahr 2010 wurden 125.445 stationäre Leistungen zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation erbracht, gut 30.000 mehr als noch 2001. Mit knapp 600 Millionen erreichten die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung für psychische Erkrankungen knapp ein Fünftel der Gesamtausgaben der Medizinischen Rehabilitation (ebenda). Ökonomische Fragestellungen und Ziele haben in den letzten zwei Jahrzehnten im Gesundheitssektor zunehmend an Bedeutung gewonnen. Vor dem Hintergrund des Aufeinandertreffens der zunehmend begrenzten Ressourcen und der geburtenstarken Jahrgänge (Krauth, Hessel, Klingelhöfer, Schweikert, Hansmeier, Wasem, 2005) werden Fragen nach der Wirtschaftlichkeit auch in der psychosomatischen Rehabilitation trotz der ansteigenden Fallzahlen eine entscheidende Bedeutung für die Belegung der Kliniken spielen. Wirtschaftlichkeit ist dabei in keinem Fall unabhängig von Behandlungsdauer (Rüddel, Reiser, Jürgensen, 2011) und Behandlungserfolg zu betrachten.

Obwohl die Psychosomatische Rehabilitation als der - im Sinne der Versorgungsforschung - am besten untersuchte Bereich der Rehabilitation gelten kann (Nübling, 2011; Steffanowski et al., 2007), stellt sich die Frage nach dem aktuellen Behandlungserfolg als Indikator der Ergebnisqualität im Sinne

Donabedians (1966, 1980), für jede Klinik immer wieder neu. Hinsichtlich der Operationalisierung und der Erfassung des Therapieerfolgs psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungen besteht heute Konsens, dass dieser multidimensional (verschiedenartige Kriterieninhalte, Facetten), multimodal (unterschiedliche Datenquellen) und multimethodal (verschiedene Erhebungsmethoden) erfasst und dessen Stabilität durch katamnestiche Untersuchungen überprüft werden sollte (Kordy, & Kächele, 1996).

Ziele der vorliegenden Pilotstudie waren eine erste Abschätzung der Behandlungsergebnisse der Psychosomatischen Klinik des Klinikzentrums Lindenallee in Bad Schwalbach anhand vorliegender Routinedaten einer kleinen Substichprobe, sowie eine Einschätzung der Stabilität der Ergebnisse im poststationären 12-Monatszeitraum. Wesentliches Anliegen war dabei auch die Klärung, inwieweit eine alle Patienten umfassende prospektive Katamnesestudie in den Alltag der Klinik integriert werden und ob das Assessment weiter ausgebaut werden kann/sollte.

2. Methodik

In einer retrospektiven, drei Messzeitpunkte (Aufnahme, Entlassung, 1-Jahres-Katamnese) umfassenden Pilotstudie wurden N=224 Patienten einbezogen, die sich zwischen Juni und August 2010 an der psychometrischen Routinetestung der Klinik beteiligten und mit der wissenschaftlichen Nutzung ihrer Daten einverstanden waren. Erhoben wurden zu allen drei Messzeitpunkten die Hamburger Module HEALTH-49 (Rabung, Harfst, Koch, Wittchen & Schulz, 2007) sowie ein für die Nachbefragung entwickelter, auf früheren Studien (z.B. Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg & Wittmann, 2003) aufbauender Katamnesefragebogen, in dem über retrospektive prä-Messungen (ebenda) ein Prä-Post-Vergleich arbeitsbezogener bzw. gesundheitsökonomisch relevanter Parameter (z.B. AU-Zeiten) ermöglicht wurde. Fremdeinschätzungen seitens behandelnder oder nachbehandelnder Ärzte/Psychotherapeuten standen nicht zur Verfügung (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht Assessment

Instrumente/Methoden MZP	A	E	K
Patienten			
HEALTH, Hamburger Module (Rabung et al., 2007)	•	•	•
SIBAR, Screening-Instrument Beruf und Arbeit (Bürger & Deck, 2009)			•
KFB Katamnesefragebogen			•
ZUF8 Fragebogen zur allgemeinen Patientenzufriedenheit (Schmidt, 2008)			•
Ärzte			
Entlassungsbericht – Diagnosen		•	

Legende: MZP: Messzeitpunkt; A: Aufnahme, E: Entlassung, K: 12-Monats-Katamnese

Die Auswertung umfasst deskriptive wie inferenzstatistische Berechnungen. Im Rahmen der Inferenzstatistik wurden in jedem Fall sowohl Itemformulierungen als auch Daten auf typische Verletzungen der statistischen Voraussetzungen geprüft. Soweit vertretbar, wurde mit dem Ziel maximaler Informationsabschöpfung bevorzugt auf parametrische Verfahren, nur im Falle grober Voraussetzungsverletzungen auf nonparametrische Verfahren zurückgegriffen. Grundlagen der

Analysen bildet die klassische Testtheorie, sowie das „Allgemeine Lineare Modell“ (Cohen, 1968), das varianzanalytische Verfahren mit multiplen Korrelations- und Regressionsrechnungen kombiniert. Im Fokus dieser Studie steht der Prä-Post-Vergleich der beinhalteten Gesundheitsparameter im Vergleich der Zeiträume zwischen den Messzeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Katamnese. Aufgrund des explorativen Charakters dieser Studie und der insgesamt eher geringen Fallzahlen wird auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet, die Bedeutung der gegebenen Inflation der statistischen Absicherung aufgrund multipler einzelner t-Tests ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Zusätzlich zu den Signifikanzen werden jeweils Effektstärken nach der Berechnungsweise von Gene Glass angegeben, die sich aus der Division von der Differenz von Post- und Prä-Mittelwert und der Standardabweichung zum Prä-Zeitpunkt berechnet (Formel1).

$$\Delta_{Glass} = \frac{M_{post} - M_{prä}}{SD_{prä}} \quad (\text{Formel 1})$$

Zur Bewertung der Effektstärken wird die Taxonomie von Cohen (1992) herangezogen, gemäß derer eine $ES \geq 0,20$ als klein, $ES \geq 0,50$ als mittelgroß und $ES \geq 0,80$ als groß interpretiert wird.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Stichprobe

Von den angeschriebenen Patienten antworteten insgesamt $n=138$ (Rücklaufquote: 61,6%). In dieser Stichprobe lag der Frauenanteil bei 73%; der Altersdurchschnitt betrug 51 Jahre ($SD=7,9$). Diagnostisch handelte es sich v.a. um Affektive Störungen (F3.x; 62%) und um Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4.x; 27%). Dies bedeutet einen geringfügig höheren Anteil an Behandlungen Affektiver Störungen im Vergleich mit dem durchschnittlichen Diagnosespektrum der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation (zum Vergleich: Affektive Störungen 52%; neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 40%; Deutsche Rentenversicherung, 2012).

Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 39,1 Tage ($SD=5,6$). Kostenträger waren überwiegend die Rentenversicherungsträger (DRV Bund: 75%, Landes DRV'en: 17%), das Bildungsniveau war ausgeglichen (Hauptschule: 32%, Realschule: 38%, FHS-Reife/Abitur: 29%). Fast alle (95%) der Patienten/-innen verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung; 13% waren bei Aufnahme arbeitslos, knapp ein Viertel bezog eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente (vgl. Tabelle 2). Nach Entlassung aus der Klinik hat knapp jeder Dritte einen Antrag auf Berentung gestellt. Nur etwa 12% waren nach Selbstauskunft im Jahr vor der Aufnahme nie krankgeschrieben. Es konnten keine relevanten Unterschiede zwischen Antwortern und Nicht-Antwortern weder demographischen Daten (Alter, Geschlecht) noch bzgl. der Health-Skalen identifiziert werden.

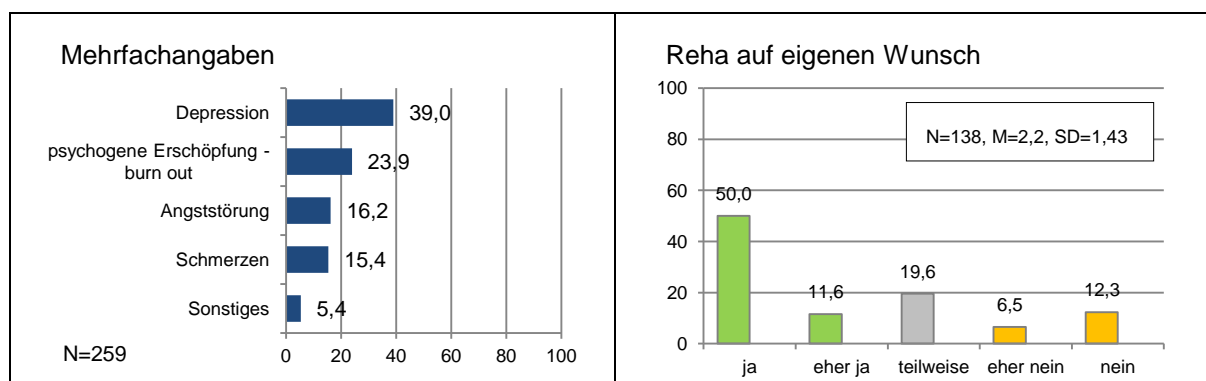
Tabelle 2: Ausgewählte deskriptive Stichprobenkennwerte (N_{Gesamt}=136; Rücklaufquote= 60,7%)

Merkmal/Variable	N (%)
Geschlecht weiblich	100 (73,0%)
Altersdurchschnitt M (SD)	51 Jahre (SD=7,9)
Diagnosegruppe nach ICD-10	
F3.x	86 (62,3%)
F4.x	37 (26,8%)
F5.x	13 (9,4%)
Sonstiges	2 (1,4%)
Schulabschluss	
kein Schulabschluss	1 (0,7%)
Hauptschule	44 (31,9%)
Realschule, Mittl. Reife	52 (37,7%)
Fachabitur, Fachhochschulreife	17 (12,3%)
Abitur, Allg. Hochschulreife	23 (16,7%)
Sonstiges	1 (0,7%)
Berufsabschluss	
kein Berufsabschluss	6 (4,7%)
Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung)	79 (62,2%)
Fach-/Meisterschule	17 (13,4%)
Fachhochschule/Berufsakademie/Bachelor	9 (7,1%)
Universität, Hochschule	10 (7,9%)
Sonstiges	6 (4,7%)
Erwerbstätigkeit	
vollzeit berufstätig (mind. 30h pro Woche)	54 (39,4%)
teilzeit berufstätig (mind. 15h pro Woche)	16 (11,7%)
geringfügig beschäftigt (Minijob, 400 Euro-Basis)	5 (3,6%)
nein, arbeitslos / erwerbslos	17 (12,4%)
nein, Altersrente / Pension	4 (2,9%)
nein, Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	30 (21,9%)
Hausfrau / Hausmann / Erziehungsurlaub	1 (0,7%)
Sonstiges	10 (7,3%)
Letzte berufliche Stellung	
noch nie erwerbstätig gewesen	1 (0,7%)
un-/angelernter Arbeiter	14 (10,2%)
Facharbeiter, nicht selbständiger Handwerker	12 (8,8%)
Angestellter oder Beamter	97 (70,8%)
Selbständiger	6 (4,4%)
Sonstiges	7 (5,1%)
Rentantrag nach Entlassung aus Klinik gestellt?	
ja	38 (29%)
nein	93 (71%)

Neben der Diagnose durch die Therapeuten lassen sich die Erkrankungen auch anhand deren der Patientenangaben darstellen. In 81 Fällen reichte eine der vorgegebenen Kategorien nicht aus, sondern es wurden mehrere Behandlungsgründe angeführt (Abbildung 1). Am häufigsten wurden mit knapp 40% „Depressionen“ genannt gefolgt von „psychogener Erschöpfung“ (24%) und „Angststörungen“ (16%). Insgesamt nur 14-mal werden andere Gründe genannt, wie „Kontrollzwänge“, „Doppelbilder“, „Diabetes“, o.ä.

In Hinblick auf die Frage, ob die Rehabilitation auf eigenen Wunsch veranlasst wurde, ist festzuhalten, dass nur jeder zweite hierzu eine eindeutige Zustimmung gegeben hat und knapp 20% entschieden nicht auf eigenen Wunsch an der Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben (Abbildung 1). Insgesamt ist folglich bei einem nicht unerheblichen Anteil der Patienten von einer eher problematischen Rehabilitationsmotivation zu Beginn der Maßnahme auszugehen.

Abbildung 1: Behandlungsgrund aus Patientensicht (Mehrfachangaben) und Behandlungsmotivation (bei Katamnese erhoben)

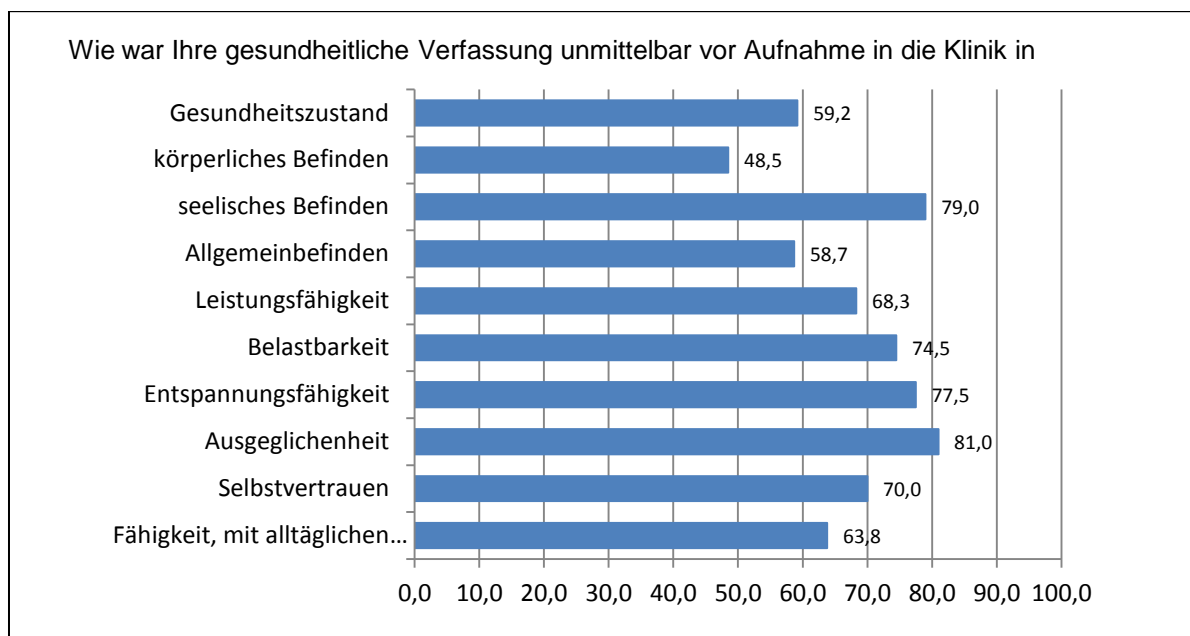


3.2. Gesundheit bei Aufnahme

Gesundheitliche Verfassung

Der eingesetzte Katamnese-Fragebogen bezieht zwei Skalen zur retrospektiven Einschätzung der gesundheitlichen Verfassung sowie Beschwerden ein. Abbildung 2 zeigt den Anteil von Patienten, die ihre gesundheitliche Verfassung bei Aufnahme hinsichtlich 10 Einzelmerkmale zum Katamnesezeitpunkt rückblickend als „schlecht“ und „sehr schlecht“ einschätzen. Die Streubreite dieses Anteil variiert zwischen knapp 50% (körperliches Befinden) und über 80% (Ausgeglichenheit, seelisches Befinden).

Abbildung 2: Gesundheitlichen Verfassung bei Aufnahme, retrospektive Selbsteinschätzung der Patienten zum Katamnesezeitpunkt, Anteil an Patienten mit der Einschätzung „schlecht“/„sehr schlecht“ in Prozent



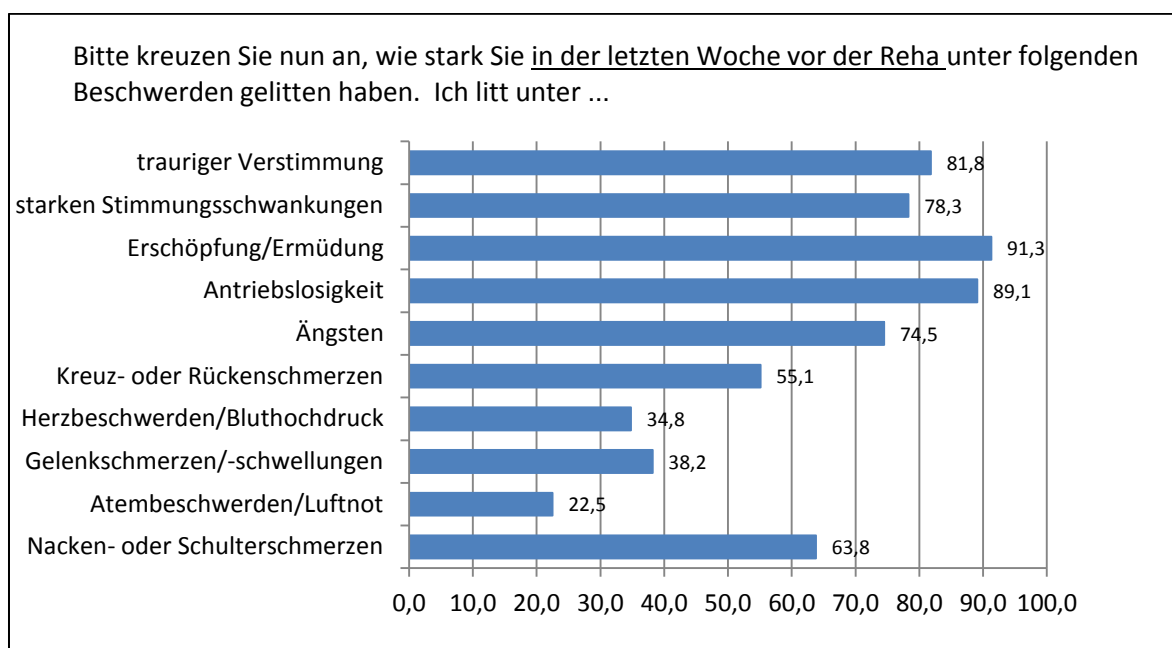
Etwa drei Viertel der Patienten schätzen ihre Belastbarkeit und Entspannungsfähigkeit, immerhin noch etwa zwei Drittel ihre Leistungsfähigkeit und ihr Selbstvertrauen als (sehr) schlecht ein. Insgesamt

zeigt sich die untersuchte Patientenstichprobe in dieser Skala als ausgesprochen schwer beeinträchtigt. Im Vergleich zu früheren Erhebungen innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation (Schmidt et al., 2003) sind beschreiben die hier einbezogenen Patienten ihren Gesundheitszustand deutlich eingeschränkter.

Gesundheitliche Beschwerden

Ein analoges Bild ergibt sich für die retrospektive Einschätzung der über die Skala GB10 (Schmidt et al., 2003) erfassten psychischen Symptomatik (5 von 10 Symptombereichen; Abbildung 3). Jeweils ca. 90% der Patienten litten zum Aufnahmezeitpunkt „ziemlich“ oder „stark“ an Antriebslosigkeit und Ermüdung/Erschöpfung, etwa 80% unter trauriger Verstimmung und starken Stimmungsschwankungen und über drei Viertel an Ängsten. Hinsichtlich der 5 körperlichen Symptombereiche der GB10 zeigen sich die untersuchten Patienten insbesondere belastet hinsichtlich Gelenkschmerzen bzw. Nacken-/Schulterschmerzen (jeweils ca. 50%).

Abbildung 3: Leiden unter ausgewählten Beschwerden bei Aufnahme, retrospektive Selbsteinschätzung der Patienten zum Katamnesezeitpunkt, Anteil an Patienten mit der Einschätzung „ziemlich“ und „stark“ in Prozent

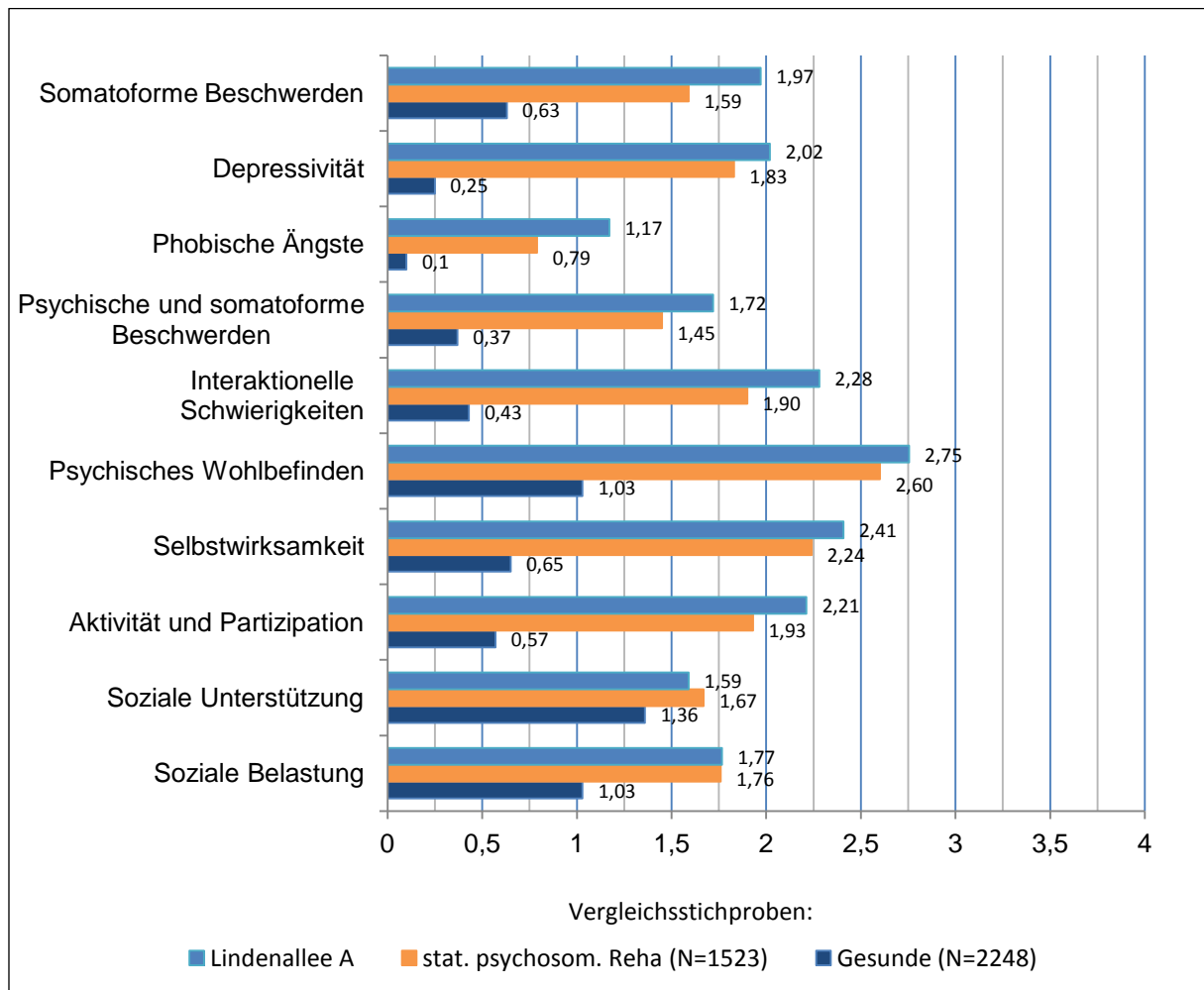


Health-49

Mit dem Health-49 (Rabung et al., 2007, 2009) stehen Daten eines in der Rehabilitation entwickelten und zunehmend etablierten Selbstbeurteilungsverfahrens zur Erfassung allgemeiner Aspekte der psychosozialen Gesundheit zur Verfügung. Abbildung 4 zeigt die Skalenmittelwerte des Health-49 für die untersuchte Patientenstichprobe der Klinik Lindenallee im Vergleich zu psychisch Gesunden („Norm“) sowie zu einer Stichprobe aus 12 anderen psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Die Mittelwerte der Klinik Lindenallee sind in der Mehrzahl der Skalen mit denen der anderen Psychosomatikpatienten vergleichbar, z.T. liegen sie auch deutlicher darüber. Dies gilt v.a. für die

Skalen Somatoforme Beschwerden, Phobische Ängste, Interaktionelle Schwierigkeiten sowie Aktivität und Partizipation. Alle Skalenwerte sind gegenüber Gesunden extrem erhöht.

Abbildung 4: Mittelwerte der Health-49-Skalen bei Aufnahme (Prä) im Vergleich mit Kennwerten der DETECT-Studie (Rabung et al., 2007a) sowie einer Stichprobe aus der Psychosomatischen Rehabilitation (Rabung et al., 2007b). Skalierung: 1=nicht ... 4=hoch beeinträchtigt.



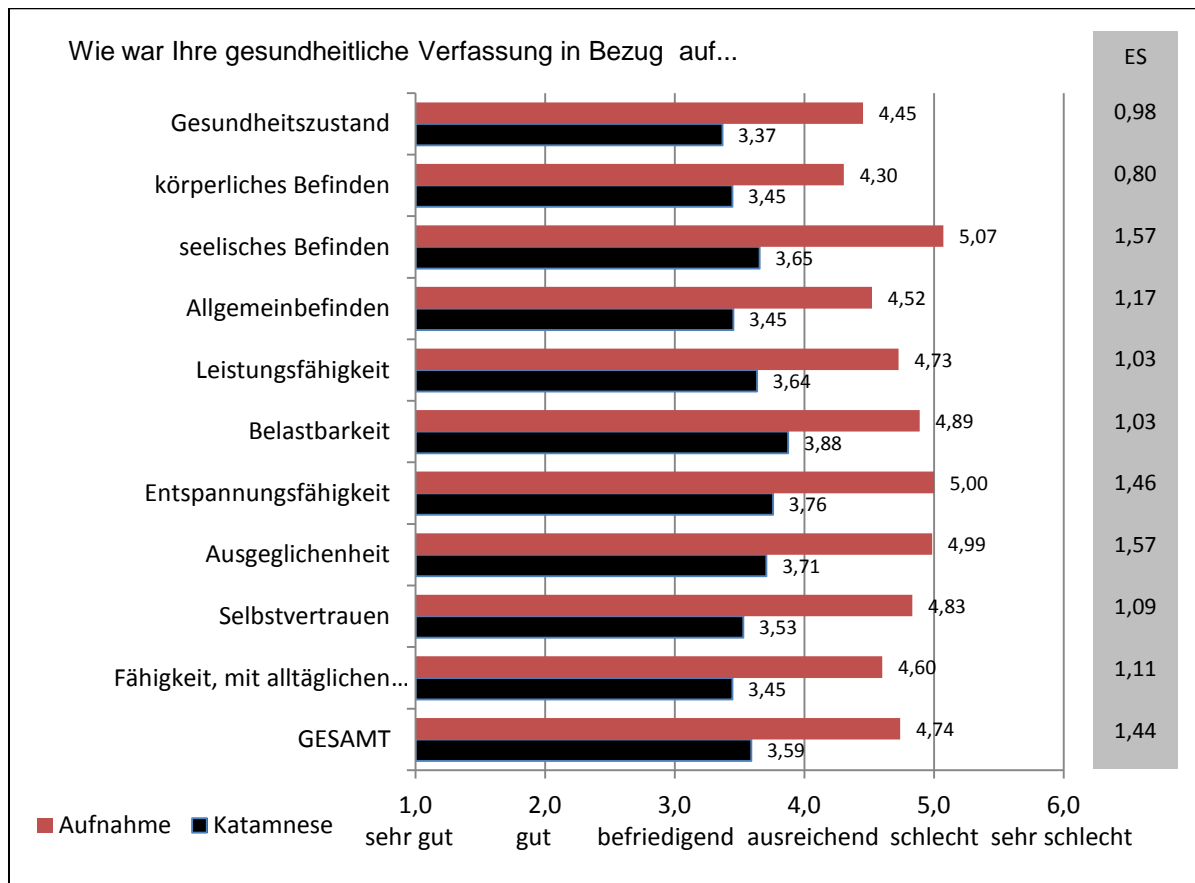
3.3. Gesundheitliche Veränderungen

Gesundheitliche Verfassung

Abbildung 5 beinhaltet die Übersicht dieser unterschiedlichen Aspekte der gesundheitlichen Verfassung. Es wird deutlich, dass der Zustand bei Aufnahme in allen Teilaspekten als deutlich schlechter eingeschätzt wird als bei Katamnese. Besonders schlecht werden das „seelische Befinden“ und die „Entspannungsfähigkeit“ eingeschätzt. Inferenzstatistisch erweisen sich alle Verbesserungen als signifikant. Die mittlere Stärke der Effekte liegt bei $ES_{\text{gemittelt}}=1,18$, mit maximalen Werten von $ES=1,57$ beim „seelischen Empfinden“ und der „Ausgeglichenheit“ und einer minimalen, aber immer noch großen Effektstärke von $ES=0,80$ beim „körperlichen Befinden“. Auf einem aggregierten

Gesamtwert zeigt sich eine Veränderung mit einer $ES=1,44$. In der Terminologie von Cohen handelt es sich ausschließlich um hohe Effekte.

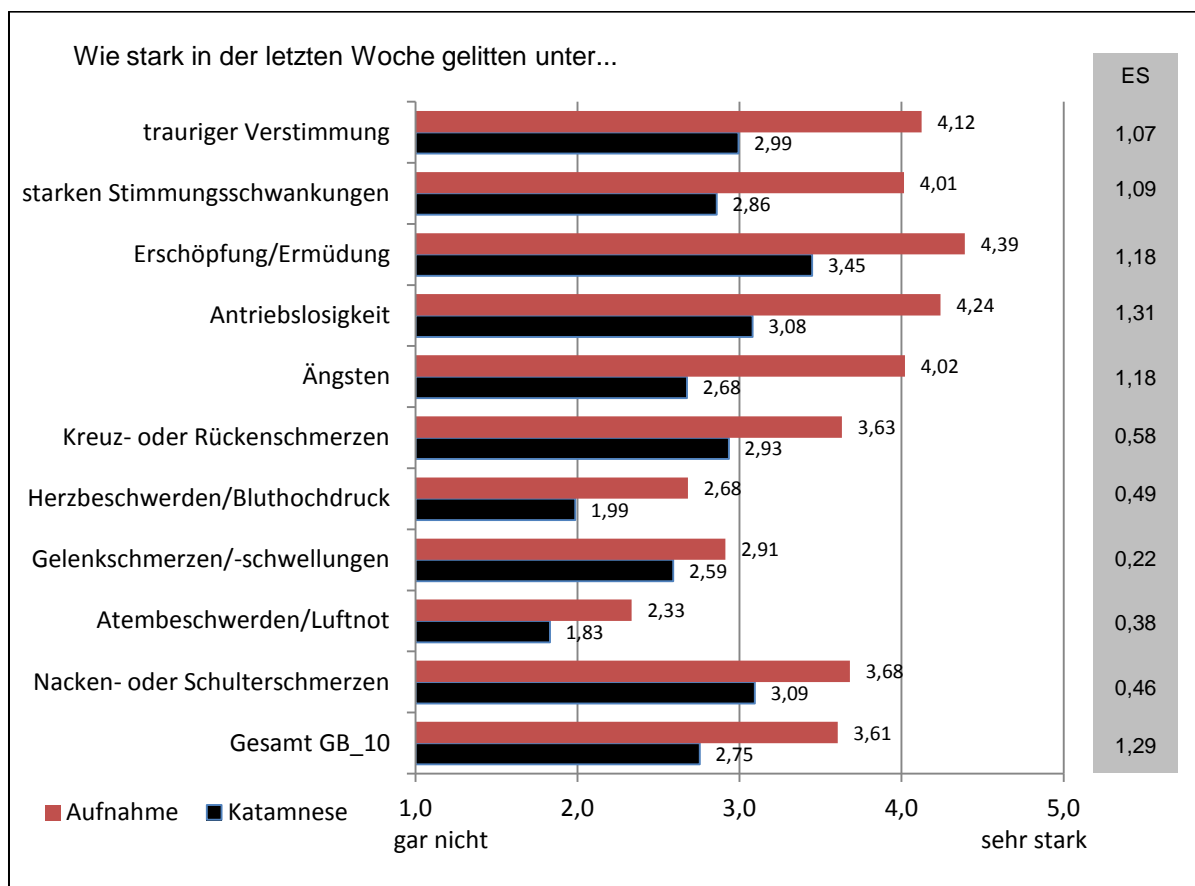
Abbildung 5: Gesundheitliche Verfassung, Vergleich von Aufnahme und Katamnese (Mittelwerte und Effektstärken ES)



Gesundheitliche Beschwerden

In der Bewertung der Gesundheit auf Grundlage einzelner Beschwerden (Abbildung 6) zeigt sich ein ähnliches Bild, wenn auch die Unterschiede zwischen den deutlich relevanter wahrgenommenen psychischen Beschwerden und eher weniger bedeutsamen körperlich manifestierten Beschwerden stärker hervortreten: insbesondere sind „Erschöpfung/Ermüdung“, „Antriebslosigkeit“, „trauriger Verstimmung“ bedeutsam, deutlich weniger „Atembeschwerden/Luftnot“, „Herzbeschwerden/Bluthochdruck“ und „Gelenkschmerzen/-schwellungen“. Entsprechend erweisen sich auch die Veränderungen im Vergleich von Aufnahme und Katamnese, die bspw. mit einer Effektstärke von $ES=1,18$ für die Aspekte „Erschöpfung/Ermüdung“ und „Ängste“ von großem Ausmaß sind, bei den „Gelenkschmerzen/-schwellungen“ mit einer $ES=0,22$ hingegen sind kaum Veränderungen nachweisbar. Dennoch erweist sich dieser, wie auch alle anderen Veränderungen, als signifikant im paarweisen t-Test. Bezogen auf den aggregierten Gesamtwert ergibt sich eine Effektstärke von $ES=1,29$.

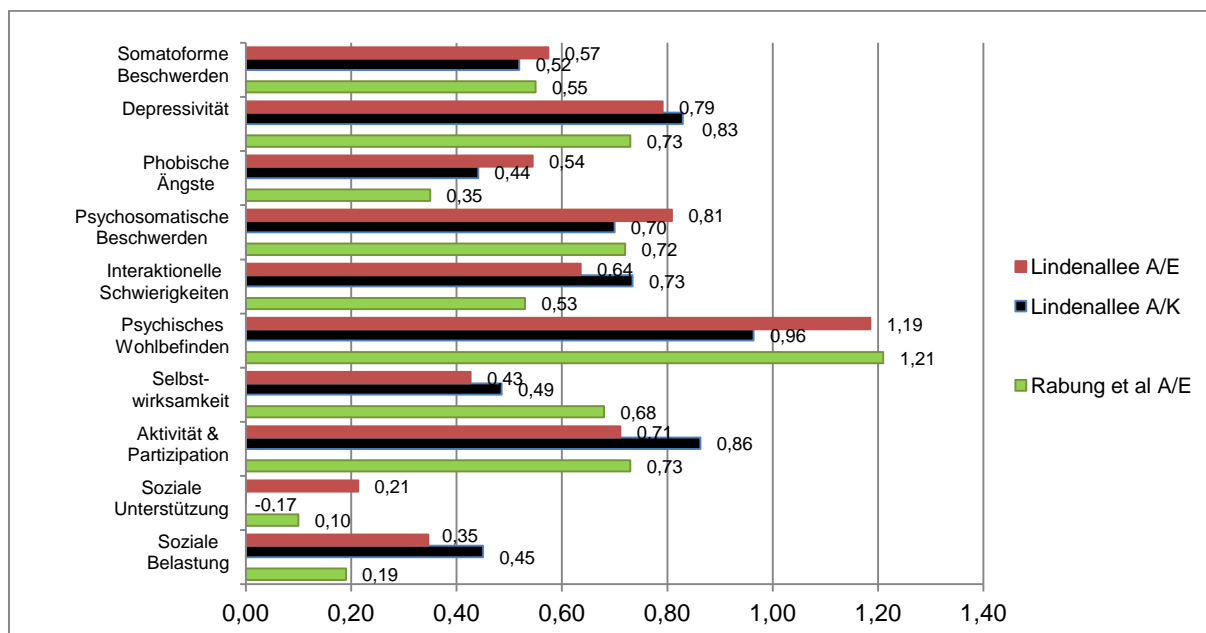
Abbildung 6: Leiden unter ausgewählten Beschwerden (transponierte Mittelwerte und Effektstärken ES)



Health-49

Abbildung 7 stellt die entsprechenden Effektstärken der Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung, sowie zwischen Aufnahme und Katamnese im Vergleich mit zwölf psychosomatischen Kliniken des QS-Reha-Programms dar. Die Ergebnisse der Fachklinik Lindentallee sind durchaus mit der Referenzstichprobe vergleichbar. Bei der Depressivität, phobischen Ängsten, interaktionellen Schwierigkeiten und sozialer Belastung zeigen sich z.T. deutlich größere Effekte, niedriger fallen diese bzgl. der Selbstwirksamkeit aus. Die Effekte halten sich für die meisten Skalen auch im Vergleich von Aufnahme und Katamnese auf stabil hohem Niveau, sie steigen sogar an bei den Skalen „interaktionelle Schwierigkeiten“ und „Aktivität & Partizipation“. Eine deutliche Reduktion ergibt sich im Vergleich beim „psychischen Wohlbefinden“ wie auch bei der sozialen Unterstützung, bei der sich der Effekt sogar umkehrt, d.h. dass nach Entlassung aus der Klinik von den Patienten/-innen eine Verschlechterung wahrgenommen wird

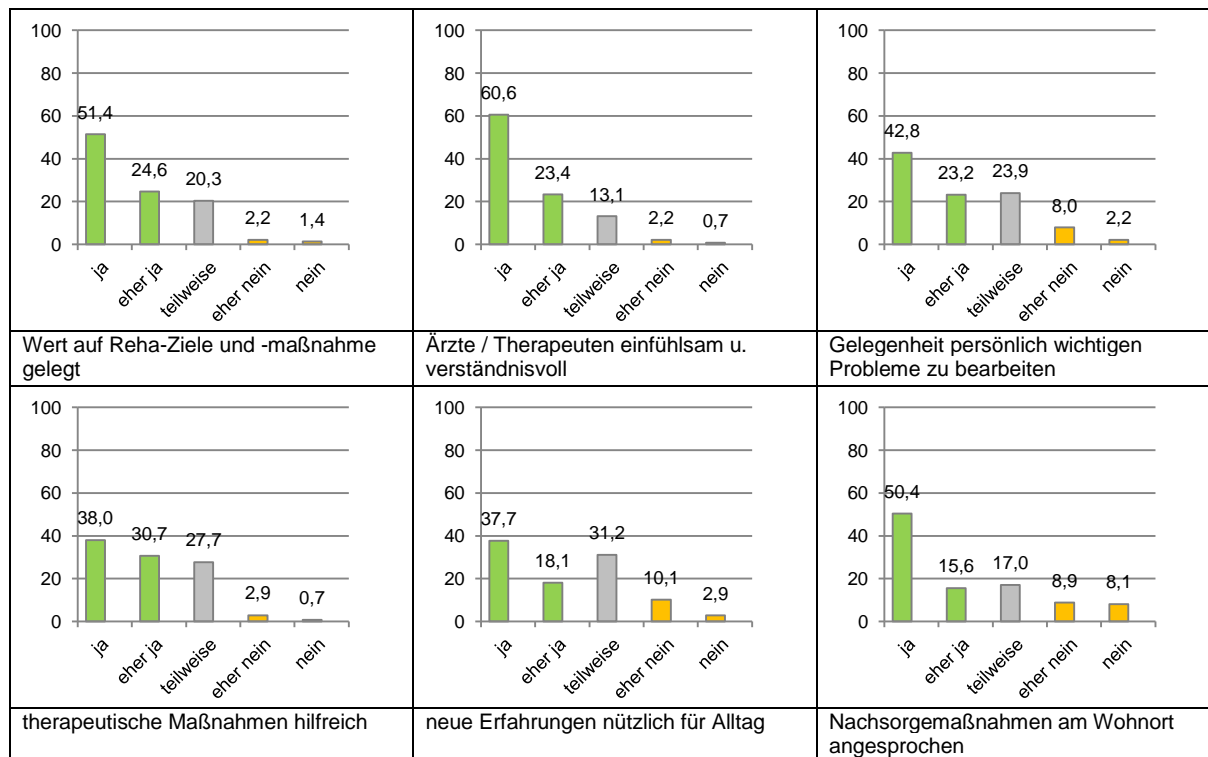
Abbildung 7: Effektstärken Aufnahme/Entlassung und Aufnahme/Katamnese der Patienten der Klinik Lindenallee (N=134) im Vergleich zu 12 Psychosomatischen Kliniken aus dem QS-Reha-Programm (n=1357; vgl. Rabung et al., 2009).



3.4. Bewertung der Behandlung

Zum Zeitpunkt der Katamnese waren die Patienten/-innen ebenso aufgefordert, verschiedene Aspekte der Behandlung während ihres stationären Aufenthalts im Klinikzentrum Lindenallee zu bewerten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8 enthalten. Die höchste Zustimmung erbrachte der Punkt, ob sich die Ärzte und Therapeuten als einfühlsam präsentierten. Knapp 85% waren dieser Meinung, 13% nur teilweise und nur knapp drei Prozent aller Befragten erlebten dies nicht entsprechend. Deutlich bejaht wird auch die Frage danach, ob Wert auf Reha-Ziele und –Maßnahmen innerhalb der Behandlung gelegt wurde (76%), allerdings sieht das auch jeder fünfte nur mit Einschränkung. Verneint wird dies aber auch nur in ca. 4% der Fälle. Zwei Drittel der Patienten (66%) hatten während der Behandlung Gelegenheit persönlich wichtige Probleme zu bearbeiten, ebenso viele (65%) gaben an, dass Nachsorgemaßnahmen am Wohnort bereits in der Klinik angesprochen wurden. Diesen Patienten stehen allerdings auch 17,1% gegenüber, die eine Vorbereitung auf wohnortnahe Nachsorge verneinen. Die therapeutischen Maßnahmen werden grob von je einem Drittel als hilfreich, eher hilfreich und teilweise hilfreich bewertet. Lediglich 3,6% konnten keine Hilfe aus den Leistungen ziehen. Insgesamt ein wenig schlechter bewertet wird die Frage nach der Nützlichkeit der Erfahrungen für den Alltag, die immerhin von 13% verneint wird und auch nur von gut jedem Zweiten (55,8%) ohne größere Einschränkungen bestätigt wird.

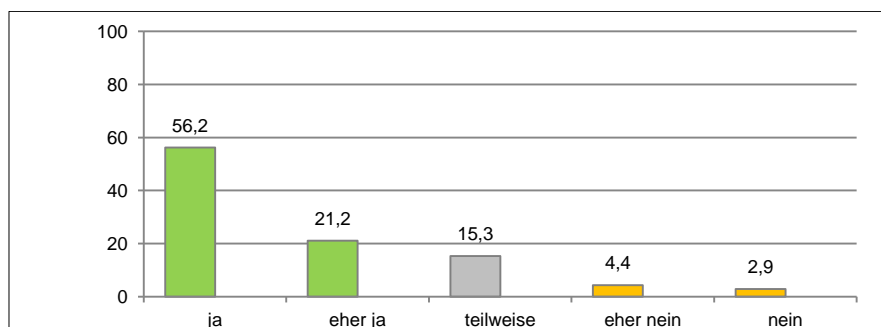
Abbildung 8: Bewertung verschiedener Behandlungsaspekte (in Prozent; bei Katamnese erhoben)



Anmerkung: Positive Bewertungen sind grün, negative orange und indifferente grau markiert

Des Weiteren wurde gefragt, ob der/die Patient/-in der Meinung ist, ob die Klinik die richtige für die Beschwerden gewesen sei. Es zeigt sich, dass knapp 60% dieser Frage uneingeschränkt zustimmen können, gute 20% mit Abstrichen und 15% immerhin noch teilweise. (Abbildung 9).

Abbildung 9: „Für Beschwerden richtige Klinik gewählt?“ (in Prozent; bei Katamnese erhoben; N=137)



Anmerkung: Positive Bewertungen sind grün, negative orange und indifferente grau markiert

Insgesamt etwas mehr als 60% der Patienten geben darüber hinaus zum Katamnesezeitpunkt an, dass die Behandlung ihnen sehr viel (großer Nutzen) oder einiges (deutlicher Nutzen) gebracht hat. Fast 80% sind der Meinung, dass ihnen die Behandlung zumindest etwas geholfen hat, entsprechend sind etwa 2/3 der Patienten zufrieden mit dem erreichten Behandlungsergebnis zufrieden. Dies obwohl nur etwa ein Viertel angeben, ihr Therapieziel „größtenteils (75%)“ oder „voll und ganz (100%)“ erreicht zu haben. Die Gesamtbeurteilung der Rehabilitationsmaßnahme (Beurteilung von 0-10) ist dabei überwiegend positiv (M=6,76; SD=2,34; vgl. Abbildung 10 und Abbildung 11).

Abbildung 10: Nutzenbeurteilung, Beurteilung der Hilfe durch die Behandlung und Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis (in Prozent; N=137)

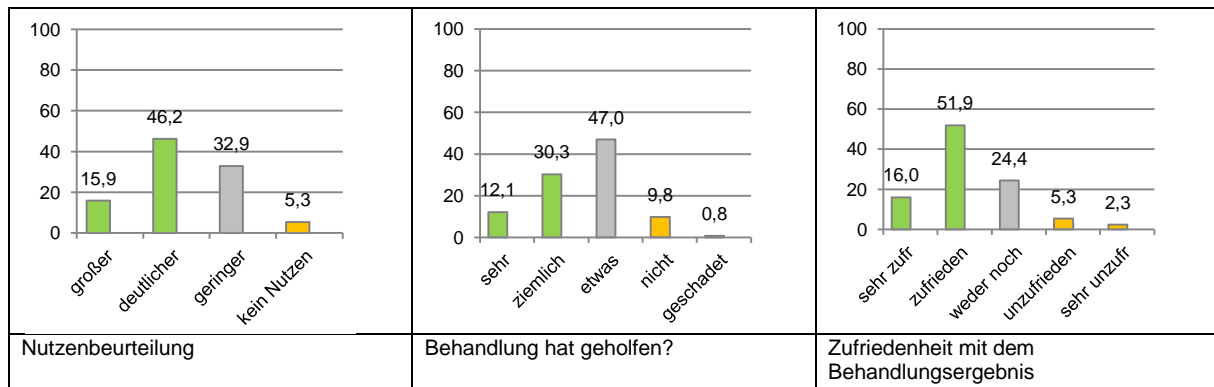
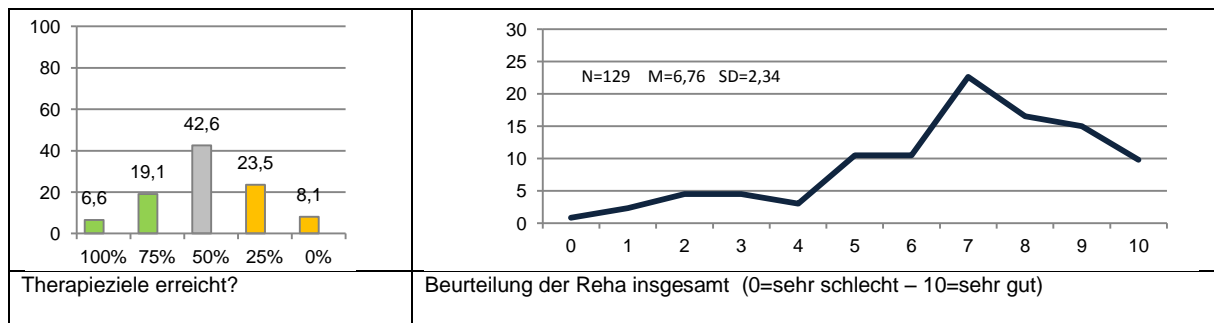


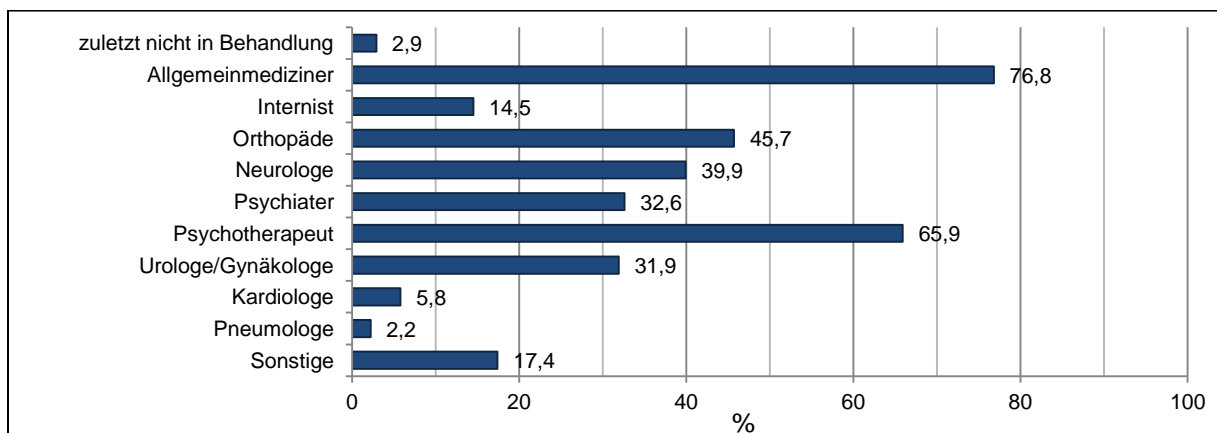
Abbildung 11: Zielerreichung (in Prozent) und Gesamtbeurteilung der Reha (M/SD; bei Katamnese; N=137)



3.5. Nachbehandlung

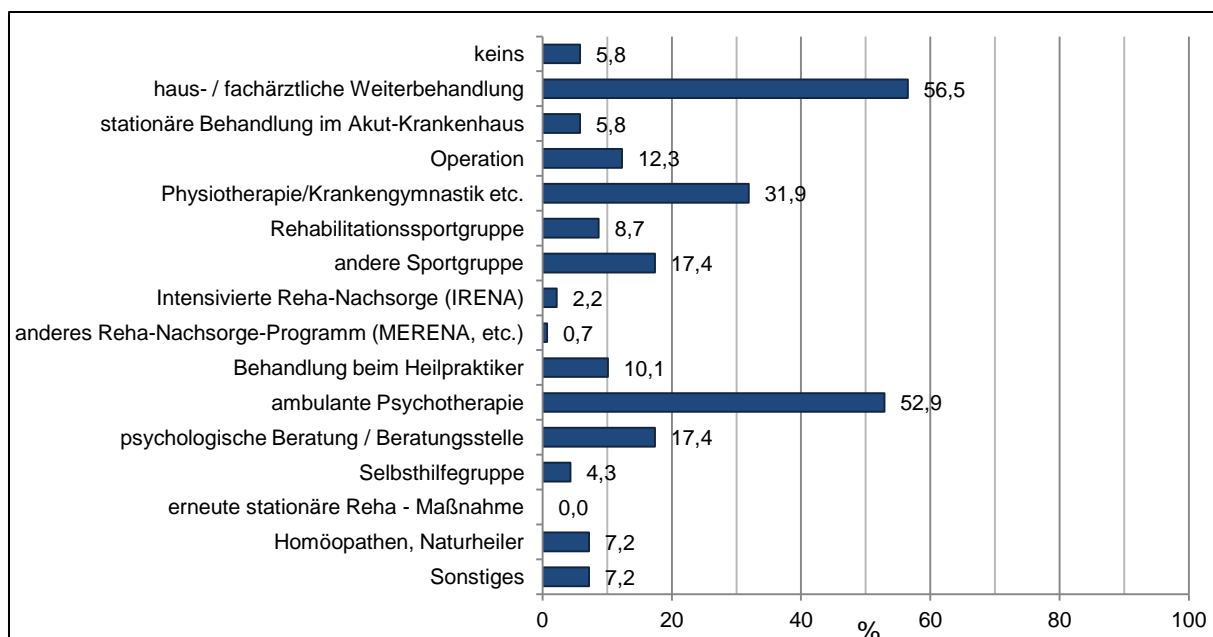
Wesentlich bei der Nachbehandlung ist die poststationäre medizinisch-therapeutischen Versorgung. Hierzu gibt Abbildung 12 einen Überblick. Demnach waren knapp vier von fünf der Patienten in der Zeit nach der Rehabilitation in allgemeinmedizinischer Behandlung. Immerhin zwei Drittel waren in einer psychotherapeutischen Behandlung. Keinerlei Behandlung haben lediglich 3% in Anspruch genommen.

Abbildung 12: Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach Entlassung aus der stationären Behandlung im Klinikzentrum Lindenallee (Mehrfachantworten möglich; 100% entsprechen jeweils N=138).



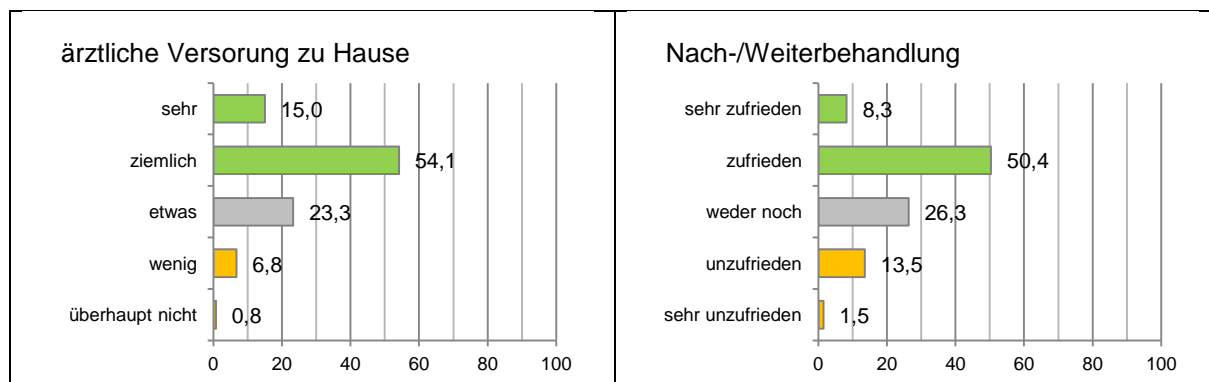
Neben der medizinisch-ärztlichen Versorgung und Psychotherapie gibt es eine Reihe zusätzlicher Angebote der Gesundheitsversorgung, deren Inanspruchnahme in Abbildung 13 dargestellt ist. An erster Stelle steht hier die Krankengymnastik, die von immerhin jedem Dritten in Anspruch genommen wurde. Mit Ausnahme von sportlichen Angeboten finden spezifizierte Rehabilitationsnachsorgemaßnahmen mit insgesamt knapp 3% nur wenig Berücksichtigung. Auch Selbsthilfegruppen liegen mit 4% noch unter den Kennwerten von Heilpraktikern und Homöopathen. Externe (psychologische) Beratung wird von knapp jedem Sechsten eingeholt.

Abbildung 13: Inanspruchnahme sonstiger Angebote der Gesundheitsversorgung nach Entlassung aus der stationären Behandlung im Klinikzentrum Lindentallee (Mehrfachantworten möglich; 100% entsprechen jeweils N=138).



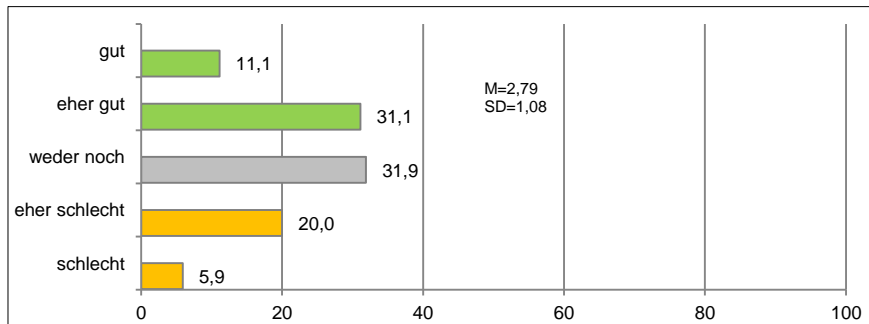
In der überwiegenden Mehrheit zeigen sich die Patienten/-innen mit der ärztlichen Versorgung und der Weiterbehandlung zu Hause zufrieden. Nur jeweils knapp 8% bzw. 15% sind wenig bis gar nicht bzw. unzufrieden und sehr unzufrieden (Abbildung 14). Den eigenen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Katamnese bewerten ca. 40% als gut oder eher gut, 26% geht es nicht gut, jeder Dritte zeigt sich unentschieden (Abbildung 15).

Abbildung 14: Zufriedenheit mit poststationärer Versorgung



Anmerkung: Positive Bewertungen sind grün, negative orange und indifferente grau markiert

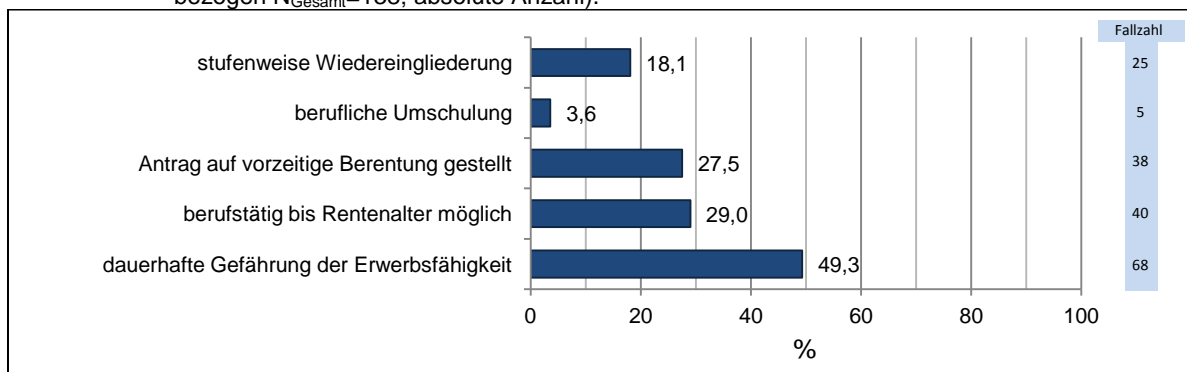
Abbildung 15: Gesundheitszustand bei Katamnese für die Gesamtstichprobe,



Anmerkung: Positive Bewertungen sind grün, negative orange und indifferente grau markiert

3.6. Berufsleben

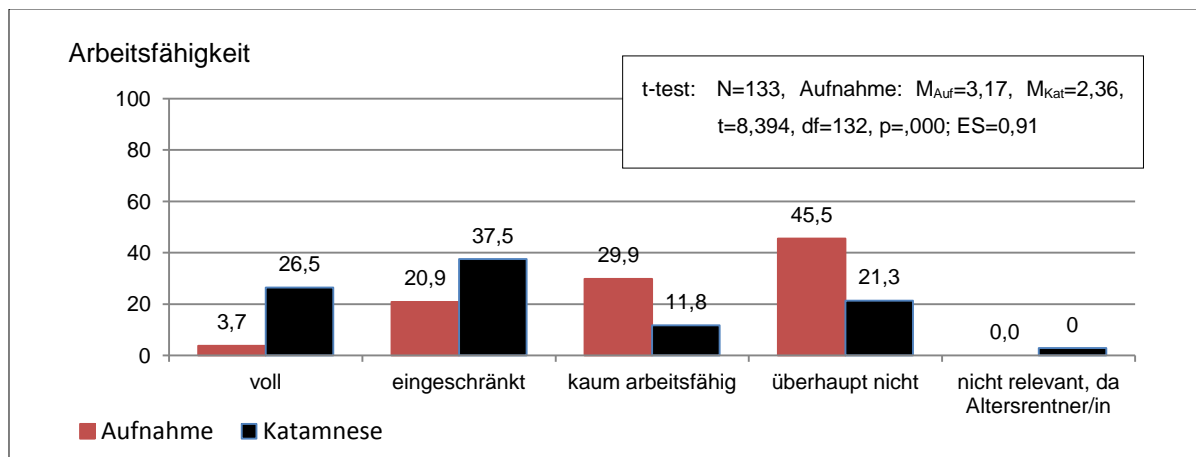
Ein wesentliches Erfolgskriterium von Rehabilitationsbehandlungen ist die Erlangung der Arbeitsfähigkeit, wie auch die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Berufsalltag. Von der untersuchten Stichprobe haben 18% der Patienten im Anschluss an die Rehabilitation an einer stufenweisen Wiedereingliederung teilgenommen und fünf Personen eine berufliche Umschulung in Angriff genommen. Demgegenüber steht ein Anteil von immerhin 28%, die im Anschluss einen Antrag auf vorzeitige Berentung gestellt haben. Von denen, die keinen Antrag gestellt haben, führen immerhin N=17 (21,3%) entsprechende Überlegungen (Abbildung 16). Jeder zweite sieht seine Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet und auch nur knapp 30% sind der Meinung bis ins Rentenalter berufstätig sein zu können.

Abbildung 16: Maßnahmen in Hinblick auf berufliche Entwicklung zum Zeitpunkt der Katamnese (Prozentanteil bezogen $N_{\text{Gesamt}}=138$; absolute Anzahl).

Die persönliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit verändert sich im Vergleich von Aufnahme und Katamnese signifikant. Hier wurden alle Patienten nach ihrer subjektiven Arbeitsfähigkeit befragt, unabhängig davon, ob sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen oder nicht. Hierzu liegen Angaben von N=133 Patienten vor. Bei Aufnahme schätzten sich über 75% der Patienten/-innen nach eigenem Ermessen kaum oder überhaupt nicht arbeitsfähig ein, 21% nur eingeschränkt. Lediglich 3,7% bezeichnen sich als voll arbeitsfähig. Ganz anders bewerten sich die Patienten bei Katamnese: gut jeder vierte ist voll arbeitsfähig, 38% immerhin eingeschränkt. Nur jeder Dritte ist auch nach der

Rehabilitation kaum oder gar nicht arbeitsfähig. Die Effektstärke der Veränderung ist mit $ES=,91$ in Anlehnung an die Taxonomie von Cohen ebenfalls als groß zu bezeichnen (Abbildung 17).

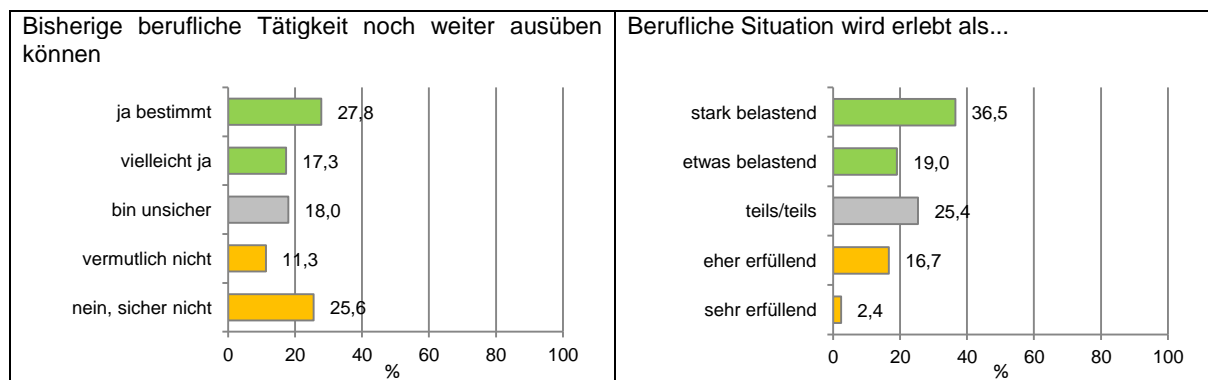
Abbildung 17: Persönlich eingeschätzte Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme und Katamnese in Prozent; t-Test bei abhängigen Stichproben, Effektstärke ES.



Alle folgenden Ergebnisse zum beruflichen Umfeld beziehen sich, wenn nicht anders benannt, ausschließlich auf die Teilstichprobe der $N=78$ erwerbstätigen Patienten.

Befragt man die Patienten explizit nach ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit besteht doch eine hohe Skepsis, ob sie in Ihren bisherigen Beruf zurückkehren können. Lediglich 28% sind sich da sicher, jeder vierte hingegen kann es sicher ausschließen. Auf der anderen Seite wirkt sich die aktuelle berufliche Situation überwiegend belastend für die Patienten aus. Nur knapp jeder fünfte erlebt seinen Beruf als (eingeschränkt) erfüllend (Abbildung 18).

Abbildung 18: Bisherige berufliche Tätigkeit; berufliche Situation (Prozente)



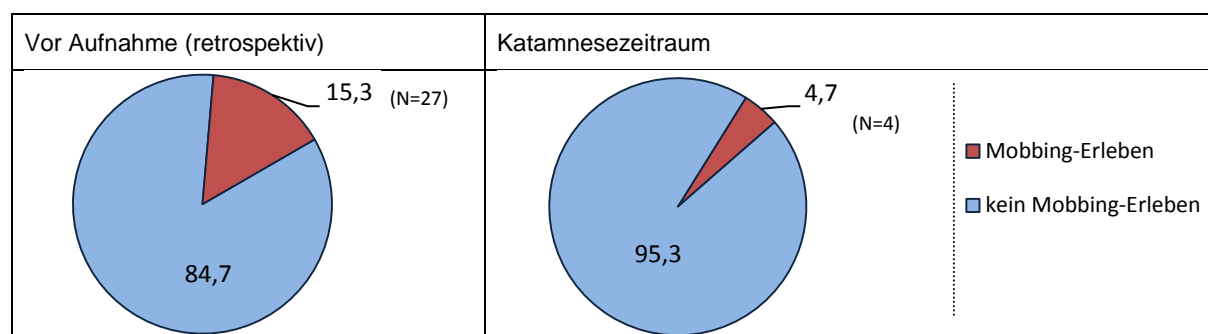
Anmerkung: Positive Bewertungen sind grün, negative orange und indifferente grau markiert

Ein Konzept das zunehmend Bedeutung im beruflichen Alltag findet ist das sogenannte Mobbing, also systematische Sticheleien, Feindseligkeiten, kleine Gemeinheiten und wahrgenommene oder tatsächliche Benachteiligungen am Arbeitsplatz. Zu deren Erfassung wurde im Rahmen dieser Studie die Trierer Mobbing-Kurz-Skala TMKS (Klusemann et al., 2008) eingesetzt. Die Identifikation von

tatsächlich vorhandenen Mobbing beruht auf dem Erleben von minimal einem von zehn unterschiedlichen Mobbing-Erlebnissen, das häufiger als dreimal pro Monat in einem Zeitraum von mindestens einem halben Jahr als geringste Ausprägung auftreten muss. Im Folgenden werden jene Patienten herangezogen, die zum Katamnesezeitpunkt erwerbstätig oder arbeitslos waren (N=85), da für retrospektive Einschätzung vor der stationären Rehabilitationsbehandlung mehr Patienten (N=121, 87,7% von 138) Angaben zur vorstationären Zeit gemacht hatten und der „Überhang“ gegenüber dem K-Zeitpunkt nicht eindeutig interpretiert werden kann. Betrachtet man alle Kriterien zusammen, so werden insgesamt N=13 bei Aufnahme und N=4 Personen bei Katamnese mit Mobbing-Erleben klassifiziert (Abbildung 19).

Das entspricht einer Quote von 15,3% bzw. 4,7%, bezogen auf Gesamtstichprobe. Insgesamt liegen die Raten, insbesondere bei Behandlungsbeginn deutlich höher als die veröffentlichten Prävalenzraten von 1,5 bis 3% in der Allgemeinbevölkerung (Zapf, 1999). Im Vergleich zu einer weiteren Psychosomatik-Stichprobe liegt der Anteil bei Aufnahme allerdings auch niedriger (24% bei Kobelt et al. 2010).

Abbildung 19: Prozentanteile von diagnostiziertem Mobbing-Erleben am Arbeitsplatz nach TKMS (Kluse et al., 2008)



Ein großer Abschnitt des Katamnesefragebogens beschäftigte sich mit Veränderungen am Arbeitsplatz nach Entlassung aus der stationären Behandlung und der persönlichen Bewertung dieser Veränderungen. Die entsprechenden Fragen wurden wiederum nur von jedem zweiten der angeschriebenen Patienten beantwortet. Bei den Veränderungen ist dennoch auffällig, dass doch eine Vielzahl von Änderungen, von neuen Arbeitsbereichen (35%), neuen Kollegen (42%) und auch neuem Chef (32%) und Arbeitgeber (22%) beschrieben ist. Lediglich 21 Personen (41%) geben keine Änderungen an. Die Veränderungen selbst werden hierbei als überwiegend positiv erlebt (Abbildung 20), wobei zu berücksichtigen ist, dass die zugrundeliegenden Stichproben sehr klein sind.

Insgesamt sehen die Patienten/-innen ihren aktuellen Arbeitsplatz aber sehr positiv. Eine insgesamt etwas schlechtere Beurteilung erfährt nur die Frage nach beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten (vgl. Abbildung 21).

Darüber hinaus wurden insgesamt zwölf Aspekte der persönlich eingeschätzten Arbeitsfähigkeit erfragt. Abbildung 22 stellt die Ergebnisse der Einzelfragen als farblich markierte Balkendiagramme dar. Verbesserungen sind dabei grün, Verschlechterungen orange und keine Veränderungen grau markiert. Es wird deutlich, dass der Grad der Veränderungen stark variiert: Die stärksten Veränderungen sind bei der Ausgeglichenheit dokumentiert, bei der nur jeder vierte keinerlei Veränderungen angibt, die wenigsten Veränderungen gibt es bei der Kompetenz im Umgang mit dem

Vorgesetzten. Darüber hinaus ist deutlich, dass es sich um deutlich mehr Verbesserungen als um Verschlechterungen handelt. So stehen bspw. bei der geistigen Leistungsfähigkeit Verbesserungen bei jedem zweiten, nur Verschlechterungen bei knapp 15% gegenüber.

Abbildung 20: Veränderungen am Arbeitsplatz nach dem stationären Aufenthalt und deren Bewertung (berücksichtigt sind ausschließlich Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen bzw. stehen könnten, Prozent Mittelwerte)

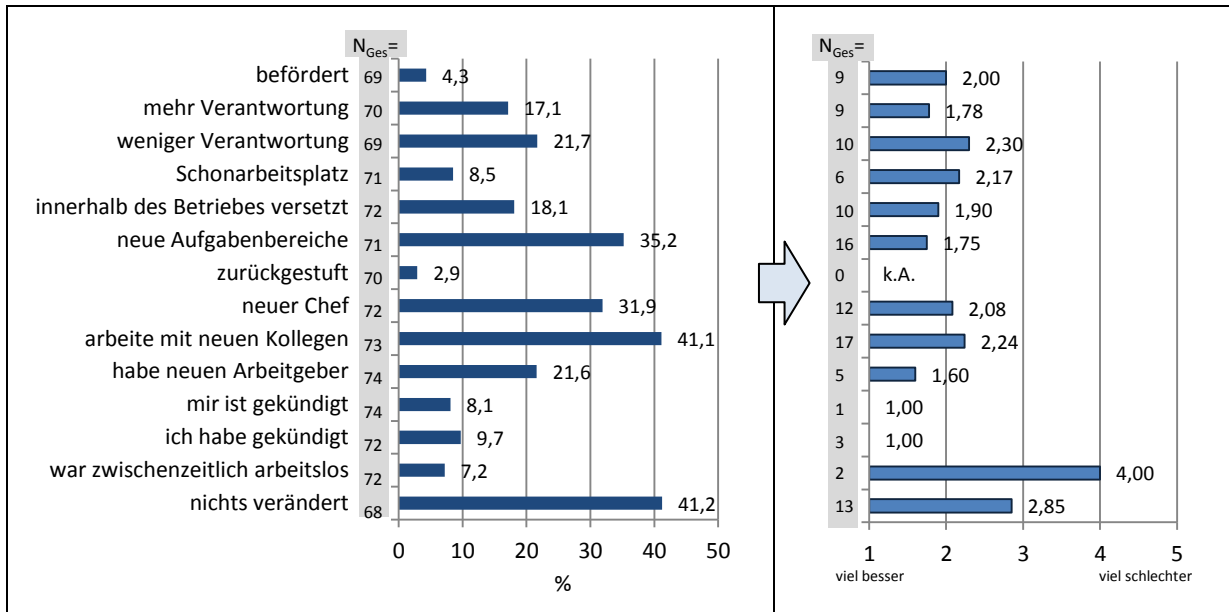


Abbildung 21: Beurteilung der aktuellen Arbeits- bzw. Berufssituation bei Katamnese, Anteil Patienten mit positiven Bewertungen in Prozent (N_{max}=78)

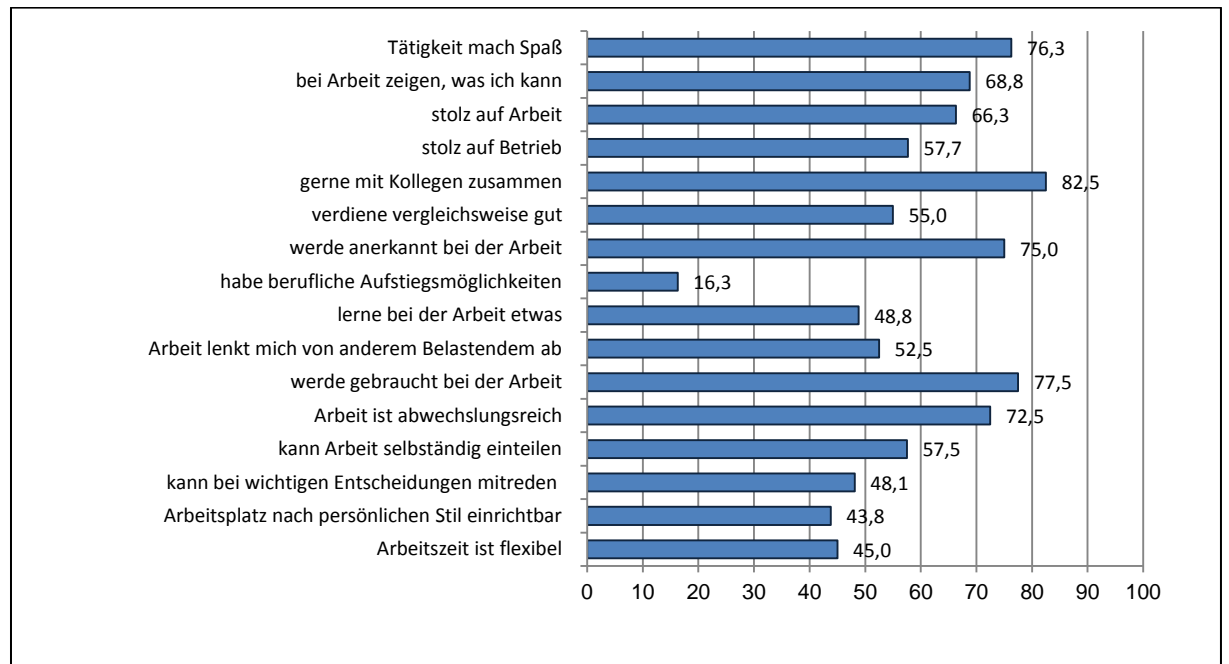


Abbildung 22: Subjektiv wahrgenommene Veränderungen des eigenen Arbeitsverhaltens bei Katamnese (direkte Veränderungs-messung; N=75)

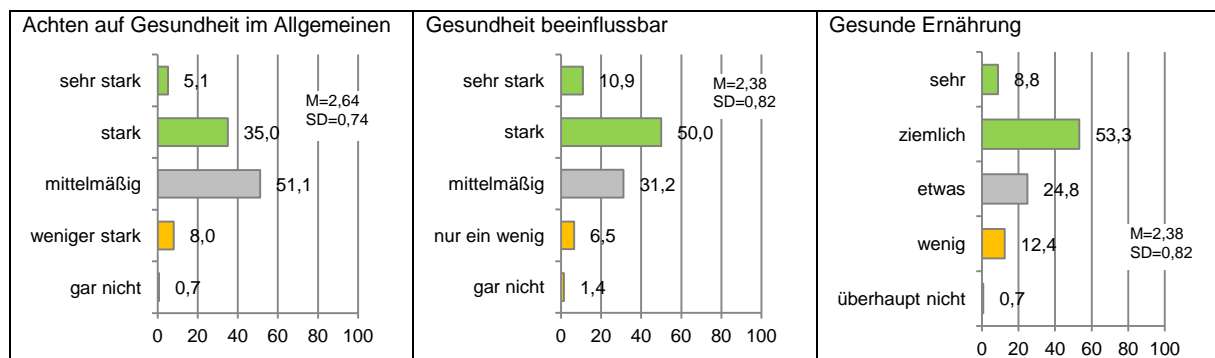


Anmerkung: Verbesserungen sind grün, Verschlechterungen orange markiert, keine Veränderungen grau

3.7. Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren zum Zeitpunkt der Katamnese

Das Gesundheitsverhalten wurde direkt erfragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten/-innen achten fast alle zumindest in mittelmäßigem Ausmaß auf Ihre Gesundheit achten. Nur jeder zehnte achtet weniger stark bzw. gar nicht darauf. Ganz ähnlich zeigt sich die prozentuale Verteilung in Hinblick auf die Frage, ob die Gesundheit beeinflussbar sei und ob sich der/die Patient/-in gesund ernährt (Abbildung 23).

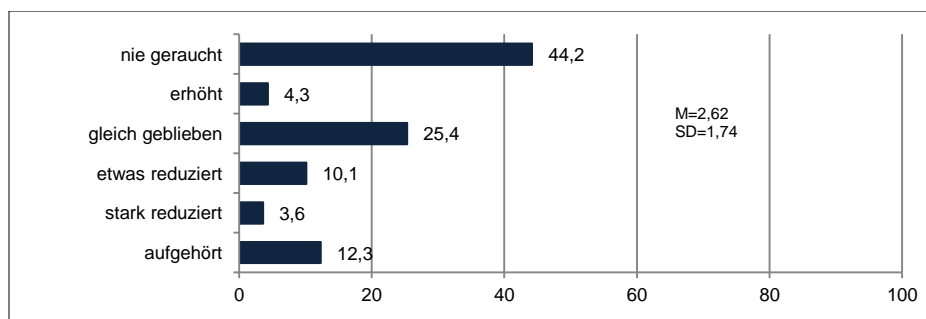
Abbildung 23: Gesundheitsverhalten bei Katamnese für die Gesamtstichprobe(N=130)



Anmerkung: Positive Bewertungen sind grün, negative orange und indifferente grau markiert

Als Indikator für Risikoverhalten wird hier im Folgenden das aktive Rauchverhalten bzw. insbesondere Verhaltensänderungen im poststationären Zeitraum dargestellt (Abbildung 24). Dabei ist festzustellen, dass knapp jeder vierte durch die Behandlung sein Rauchverhalten reduziert bzw. sogar ganz aufgegeben hat (10% bzw. 12%); andererseits hat sich das Rauchverhalten auch bei 4%. Bei einem durchschnittlichem Anteil von 44% an Nie-Rauchern, und 12%, die es aufgegeben haben, ist es dennoch so, dass fast jeder zweite (44%) weiterhin aktiv raucht. Unabhängig von Alters- und Geschlechtseffekten ist dies deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, in der 30% aktive Raucher/-innen (2009; Robert-Koch-Institut / Lampert, 2011).

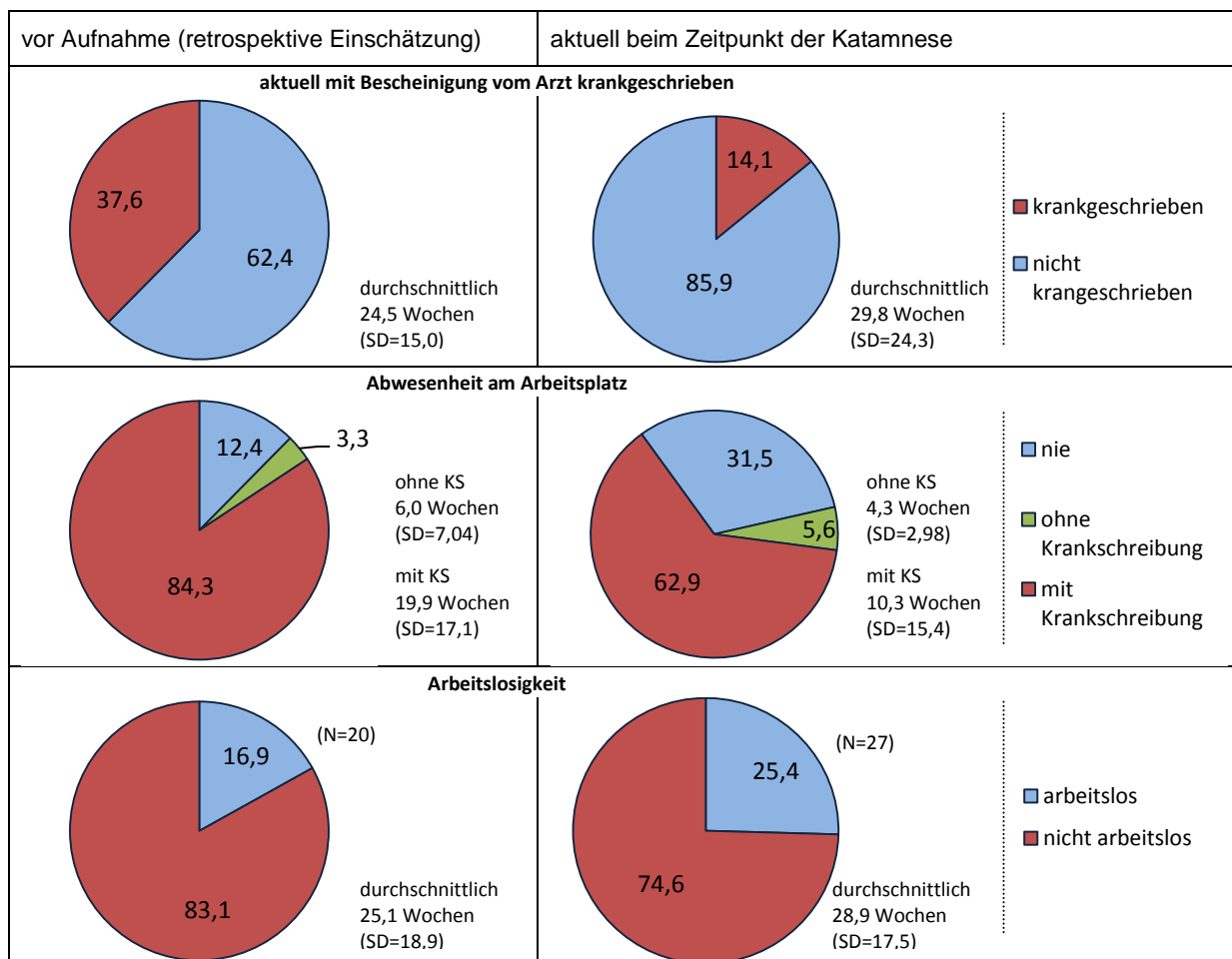
Abbildung 24: Aktives Rauchverhalten (Status und Änderung) bei Katamnese (N=131)



3.8. Kostenrelevante Aspekte

Im Rahmen der katamnestischen Befragung wurden auch eine Reihe kostenrelevanter Fragen in Gegenüberstellung der Beurteilung der Zeit vor der Rehabilitation und der aktuellen Situation bei Entlassung gestellt. Erfragt wurden Arbeitsunfähigkeitszeiten und Kennzahlen zu Arbeitslosigkeit (Abbildung 25), Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten und dem Rentenbegehren (Abbildung 26). Die deskriptive Darstellung der entsprechenden Kennwerte zeigt auf den betrachteten Parametern unterschiedliche Entwicklungen zwischen dem Jahreszeitraum vor der Rehabilitation und dem Katamnesezeitraum danach: So reduziert sich bei den berufstätigen Patienten (N=75) der Anteil derer, die aktuell bei Datenerfassung durch einen Arzt krankgeschrieben wurden von 38% auf 14%, allerdings bei einem gleichzeitigen Anstieg der durchschnittlichen Krankschreibungszeit von 25,1 auf 28,9 Wochen. Rechnet man diese Angaben für die erwerbstätigen Patienten auf die absolute Gesamtwochenzahl um, so ergibt sich eine Reduktion von 136% (715 Wochen vor Aufnahme vs. 301 Wochen im Jahr nach Entlassung).

Abbildung 25: AU-Zeiten, Abwesenheit, Arbeitslosigkeit (Prozente)



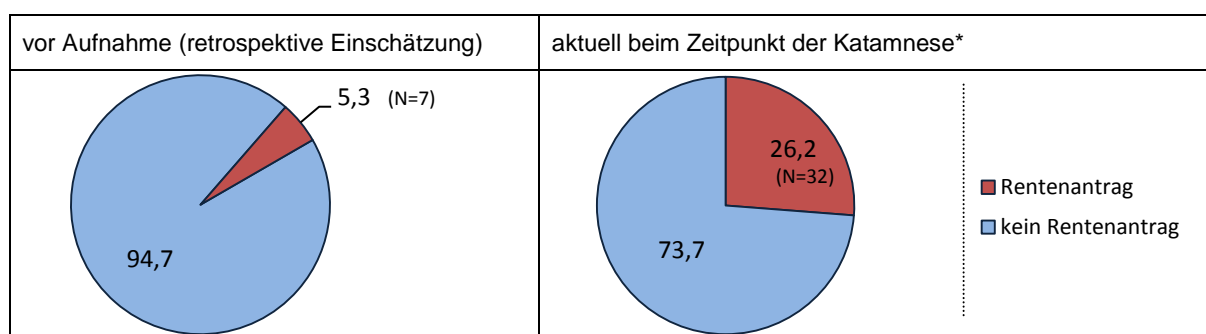
Auch der Anteil derer, die Fehlzeiten am Arbeitsplatz hatten, ist deutlich gefallen. So gaben vor der Reha lediglich 12% an im Jahreszeitraum nicht am Arbeitsplatz gefehlt zu haben, im Katamnesezeitraum waren es immerhin 31%. Krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten am Arbeitsplatz

waren in der Regel mit Krankschreibung, wobei hinsichtlich der Dauer eine Halbierung von knapp 20 Wochen auf gute 10 Wochen dokumentiert ist. Die Gesamtreduktion beträgt hier der 149% (1251 vs. 503 Wochen). Hinsichtlich der Arbeitslosigkeit ist eine Zunahme von 7 Personen zu verzeichnen, die zusätzlich keine Arbeit haben, das entspricht einem Sprung von knapp 17 auf etwa 25 Prozent (Abbildung 25). Bezüglich der Häufigkeit der Arztbesuche ist hingegen ein Rückgang zu verzeichnen. So waren zwar im Jahr vor der Rehabilitation mit N=3 Patienten (2,2%) fast genauso viele Patienten nie beim Arzt wie im Katamnesezeitraum (N=4; 2,9%), die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche sank jedoch von 16 (SD=11,5) auf 13 (SD=11,1).

Bei den Krankenhausbesuchen ist ein vergleichbarer Rückgang dokumentiert. Waren in dem Jahr vor der stationären Rehabilitation N=37 Personen (26,8%) stationär in einem Krankenhaus aufgenommen, so waren es bei Katamnesezeitpunkt lediglich N=20 (18,8%). Hinsichtlich der Dauer der Aufenthalte ist die Reduktion geringer: waren es im ersten Zeitraum durchschnittlich M=4,08 Wochen (SD=4,26), so waren es beim Katamnesezeitpunkt mit M=3,71 (SD=4,41) nur begrenzt weniger. Dies entspricht eine absoluten Reduktion von 106% (142 vs. 69 Tage).

Ein weiterer kostenrelevanter Aspekt stellt zudem die Frage dar, wie viele der Patienten wieder zurück ins Berufsleben geführt werden können. Hierzu ist die Entscheidung der Betroffenen, einen Rentenantrag zu stellen, ein wesentlicher Indikator. Wie Abbildung 26 zeigt, erhöht sich der Anteil der Rentenantragsteller zum Zeitpunkt der Katamnese gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt in die Klinik deutlich von 5 auf über 25%.

Abbildung 26: Rentenantrag gestellt (Prozente)



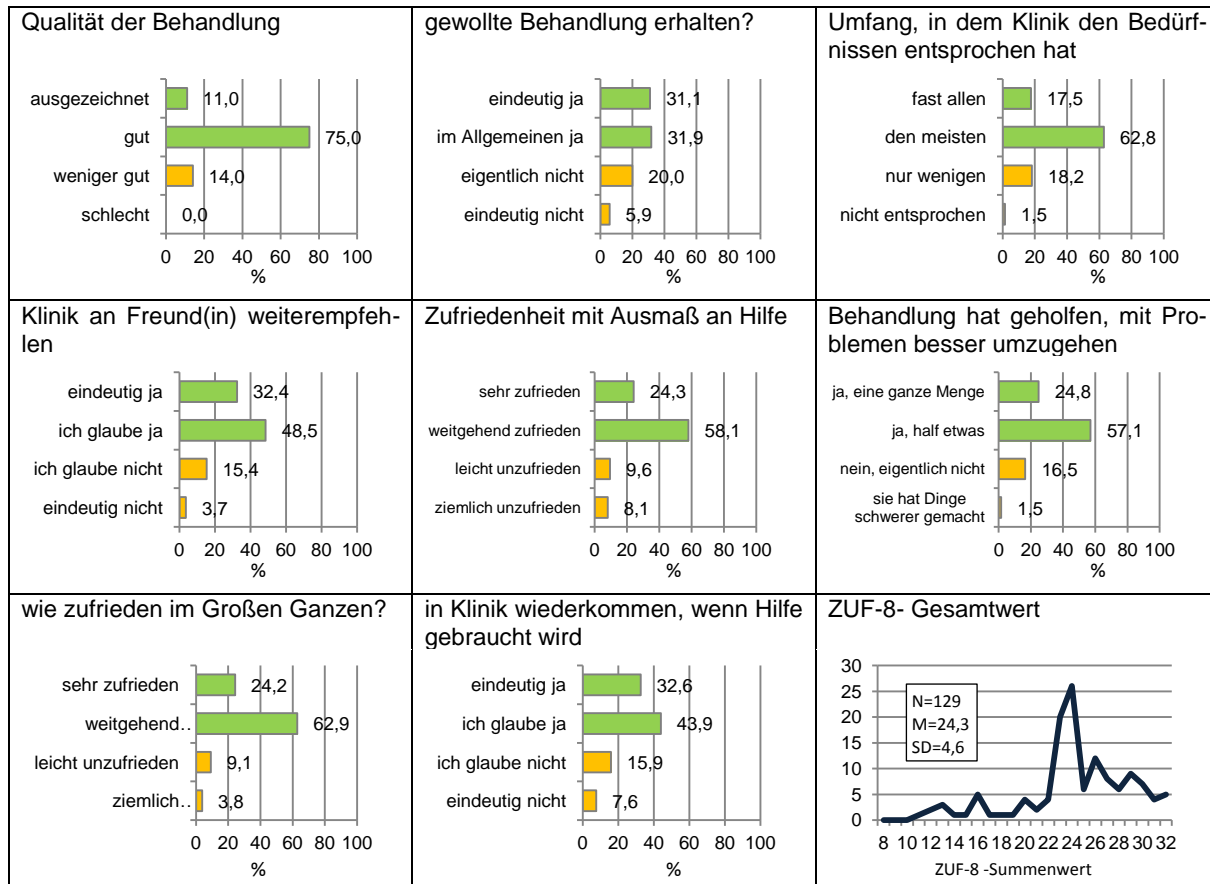
*Grundlage nur Patienten, die vor der Rehabilitation nicht schon einen Rentenantrag gestellt hatten (N=131)

3.9. Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF8)

Ein weiteres wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Ergebnisqualität ist die subjektive Zufriedenheit mit der Maßnahme. Der ZUF-8 (Schmidt, 2008; Kriz, Nübling, Steffanowski, Wittmann, Schmidt, 2008) ist ein bewährtes, weit verbreitetes und ökonomisches Instrument zur Erfassung dieser Zufriedenheit. In Abbildung 27 sind sowohl die Verteilungen der Einzelitems, wie auch der aggregierte Gesamtsummenwert des ZUF-8 dargestellt. Der durchschnittliche Gesamtwert von M= 24,3 liegt knapp unter dem Cut-Off einer indikationsübergreifenden Referenzstichprobe stationärer Rehabilitanden (M=24,5; N=53.177; Kriz et. al., 2007) und deutlich über dem indikationsspezifischen Referenzwert (Psychosomatik: M=23,5; N=15.702; ebenda). Insgesamt ist also auf eine hohe Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen mit der stationären Behandlung zu schließen. So bezeichnen etwa 85% die Qualität der Behandlung als ausgezeichnet oder gut, um jeweils 80% sind

zufrieden mit dem Ausmaß an Hilfe, die sie erhalten haben, würden die Klinik einem Freund oder einer Freundin weiterempfehlen oder sind der Meinung, dass ihnen die Behandlung geholfen hat, mit Problemen besser umzugehen.

Abbildung 27: ZUF-8. Prozentangaben der Einzelitems; Verteilung des Gesamtwerts inklusive deskriptiver Kennwerte



Anmerkung: Positive Bewertungen sind grün und negative orange markiert

4. Diskussion

Die Ergebnisbewertung der Pilotstudie fällt durchaus positiv aus. Eine Beteiligungsquote von über 60% bei einer postalischen Nachbefragung ein Jahr nach der stationären Behandlung kann als großer Erfolg gewertet werden. Das erfasste Patientenspektrum erweist sich sowohl mit seinem hohen Frauenanteil, einem Durchschnittsalter von 51 Jahren und der Häufigkeit von F3 und F4-Diagnosen nach ICD-10 als typisch für die psychosomatische Rehabilitation, so dass trotz der insgesamt kleinen Stichprobe von einer relativen Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden kann. Bei gut jedem fünften der untersuchten Personen ist eine ausreichende Rehabilitationsmotivation zu Beginn der Behandlung zumindest fraglich, Wege zur Motivationssteigerungen rücken folglich bei ihnen in den Fokus.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Situation bei Aufnahme zeigen sich die untersuchten Patienten als stark belastet. Im Vergleich zu anderen Patientengruppen der psychosomatischen Rehabilitation sind die Werte z.T. höher.

Die gesundheitliche Verfassung hat sich im Vergleich von Aufnahme zur Einjahreskatamnese in der subjektiven Einschätzung deutlich verbessert. Die Effektstärken sind allesamt als groß zu bezeichnen. Auch wenn eine retrospektive Erfragung der Prä-Werte ggf. zu einer Überschätzung der Effekte führen kann, so sind die Effekte doch so groß, dass von einer tatsächlichen und insbesondere auch stabilen Entwicklung ausgegangen werden kann. Die größten Verbesserungen werden beim „Seelischen Befinden“ und der „Ausgeglichenheit“ erzielt, letztlich also in den von der Therapie fokussierten Kernbereichen psychosomatischer Erkrankungen. Eine entsprechende Differenzierung somatischer bzw. psychischer Aspekte wird beim Aufnahme-Katamnesevergleich von gesundheitlichen Beschwerden noch deutlicher: Sind die Effekte bei eher psychisch bedingten Beschwerden wie der Ermüdung/Erschöpfung und Antriebslosigkeit vergleichbar hoch, so werden bei typisch somatischen Beschwerden wie Kreuz-, Rücken- oder Nacken- Schulterschmerzen, zwar auch positive Ergebnisse erzielt, in ihrem Wirkungsgrad aber deutlich niedriger. Diese insgesamt positiven Ergebnisse dürfen nicht den Blick darauf verdecken, dass viele der Beschwerden wie traurige Verstimmung, und gerade auch Erschöpfung/Ermüdung bei Katamnese gänzlich verschwunden wären. Hinweise darauf, dass die Patienten auch nach der Entlassung mit ihrer Erkrankung beschäftigt sind, geben auch die relativ hohen Raten an poststationärer ambulanter Weiterbehandlung: so haben zwei Drittel mindesten einmal einen Psychotherapeuten aufgesucht (was ja auch ein Ziel der stationären psychosomatischen Rehabilitation ist) und jeder dritte einen Psychiater. Neben 77% die einen Allgemeinmediziner konsultierten, sind auch die Raten für Fachärzte somatischer Erkrankungen mit vergleichsweise hohen Anteilen dabei: so hat jeder zweite einen Orthopäden und 40% einen Neurologen konsultiert.

Die Erfassung des standardisierten Verfahrens Health-49 zur Erfassung allgemeiner Aspekte der psychosozialen Gesundheit in der Routinediagnostik erlaubt entsprechende Vergleiche zumindest für den Aufnahme-Entlass-Katamnesevergleich. Die Ergebnisse zeigen hierbei deutlich, dass es den typischen Verlauf einer starken Verbesserung während des stationären Aufenthalts gibt, der allerdings in dieser Ausprägung im poststationären Zeitraum nicht gehalten werden kann. Diese Nivellierung zum Katamnesezeitpunkt ist allerdings realistisch und entspricht den Ergebnissen anderer vorliegender Katamneseuntersuchungen in der Psychosomatischen Rehabilitation (vgl. z.B. Schmidt et al., 2003, Steffanowski et al., 2007). Nichtsdestotrotz sind die hier gemessenen Effektstärken im A-K-Vergleich immer noch beachtlich. Der Vergleich mit veröffentlichten Studien zum Health-49 zeigt für die Klinik Lindenallee vergleichbare Effektivität der Therapie, in den Bereichen „phobische Angst“ und „soziale Belastung“ sogar in deutlich höherem Ausmaß, im Bereich „Selbstwirksamkeit“ hingegen in geringerem.

Die Bewertung der Behandlung wird von den Patienten insgesamt als sehr positiv gesehen. Als Verbesserungspotenzial können ggf. die Fragen nach „persönlichem Bezug“, nach der „Alltagsnützlichkeit der Erfahrungen“, die die Patienten/-innen gemacht haben, sowie das „frühzeitige Ansprechen von Nachsorgemaßnahmen am Wohnort“ als gesehen werden.

Der Nutzen der RehaMaßnahme von der überweiegenden Mehrheit der Patienten positiv beurteilt. Dies korrespondiert auch mit der relativ hohen Reduktion der so genannten kostenrelevanten Variablen, wie Krankschreibungen, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Arztbesuchen oder Krankenhaustagen.

Der Zusammenhang des aktuellen Gesundheitszustandes und der beruflichen Situation wird im Fragebogen umfangreich erfasst. Zum Einen ist festzuhalten, dass zum Zeitpunkt der Katamnese immerhin noch jeder zweite seine berufliche Erwerbsfähigkeit gefährdet sieht und nur 29% Prozent die Möglichkeit sehen, bis ins Rentenalter berufstätig zu sein. Letzteres ist nicht eindeutig von den jeweiligen Arbeitsmarktchancen diese Patienten zu trennen. Allerdings haben auch insgesamt 38

Patienten im Katamnesezeitraum einen Antrag auf vorzeitige Berentung gestellt, d.h. sie sehen für sich keine Möglichkeit mehr, weiter erwerbstätig zu bleiben. Diesen eher ernüchternden Ergebnissen stehen deutliche Verbesserungen in der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit gegenüber: waren bei Aufnahme nur 3% voll arbeitsfähig, so steigern sich dieser Anteil auf knapp 30%, der Anteil der eingeschränkt Arbeitsfähigen steigt auf knapp 40%. Insgesamt wird eine klare Differenzierung derjenigen, die es sich nicht mehr vorstellen können zu arbeiten und denjenigen, die wieder zur Arbeitsfähigkeit finden, deutlich. Allen gemein ist, dass die berufliche Situation überwiegend als sehr relevant erlebt wird.

Bezüglich des Mobbing-Erlebens werden auf Grundlage des eingesetzten Diagnosekriteriums zumindest für den Zeitpunkt der Aufnahme relativ hohe Prävalenzen gefunden. Ursachen hierfür könnten neben dem tatsächlichen Vorhandensein auch in der hinsichtlich Zeitvorgabe relativ unbegrenzten Instruktion zum Fragebogen liegen (sie bezog sich allgemein auf Berufstätigkeiten in der Zeit vor der Reha). Die Abweichungen gegenüber Referenzdaten der Allgemeinbevölkerung bedürften einer differenzierteren Abklärung. In einer vergleichbaren Stichprobe psychosomatischer Reha-Patienten fanden Kobelt et al. (2010) mit ca. 24% sogar einen noch höheren Anteil von mobbing Betroffener, sodass die hier erfassten Anteile bei Aufnahme auch durchaus realistisch sein können.

Zusammenfassend gibt die Studie erste Hinweise auf die längerfristige Ergebnisqualität der Psychosomatischen Klinik des Klinikzentrums Lindenallee. Sie gilt sowohl für gesundheitsbezogene als auch für kostenrelevante Merkmale. Ausgehend von einer in Teilen etwas schlechteren Ausgangslage (die Patienten beschreiben sich in einigen Merkmalen als kränker bzw. schwerer belastet) sind die Ergebnisse insgesamt gut vergleichbar mit denen anderer Katamneseuntersuchungen in der Psychosomatischen Rehabilitation. Besonders hervorzuheben ist die Reduktion bei den gesundheitsökonomisch relevanten Variablen sowie die hohen bzw. höheren A-K-Effektstärken. Letztere deuten darauf hin, dass sich die in der stationären Behandlung erreichten Effekte verstetigen. Die Patienten zeigen sich überdurchschnittlich zufrieden mit der stationären Behandlung, was ebenfalls deutlich für die Qualität der in der Klinik geleisteten Behandlung, respektive den erbrachten Service spricht.

Dennoch ergeben sich durch die Anlage der Studie, die als Pilotstudie unter Einbeziehung der vorhandenen Routinediagnostik konzipiert war, u.a. einige methodische Nachteile bzw. Schwächen daraus, dass es sich bei vielen Parametern um retrospektive Einschätzungen des Aufnahmezeitpunktes handelt. Diese Schwächen können nur durch eine prospektiv angelegte Prä-Post-Studie behoben werden. Sie könnten nicht nur die Messgenauigkeit erhöhen, sondern bei Einbeziehung auch des Entlassungszeitpunkts und ggf. mehrerer Katamnesezeitpunkte auch die Stabilität der Behandlungsergebnisse und ggf. auch Verlaufsunterschiede darstellen. In einer prospektiven Studie sollten die Ergebnisse darüber hinaus an einer größeren Patientenstichprobe repliziert werden können.

5. Literatur

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Deutsche Rentenversicherung (2012). Reha-Bericht 2012 Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/193722/publicationFile/30924/rehabericht_2012.pdf (27.03.2012).
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration: Ann Arbor, Michigan.
- Haupt, E. & Delbrück, H. (1998). Grundlagen der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Eds.), *Rehabilitationsmedizin* (pp. 35-44). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kobelt, A., Gutenbrunner, C., Schmid-Ott, G., Schwieckerath, J. & Petermann, F. (2010). Haben Menschen mit Mobbing-Erfahrungen, die einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, eine auffällige Persönlichkeit? *Psychother Psych Med*, 60, 279-285.
- Kordy, H. & Kächele, H. (1996). Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In J.M. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T. Von Uexküll, & W. Wesiack (Eds.), *Psychosomatische Medizin* (pp. 490-501). München: Urban & Schwarzenberg.
- Krauth, C., Hessel, F., Klingelhöfer, H. E., Schweikert, B., Hansmeier, T., Wasem, J. (2005). Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsprogrammen im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. *Rehabilitation*; 44: e46 – e56.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Psychometrische Prüfung des ZUF-8. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 67-79.
- Nübling, R. (2011). Die Rehabilitation hat kein Imageproblem! Zur kritischen Auseinandersetzung mit der Rehabilitationsforschung: Anmerkungen zum Gespräch mit Prof. Dr. Alfred Wirth. *Spektrum, Fachzeitschrift der DRV Baden-Württemberg*, 1/2011. 38-41.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2007). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH). *Phys Med Rehab Kuror*, 17, 133 – 140
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 55, 162-179.
- Robert-Koch-Institut / Lampert, T. (2011). Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2 (4). Verfügbar unter <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2011-9/PDF/9.pdf> (04.04.2011).
- Schmidt, J. (2008): Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit –ZUF-8. In Bengel, J., Wirtz, M. & Zwingmann, C. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation* (S. 255-258). Göttingen, Hogrefe.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006): Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49(2), 175-187.
- Statistisches Bundesamt (2009). Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit - Körpermaße der Bevölkerung . 2008/09. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Gesundheitszustand/Koerperma_C3_9Fe5239003099004.proper-ty=file.pdf [14.01.2011].
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- WHO (1993). *International Classification of Impairments, Activities and Participation (ICIDH-2)*. Genf: WHO.
- Zapf, D. (1999). Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43, 1-25

Kontakt

GfQG

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GbR)

Wendtstr. 1, 76185 Karlsruhe

E-mail: info@GfQG.de

Tel. 0721 – 89337040 · Fax: 03212 – 3528686

Dipl.-Psych. Dr. David Kriz

E-mail: kriz@GfQG.de

Mobil: 0174 - 700 77 80

Dipl.-Psych. Dr. Rüdiger Nübling

E-mail: nuebling@GfQG.de

Mobil: 0170 – 476 30 86

www.GfQG.de