



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern
und Schleswig-Holstein e.V.**

**Differentielle Wirksamkeit von ambulant/
teilstationärer im Vergleich zu stationärer
Rehabilitation bei psychischen/
psychosomatischen Erkrankungen**

**Projektleiter: S. Rabung, H. Schulz & U. Koch
Projektmitarbeiterin: S. Liebherz**

in Kooperation mit I. Musyal

**Abschlußbericht
September 2012**

Korrespondenzadresse:

Dr. Sven Rabung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, Haus W26
20246 Hamburg
E-Mail: srabung@uke.de

INHALT

A. EINLEITUNG	6
1 HINTERGRUND	6
1.1 STELLUNG DER PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATION IM GESUNDHEITSSYSTEM.....	6
1.2 STATIONÄRE VERSUS TEILSTATIONÄRE PSYCHOTHERAPIE.....	7
1.3 REHABILITATION VERSUS AKUTBEHANDLUNG	8
1.4 AMBULANTE/TEILSTATIONÄRE PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION.....	8
2 STAND DER FORSCHUNG ZUR PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATION	10
2.1 STATIONÄRE REHABILITATION	10
2.2 AMBULANTE/TEILSTATIONÄRE REHABILITATION	10
3 FRAGESTELLUNG	12
B. HAUPTTEIL	13
4 METHODE.....	13
4.1 ART DER STUDIE	13
4.2 DURCHFÜHRUNG DER STUDIE	13
4.2.1 Zeitlicher Ablauf.....	13
4.2.2 Messzeitpunkte	13
4.2.3 Patientenrekrutierung	14
4.2.4 Datenmanagement	14
4.3 BETEILIGTE EINRICHTUNGEN.....	15
4.3.1 RehaCentrum Hamburg	15
4.3.2 Vergleichskliniken aus dem QS-Reha®-Verfahren.....	16
4.4 PATIENTEN.....	16
4.4.1 Ambulante Untersuchungsstichprobe des RehaCentrums Hamburg	16
4.4.2 Stationäre Vergleichsstichprobe aus dem QS-Reha®-Verfahren	17
4.5 ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	18
4.5.1 Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (HEALTH-49).....	20
4.5.2 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZM).....	21
4.5.3 Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS).....	21
4.5.4 Global Assessment of Functioning (GAF).....	22
4.5.5 Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen – Patientenversion (PPZ-P).....	22
4.5.6 Patientenzufriedenheit (PaZ)	23
4.6 STATISTISCHE METHODEN	23
4.6.1 Umgang mit fehlenden Werten.....	23
4.6.2 Zufallsziehung einer gematchten Vergleichsstichprobe.....	24
4.6.3 Statistische Analysen.....	25

5	ERGEBNISSE	26
5.1	REPRÄSENTATIVITÄT DER UNTERSUCHUNGSSTICHPROBEN	26
5.1.1	Repräsentativität der Prä-post-Stichprobe	26
5.1.2	Repräsentativität der Katammesestichprobe	27
5.2	WELCHE PATIENTEN NEHMEN UNTER DEN BEDINGUNGEN DER AKTUELLEN VERSORGUNGSPRAXIS AMBULANTE REHABILITATIONSANGEBOTE IN ANSPRUCH (IMPLIZITE INDIKATION)?	28
5.2.1	Soziodemografische Charakteristika.....	28
5.2.1.1	Altersverteilung.....	28
5.2.1.2	Geschlechterverteilung.....	29
5.2.1.3	Nationalität.....	29
5.2.1.4	Familienstand, Partner- und Haushaltssituation	29
5.2.1.5	Schulbildung	31
5.2.1.6	Berufsabschluss.....	31
5.2.1.7	Erwerbssituation.....	31
5.2.2	Sozialmedizinische Merkmale	33
5.2.2.1	Arbeitsfähigkeit zu Beginn der stationären Behandlung	33
5.2.2.2	Krankheitszeiten.....	33
5.2.2.3	Laufendes Rentenverfahren.....	33
5.2.2.4	Einschätzung zur Rückkehr ins Erwerbsleben und zur beruflichen Leistungsfähigkeit	33
5.2.3	Klinische Merkmale	35
5.2.3.1	Behandlungsdiagnosen.....	35
5.2.4	Bisherige Inanspruchnahme.....	36
5.2.4.1	Vorherige Rehabilitationsbehandlungen	36
5.2.4.2	Ambulante und stationäre Inanspruchnahme.....	37
5.2.5	Behandlungsmerkmale	38
5.2.5.1	Behandlungsdauer	38
5.2.5.2	Kostenträger	38
5.2.5.3	Veranlassung der teilstationären Rehabilitation	38
5.2.5.4	Einbindung von Angehörigen in die Rehabilitation	40
5.2.5.5	Anzahl der psychotherapeutischen bzw. klinisch-psychologischen Kontakte während der Rehabilitation.....	40
5.2.5.6	Ergänzende Betreuung in anderen psychosozialen Einrichtungen während der Rehabilitation	40
5.2.5.7	Entlassungsform.....	40
5.2.5.8	Wichtige Ereignisse während der Behandlung.....	41
5.2.6	Vergleich ambulante vs. stationäre Patienten.....	42
5.3	WELCHE BEHANDLUNGSEFFEKTE LASSEN SICH FÜR DIE AMBULANTE REHABILITATION NACHWEISEN (EFFEKTIVITÄT)?.....	47
5.3.1	Kurzfristige Behandlungsergebnisse.....	47
5.3.1.1	Kurzfristige Behandlungsergebnisse im Patientenurteil.....	47
5.3.1.1.1	Veränderungen der psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49)	47
5.3.1.1.2	Veränderungen der Lebenszufriedenheit (FLZM).....	47
5.3.1.1.3	Globalurteil	50
5.3.1.1.4	Veränderung sozialmedizinischer Einschätzungen	50
5.3.1.2	Kurzfristige Behandlungsergebnisse im Therapeutenurteil.....	52
5.3.1.2.1	Veränderungen hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung (HoNOS-D)	52

5.3.1.2.2	Veränderungen im Globalen Funktionsniveau (GAF).....	53
5.3.1.3	Zusammenfassung der Behandlungsergebnisse in den standardisierten Skalen	53
5.3.2	<i>Mittelfristige Behandlungsergebnisse</i>	55
5.3.2.1	Behandlungsergebnisse im Patientenurteil	55
5.3.2.1.1	Veränderungen der psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49)	55
5.3.2.1.2	Veränderungen der Lebenszufriedenheit (FLZM).....	57
5.3.2.1.3	Zusammenfassung der Ergebnisse in den standardisierten Skalen	57
5.3.2.2	Veränderungen in den sozialmedizinischen Variablen.....	59
5.3.2.3	Veränderung der Inanspruchnahme	59
5.3.2.3.1	Inanspruchnahme psychosozialer Angebote.....	59
5.3.2.3.2	Stationäre Inanspruchnahme	63
5.3.2.3.3	Arztkontakte.....	63
5.3.2.3.4	Maßnahme zur berufsbezogenen Rehabilitation	63
5.3.3	<i>Therapiezielerreichung (PPZ-P)</i>	66
5.3.4	<i>Patientenzufriedenheit</i>	68
5.3.4.1	Gesamturteil	68
5.3.4.2	Belastungen während der Behandlung	68
5.3.4.3	Anfahrtsdauer	69
5.3.4.4	Angaben im Patientenzufriedenheitsfragebogen (PaZ)	69
5.4	WIE STELLEN SICH DIE EFFEKTE AMBULANTER REHABILITATION IM VERGLEICH ZU DEN BEHANDLUNGSERGEBNISSEN STATIONÄRER REHABILITATIONSMAßNAHMEN DAR (EFFIZIENZ)?	72
5.4.1	<i>Vergleichbarkeit der ambulanten und stationären Vergleichsstichproben</i>	72
5.4.2	<i>Vergleich der Effektivität ambulanter und stationärer Rehabilitation</i>	72
5.4.2.1	Vergleich der Behandlungsergebnisse im Patientenurteil	72
5.4.2.1.1	Veränderungen der psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49)	72
5.4.2.1.2	Veränderungen der Lebenszufriedenheit (FLZM).....	76
5.4.2.1.3	Zusammenfassung der Ergebnisse in den standardisierten Skalen	76
5.4.2.2	Veränderungen sozialmedizinischer Merkmale.....	77
5.4.2.2.1	Krankheitszeiten.....	77
5.4.2.2.2	Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie	77
5.4.2.2.3	Psychotherapeutische/psychiatrische Krankenhausaufenthalte	77
5.5	WELCHE PATIENTEN KÖNNEN BESONDERS VOM AMBULANTEN SETTING PROFITIEREN (EXPLIZITE INDIKATION)?	80
6	DISKUSSION	84
6.1	IMPLIZITE INDIKATION AMBULANTER PSYCHOSOMATISCHER REHABILITATION.....	84
6.2	EFFEKTIVITÄT AMBULANTER PSYCHOSOMATISCHER REHABILITATION.....	85
6.3	EFFIZIENZ AMBULANTER PSYCHOSOMATISCHER REHABILITATION	87
6.4	EXPLIZITE INDIKATION AMBULANTER PSYCHOSOMATISCHER REHABILITATION	88
6.5	EINSCHRÄNKUNGEN DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG.....	89
6.5.1	<i>Repräsentativität der Untersuchungsstichproben</i>	89
6.5.2	<i>Generalisierbarkeit der Ergebnisse</i>	90
6.5.3	<i>Weitere Einschränkungen</i>	90
6.6	WEITERGEHENDER FORSCHUNGSBEDARF	91

C. SCHLUSSTEIL	92
7 ZUSAMMENFASSUNG	92
8 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND PRAKTISCHE RELEVANZ DER ERGEBNISSE	94
9 WEITERE ANALYSEN NACH STUDIENENDE	94
10 LITERATUR	95

A. EINLEITUNG

1 Hintergrund

In diesem Abschnitt soll zunächst auf die Stellung der psychosomatischen Rehabilitation im Gesundheitssystem eingegangen werden. Dabei werden auch Zahlen zur Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen als Ursache für Rehabilitationsleistungen berichtet. Des Weiteren sollen verschiedene Begriffe geklärt werden: Es soll Rehabilitation von Akutbehandlung sowie stationäre von teilstationärer und ambulanter Psychotherapie abgegrenzt werden.

1.1 Stellung der psychosomatischen Rehabilitation im Gesundheitssystem

Seit Anfang der 1970er Jahre hat sich die Rehabilitation von Patienten¹ mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden, kurz „Psychosomatische Rehabilitation“, in Deutschland innerhalb der Medizinischen Rehabilitation als Versorgungsangebot etabliert und hat seither einen erheblichen Wachstumsprozess zu verzeichnen. Obgleich den psychischen und psychosomatischen Krankheiten als zweithäufigster Ursache für stationäre Rehabilitationsleistungen (mit 20,3% im Jahr 2010, nach Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe; vgl. DRV, 2011) im deutschen Rehabilitationssystem bereits heute eine zentrale Stellung zukommt, dürfte der Bedarf an rehabilitativen Angeboten für psychisch Kranke in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen. Ursachen hierfür liegen insbesondere in den steigenden Zahlen von Frühberentungen gerade bei psychisch Kranken und in fortgesetzten Bemühungen vor allem von Seiten der Krankenkassen, die Verweildauer von Patienten in Krankenhäusern für Psychosomatik und Psychotherapie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie deutlich zu verkürzen: Im Jahr 2010 beruhten bei den Frauen 45,6 und bei den Männern 33,4 Prozent der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf psychischen Störungen (DRV, 2011).

Aus dem zu erwartenden steigenden Bedarf an rehabilitativen Angeboten ergibt sich zugleich die Notwendigkeit der Weiterentwicklung bzw. Erweiterung rehabilitativer Konzepte für psychisch Kranke.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht jeweils nur die männliche Form verwendet. Es sei jedoch an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass stets sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sind.

1.2 Stationäre versus teilstationäre Psychotherapie

Tageskliniken sind Behandlungseinrichtungen, in denen die Patienten – anders als im vollstationären Setting – nur tagsüber (d.h. vergleichbar mit einer „normalen“ Arbeitswoche montags bis freitags von ca. 8:30 bis 16:30 Uhr) anwesend sind, also die Abende und Nächte sowie die Wochenenden zu Hause verbringen. Während der tagesklinischen Behandlung verbleiben die Patientinnen und Patienten in ihrem sozialen Umfeld und werden gleichzeitig in ein therapeutisches Milieu aufgenommen. Somit können die Patienten intensiv behandelt werden, verlieren dabei aber nicht den Kontakt zu ihren Alltagsrollen, was jedoch für einige Patienten eine Überforderung darstellt. Die stationäre Behandlung ermöglicht dem Patienten demgegenüber vorübergehenden Abstand zu seinem belastenden Umfeld. Dies kann jedoch auch dazu führen, dass bestehende Alltagsprobleme nicht bewältigt werden können, wodurch bei Entlassung eine erhöhte Rückfallgefahr gegeben ist (Geiselman & Linden, 2001).

Diese sogenannte teilstationäre Behandlungsweise ist auf der anderen Seite von der ambulanten Behandlung abzugrenzen, in der Patienten nur eine bis wenige Stunden pro Woche in Anspruch nehmen, wobei diese Begriffe im Bereich der medizinischen Rehabilitation oft synonym als Abgrenzung zur stationären Behandlungsform gebraucht werden.

Die erste psychiatrische Tagesklinik für Erwachsene wurde 1962 an der Universitätsklinik Frankfurt eröffnet (Eikelmann & Reker, 2004).

Teilstationäre Psychotherapie ist grundsätzlich effektiv, was mittlerweile sowohl in mehreren Übersichtsarbeiten (vgl. beispielsweise Kallert & Schützwahl, 2004) als auch durch die EDEN-Studie (Schützwahl et al., 2007) belegt werden konnte. Die EDEN-Studie ist eine randomisiert-kontrollierte Untersuchung, die erstmalig einen Vergleich von tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung hinsichtlich Effektivität und Kosten in einem internationalen multizentrischen Design durchführte. Insgesamt nahmen fünf europäische Länder und 1.117 Patienten teil. Die teilstationäre Behandlung erwies sich hinsichtlich psychopathologischer Symptomatik, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität als ebenso effektiv wie die vollstationäre Behandlung. Hinsichtlich der Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit zeigte sich sogar eine Überlegenheit sowohl zum Entlasszeitpunkt als auch zu beiden Katamnesezeitpunkten, die drei bzw. 12 Monate nach Entlassung lagen (Kallert et al., 2007).

Die EDEN-Studie belegt also in Übereinstimmung mit Vorbefunden und erstmalig für den deutschsprachigen Raum, dass tagesklinische Behandlung mindestens ebenso effektiv sein kann wie die vollstationäre Behandlung. Obwohl die psychiatrische tagesklinische Behandlung signifikant länger dauerte, verursachte sie dennoch weniger Kosten (Kallert et al., 2005).

Da sich diese Befunde zunächst nur auf den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich beziehen, soll im Abschnitt 1.4 gesondert die teilstationäre psychosomatische Rehabilitation beschrieben und im Abschnitt 2.2 der Stand der Forschung hierzu dargestellt werden.

1.3 Rehabilitation versus Akutbehandlung

Speziell in Deutschland wird zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation unterschieden. Im Bereich der Versorgung von psychisch/psychosomatisch erkrankten Patienten kann im Bereich der Akutbehandlung zusätzlich zwischen (primär supportiver und medikamentöser) psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung unterschieden werden.

Die überwiegende Anzahl der psychosomatischen/psychotherapeutischen Betten sind in der Bundesrepublik Deutschland im Bereich der medizinischen Rehabilitation und nicht im Bereich der Akutversorgung angesiedelt (Schulz & Koch, 2002). Kostenträger für eine medizinische Rehabilitation sind entweder Renten- oder Krankenversicherungen, für eine Krankenhausbehandlung kommen nur Krankenversicherungen als Kostenträger infrage. Sowohl Krankenhausbehandlung als auch Rehabilitation verfolgen das Ziel, die Krankheit eines Patienten zu heilen, eine Verschlimmerung abzuwenden und Beschwerden zu lindern. Krankenhausbehandlung verfolgt zusätzlich diagnostische Ziele während der Fokus einer Rehabilitation besonders auf einer Stabilisierung akut erreichter Behandlungserfolge liegt. Schulz und Koch (2002) fassen zusammen, dass grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass bei kurativer Zielsetzung, vitaler Gefährdung, schwerer Alltagsbeeinträchtigung, hohem Aufwand hinsichtlich medizinischer, pflegerischer und apparativer Leistungen sowie einer ausstehenden primären Diagnostik die Indikation für eine Akutbehandlung gegeben ist. Gerade im Bereich der psychosomatischen/psychischen Erkrankungen sei aber besonders schwer über eine differenzielle Zuweisung zu entscheiden.

1.4 Ambulante/teilstationäre psychosomatische Rehabilitation

Im Gegensatz zu anderen Ländern ist das System der medizinischen Rehabilitation in Deutschland insgesamt traditionell durch eine starke Gewichtung stationärer Angebote geprägt. Sieht man von frühen Ansätzen zur ambulanten Rehabilitation bei Suchtkranken und von spezifischen Entwicklungen in der Folge der Psychiatrie Enquete bei der Umgestaltung der Versorgung psychisch Kranker (Aufbau komplementärer Dienste) ab, werden im Rahmen der Rehabilitation in Deutschland erst seit Anfang der 90er Jahre ernsthaft Initiativen zum Ausbau eines ambulanten Angebotssystems diskutiert (Koch & Bürger, 1996). Neben vermuteten Kostenvorteilen der ambulanten Rehabilitation werden dabei auf der inhaltlichen Ebene Vorteile angeführt, die sich vor allem aus der Wohnortnähe der Leistungserbringung ergeben. Diese bietet grundsätzlich bessere Möglichkeiten für eine stärkere Vernetzung mit anderen Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems wie auch für eine zeitlich flexiblere Form der Leistungserbringung. Probleme im Umfeld des Patienten könnten besser berücksichtigt und Angehörige leichter hinzugezogen werden. Obwohl die aufgeführten Argumente eigentlich in besonderem Maße für psychisch und psychosomatisch Kranke mit ihren häufig bestehenden Problemen der sozialen Interaktion und Integration gelten sollten, wurden ambulante rehabilitative

Angebote im Indikationsbereich der psychischen/psychosomatischen Erkrankungen – insbesondere im Vergleich zur Orthopädie – deutlich später und zurückhaltender initiiert.

Basis für die Entwicklung eines Konzepts der ambulanten Rehabilitation für psychisch und psychosomatisch Kranke waren – wie auch für die anderen rehabilitativen Indikationen – die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entwickelten trägerübergreifenden Anforderungen (BAR, 2000, 2004). Diese Empfehlungen differenzieren sich in einen allgemeinen, indikationsübergreifenden und einen indikationsspezifischen Teil. Letzterer liegt für die ambulante Rehabilitation psychisch und psychosomatisch Kranker seit 2003 vor. Beim BAR-Konzept der ambulanten Rehabilitation handelt es sich um einen Ansatz, der sich stark an den Zielperspektiven und Leistungsanforderungen der stationären Rehabilitation orientiert. Der Ansatz ist deshalb anschaulicher beschrieben durch den Begriff "ambulant/teilstationär".

Die konkrete Umsetzung der ambulant/teilstationären Rehabilitation für psychisch und psychosomatisch Kranke entwickelt sich bisher eher langsam. So wurden beispielsweise im Jahre 2009 bundesweit von der Rentenversicherung nur etwa 2,7 Prozent der in diesem Jahr durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch/psychosomatisch Kranke als ambulant/teilstationäre Maßnahmen durchgeführt (DRV, 2010). Die geringe Anzahl bislang ambulant/teilstationär durchgeführter Rehabilitationsmaßnahmen spiegelt sich ex aequo in den strukturellen Voraussetzungen wieder: Bislang gibt es in Deutschland nur sehr wenige Einrichtungen, die überhaupt ein ambulantes Angebot für psychisch Kranke vorhalten. Einer der wenigen bislang in Norddeutschland etablierten Anbieter ambulanter Rehabilitation bei psychischen/psychosomatischen Erkrankungen ist das *RehaCentrum Hamburg* (vormals *Reha-Zentrum Berliner Tor*), das seit 2006 über ein entsprechendes Angebot verfügt.

Seidler et al. (2006) befragten in Deutschland insgesamt 173 Tageskliniken im Akutbereich und stellten fest, dass jeweils ein Drittel die Funktion einer psychotherapeutischen Einrichtung, einer Alternative zur stationären Krisenintervention oder einer Rehabilitationseinrichtung hatte.

Im Rehabilitationsbereich ist die teilstationäre Behandlung zwar noch nicht so ausgebaut wie im Akutsektor, gewinnt aber zunehmend an Bedeutung (Bürger & Koch, 1999). Durch zusätzliche teilstationäre Rehabilitationsangebote sollen stationäre Behandlungsangebote ersetzt oder ergänzt werden. Damit wird nicht nur das Ziel der Kostenersparnis, sondern auch eine bessere Problemlösung verfolgt.

2 Stand der Forschung zur psychosomatischen Rehabilitation

2.1 Stationäre Rehabilitation

Die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist bereits sehr umfassend belegt: Eine aktuelle Metaanalyse von Outcome-Studien stationärer psychosomatischer Rehabilitation konnte sich dementsprechend – bezogen auf den Zeitraum 1980 bis 2005 – auf insgesamt 65 methodisch anspruchsvoll konzipierte Untersuchungen mit durchweg hohen Fallzahlen und langen Katamnesezeiträumen stützen (Steffanowski et al., 2007). Insgesamt belegen die berücksichtigten Untersuchungen statistisch und klinisch bedeutsame Veränderungen in einer Vielzahl von psychometrischen Testvariablen (z.B. Lebenszufriedenheit, Depressivität, Ängstlichkeit), durchgängig signifikante Verbesserungen in Beschwerdebereichen (z.B. Schmerzen, Herz-Kreislaufstörungen, Anspannung) und bedeutsame Veränderungen der kostenrelevanten Ergebnisvariablen (z.B. Arbeitsunfähigkeitszeiten, ambulante Arztbesuche, Krankenhaustage, Medikamentenkonsum). Die Abbruchraten während der stationären Rehabilitation liegen mit 8,9% vergleichsweise niedrig (Lang et al., 2006). Vereinzelt vorliegende Kosten-Nutzen-Analysen (z.B. Zielke, 1993) weisen bei einem ermittelten Koeffizienten von 1:3 auf eine hohe Effizienz des Angebots hin.

2.2 Ambulante/Teilstationäre Rehabilitation

Im Gegensatz zur stationären Rehabilitation erweist sich die empirische Datenlage zur Wirksamkeit der ambulant/teilstationären Rehabilitation bislang als sehr dürftig. Dort, wo die Konzeption ambulanter/teilstationärer Rehabilitation für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen bislang modellhaft erprobt wurde (Bischoff et al., 1998; Rüdell & Jürgensen, 1998), hat sich diese als grundsätzlich praktikabel erwiesen. Erste Evaluationsstudien zur ambulanten/teilstationären Rehabilitation von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (Geiselmann & Linden, 2001; Linden, 2004; Rüdell et al., 2002) fanden im Vergleich stationäres vs. ambulantes/teilstationäres Konzept tendenziell bessere Effekte unter stationären Bedingungen:

- Geiselmann und Linden (2001) verglichen 66 vollstationär, 39 tagesklinisch und 55 stationär/tagesklinisch behandelte Patienten derselben Rehabilitationsklinik. Um Selektionseffekte zu vermeiden, wählten sie für diesen Vergleich nur die stationär behandelten Patienten aus, die aufgrund der Wohnortnähe ebenfalls teilstationär hätten zugewiesen werden können. Die ausschließlich teilstationär aufgenommenen Patienten zeigten bei Aufnahme einen tendenziell geringeren Beschwerdegrad, waren aber am häufigsten krank geschrieben, am längsten durch Krankheit und/oder Arbeitslosigkeit aus dem Arbeitsprozess herausgenommen und am häufigsten auf Veranlassung der Krankenkasse oder Rentenversicherung eingewiesen worden; was eher für eine geringere

Behandlungsmotivation in dieser Patientengruppe spricht. Sie zeigen im Vergleich zu den anderen Gruppen auch geringere Besserungsraten. Bei multivariater Betrachtung zeigte sich jedoch, dass der Aufnahmemodus und der Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme den Verlauf vorhersagen können, das voll- bzw. teilstationäre Behandlungssetting jedoch nicht. Die stationär *und* teilstationär behandelten Patienten erhalten in dieser Studie mit durchschnittlich 76 Tagen die deutlich längste Behandlung; die Behandlungsdauern der ausschließlich stationär bzw. teilstationär behandelten Patienten unterscheiden sich mit durchschnittlich 47 bzw. 44 Tagen nicht.

- Auch Rüdell et al. (2002) verglichen die Effektivität dieser drei Behandlungsformen: Teilstationäre Rehabilitation ($N = 194$), vollstationäre Rehabilitation ($N = 4.513$) und eine Rehabilitation, die zuerst voll- und dann teilstationär stattfand ($N = 124$). Es zeigten sich zu Behandlungsbeginn weder bei den soziodemografischen, noch bei den diagnostischen Merkmalen oder der Symptomschwere signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die einzige Ausnahme war, dass eine teilstationäre Rehabilitation bei Männern deutlich häufiger erfolgte als bei Frauen. In der Fremdeinschätzungen (Beeinträchtigungsschwere-Score; Schepank, 1995) zeigen sich ähnliche Verläufe in allen drei Gruppen, aber im Bereich „*Depressivität*“ (Allgemeine Depressionsskala (ADS); Hautzinger & Bailer, 1993) und vor allem hinsichtlich des globalen Symptomschwereindex (*GSI*) der *SCL-90-R* (Franke, 1995) zeigen die teilstationär behandelten Patienten geringere Verbesserungen als die beiden anderen Gruppen. Auch fallen die tagesklinischen Patienten durch einen besonders hohen Anteil arbeitsunfähiger Patienten bei Behandlungsende auf. Die Zufriedenheitswerte der Patienten mit der Rehabilitation unterscheiden sich jedoch nicht zwischen den Gruppen. Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass die Patienten, deren vollstationäre Behandlung später in eine teilstationäre ungewandelt wurde, besonders von der Rehabilitation profitieren ohne jedoch längere Behandlungsdauern zu benötigen – konträr zu den Ergebnissen von Geiselman und Linden (2001). Wegen des schlechteren Abschneidens der teilstationären Patienten und des überproportional hohen Männeranteils in dieser Stichprobe weisen die Autoren jedoch daraufhin, dass – trotz der allgemeinen Effektivität dieser Behandlungsform – die Patienten für die teilstationäre Rehabilitation besonders sorgfältig ausgewählt werden müssen.

Daten zu den längerfristigen Behandlungseffekten ambulant/teilstationärer psychosomatischer Rehabilitation (Katamnesen) fehlen unseres Wissens bislang gänzlich.

Bislang ist außerdem kaum bekannt, welche Patienten aus welchen Gründen eine ambulant/teilstationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen (vgl. Bürger & Koch, 1999) und für welche Patienten diese – vor allem in Abgrenzung zur stationären Rehabilitation – indiziert ist. Aufgrund der noch geringeren Verbreitung kommt bislang nur für wenige Patienten eine teilstationäre Rehabilitation infrage, v.a. weil der Anfahrtsweg eine Stunde nicht überschreiten sollte.

Gerade angesichts der bislang sehr zurückhaltenden Einführung ambulanter Angebote zur Rehabilitation für psychisch und psychosomatisch Kranke wäre es jedoch dringend indiziert, die Wirksamkeit der in jüngster Zeit entwickelten ambulant/teilstationären Behandlungskonzepte systematischer zu überprüfen, um ihre differentielle Wirksamkeit - insbesondere im Kontext der oben beschriebenen Entwicklungen in Richtung eines zunehmenden Bedarfs an rehabilitativen Angeboten - evidenzbasiert beurteilen zu können.

Mit der geplanten Studie soll daher eine wichtige Initiative ergriffen werden, um den bestehenden Mangel an fundierten Daten und Informationen zur Wirksamkeit ambulant/teilstationärer Rehabilitation im Indikationsbereich psychische/psychosomatische Störungen zu beseitigen.

3 Fragestellung

Das Forschungsvorhaben sollte Fragen nach der Effektivität und Effizienz sowie der impliziten und expliziten Indikation der ambulanten Rehabilitation beantworten und damit eine wichtige Grundlage für zukünftige Entscheidungen bezüglich des Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen liefern.

Die Studie sollte im Einzelnen klären,

1. welche Patienten unter den Bedingungen der aktuellen Versorgungspraxis ambulante Reha-Angebote in Anspruch nehmen (**implizite Indikation**),
2. welche Behandlungseffekte sich für die ambulante Rehabilitation nachweisen lassen (**Effektivität**),
3. wie sich die Effekte ambulanten Rehabilitation im Vergleich zu den Behandlungsergebnissen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen darstellen (**Effizienz**) und
4. welche Patienten besonders vom ambulanten Setting profitieren können (**explizite Indikation**).

Aufgrund der bislang sehr begrenzten Datenlage zu den untersuchten Fragestellungen wurde auf die Formulierung gerichteter Hypothesen verzichtet. Die Studie hat damit primär explorativen Charakter.

B. HAUPTTEIL

4 Methode

4.1 Art der Studie

Die differentielle kurz- und längerfristige Wirksamkeit der ambulanten/teilstationären Rehabilitation für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sollte im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten Studie im Vergleich zur stationären Rehabilitation untersucht werden.

Die teilstationäre Stichprobe wurde in der psychosomatischen Abteilung des RehaCentrums Hamburg rekrutiert, als Kontrollgruppe diente eine gematchte stationäre Stichprobe aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, dem sog. QS-Reha[®]-Verfahren (QS-Reha[®], 2007).²

4.2 Durchführung der Studie

4.2.1 Zeitlicher Ablauf

Die vorliegende Studie wurde von März 2009 bis August 2011 durchgeführt. Die Rekrutierung der ambulanten Patienten erfolgte von April 2009 bis Juli 2010. Der letzte eingeschlossene Patient wurde im September 2010 entlassen. Die letzten Katamnesen wurden im Juli 2011 erhoben.

4.2.2 Messzeitpunkte

Die Datenerhebung sowohl im RehaCentrum Hamburg als auch im QS-Reha[®]-Verfahren erfolgte zu drei Messzeitpunkten:

- | | |
|----|--|
| t0 | Beginn der (teil-)stationären Behandlung |
| t1 | Ende der (teil-)stationären Behandlung |
| t2 | 6-Monats-Katamnese |

Zu Beginn und Ende der (teil-)stationären Behandlung wurden jeweils Patienten und Therapeuten anhand eines umfangreichen Fragebogens befragt, zum Katamnesezeitpunkt wurden nur noch die Patienten postalisch befragt.

² Das ursprüngliche Studienprotokoll sah den direkten Vergleich mit einer anderen stationären Einrichtung vor, auf den jedoch aus organisatorischen Gründen verzichtet werden musste.

4.2.3 Patientenrekrutierung

Die Patientenerhebung erfolgte konsekutiv. In die Studie eingeschlossen werden sollten alle erwachsenen Patienten (18-65 Jahre), bei denen die Indikation zur stationären bzw. ambulant/teilstationären psychosomatischen Rehabilitation gegeben ist (Kriterium: Kostenübernahme durch einen Träger der Gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung) und die unter formalen Gesichtspunkten zur Teilnahme an der Studie in der Lage sind (z.B. ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache, um Fragebögen beantworten zu können). Die Ausschlusskriterien ergeben sich komplementär zu den beschriebenen Einschlusskriterien. Die Patienten wurden vor Studienteilnahme von den behandelnden Ärzten/Therapeuten ausführlich über die Studienziele, die freiwillige Teilnahme und die anonymisierte Auswertung der Ergebnisse informiert. Es erfolgte eine schriftliche Information und eine schriftliche Einverständniserklärung wurde eingeholt. Im Falle der Teilnahme erhielten die Patienten zu allen drei Befragungszeitpunkten ein Fragebogenpaket (zum Katamnesezeitpunkt wurde der Fragebogen durch die Rehabilitationseinrichtung postalisch versandt), vom jeweiligen Bezugstherapeuten wurde parallel dazu ein Therapeutenfragebogen ausgefüllt. Wurde der Katamnesefragebogen nicht zurückgesandt erfolgte eine zweimalige postalische Erinnerung im Abstand von jeweils 2-4 Wochen.

4.2.4 Datenmanagement

Die Datenerhebung erfolgte im RehaCentrum Hamburg. Die für die Auswertung benötigten Daten wurden ohne Personenbezug erfasst und verarbeitet. Hierzu wurde jedem Patienten vor Beginn der Datenerhebung im RehaCentrum Hamburg ein Code zugewiesen. Alle im Rahmen der Studie eingesetzten Fragebögen wurden jeweils nur mit dieser Codenummer versehen. Die Codes dienen der Zusammenführung der verschiedenen Erhebungsunterlagen im Rahmen der Datenverarbeitung und -auswertung, erlauben jedoch keinen Rückschluss auf die Person des Teilnehmers. Lediglich während der Datenerhebung wurden Codes und Patientennamen im RehaCentrum Hamburg in einer separaten Zuordnungsliste dokumentiert, die zur Organisation der Erhebung innerhalb der Einrichtung benötigt wurde. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden diese Liste und alle sonstigen personenbezogenen Angaben in den einrichtungsinternen Studienunterlagen vernichtet, so dass eine persönliche Identifizierung von Angaben im Nachhinein vollständig ausgeschlossen ist. Zur weiteren Datenverarbeitung wurden die ausgefüllten Fragebögen an das Institut für Medizinische Psychologie in Hamburg übermittelt. Die Einverständniserklärung zur Studie verblieb aus datenschutzrechtlichen Gründen im RehaCentrum Hamburg. Nach Eingang der Erhebungsunterlagen im Hamburger Institut erfolgt dort zentral die Eingabe der Daten in eine SPSS-Datenbank, die Datenpflege sowie die Datenauswertung.

4.3 Beteiligte Einrichtungen

4.3.1 RehaCentrum Hamburg

Das RehaCentrum Hamburg (vgl. www.rehahamburg.de) gehört zum Klinikum Bad Bramstedt und wurde im Jahr 1997 als „Reha-Zentrum Berliner Tor“ speziell für ambulante Patienten aus dem Großraum Hamburg eröffnet. Im April 2010 wurde ein zweiter Standort auf dem Gelände des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Betrieb genommen, in dem auch die im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchte psychosomatische Abteilung angesiedelt ist. Weitere Behandlungsschwerpunkte des RehaCentrums Hamburg sind die ambulante und inzwischen auch stationäre orthopädische, kardiologische und neurologische Rehabilitation.

Die psychosomatische Abteilung des RehaCentrums Hamburg bietet eine ganztägige ambulante Rehabilitation in einem integrativen Gesamtkonzept an und integriert sowohl tiefenpsychologische als auch verhaltenstherapeutische und körpertherapeutische Elemente. Psychotherapeutische und ärztliche Behandlung werden durch Angebote der Sport- und Physiotherapie, Ernährungs- und Sozialberatung sowie Gesundheitsbildung ergänzt. Dabei findet sowohl Einzeltherapie mit einem Bezugstherapeuten als auch eine Gesprächsgruppe statt. Es werden sowohl ein Training sozialer Kompetenzen als auch eine psychoedukative Gruppe angeboten. Weitere Behandlungselemente sind Ergotherapie, Atem- und Körpertherapie, Entspannungsverfahren, Stabilisierung mit inneren Bildern (nach Luise Reddemann), Qi Gong, Sport- und Bewegungstherapie, Genusstraining, Paar- und Familiengespräche, Gruppenschulungen (z.B. Raucherentwöhnung oder Rückenschule) sowie Sozialberatung.

Behandlungsindikationen sind depressive Störungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und andere Traumafolgestörungen, Überlastungsreaktionen in Krisensituationen, akute und chronische Erschöpfungsreaktionen, psychosomatische Funktionsstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie somatoforme Störungen.

Besondere Behandlungsschwerpunkte sind:

- Frührehabilitation nach akuter seelischer Traumatisierung
- psychotherapeutische Depressionsbehandlung
- berufliche Belastungssituationen inkl. Behandlung spezieller Berufsgruppen
- posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS-Diagnostik) einschließlich Hilfestellung bei der Findung einer adäquaten Therapie.

Kontraindikationen stellen stoffgebundene Suchterkrankungen, akute Suizidgedanken und psychotische Erkrankungen dar. Die ambulante Rehabilitation ist ebenfalls nicht geeignet

- wenn eine zeitweilige Entlastung oder Distanzierung vom sozialen Umfeld notwendig ist
- bei instabilen Persönlichkeitsstörungen oder sehr eingeschränkter psychischer Belastbarkeit

- wenn schädigende Verhaltensweisen (z.B. Spielsucht, Kaufsucht, selbstverletzendes Verhalten, ausgeprägte Essanfälle oder Defizite im Bereich der Impulskontrolle) mehr Fremdkontrolle im Rahmen einer stationären Behandlung erfordern.

4.3.2 Vergleichskliniken aus dem QS-Reha[®]-Verfahren

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung wurde das QS-Reha[®]-Verfahren seit dem Jahr 2000 entwickelt und im Bereich der medizinischen Rehabilitation implementiert. Hierbei handelt es sich um ein einrichtungsübergreifendes und vergleichendes Qualitätssicherungsverfahren:

„Das QS-Reha[®]-Verfahren beinhaltet eine externe, klinikvergleichende Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einschließlich der Patientenzufriedenheit nach dem Konzept des "Qualitätsprofils". Mittelfristig ist eine Vereinheitlichung des QS-Reha[®]-Verfahrens der Krankenkassen und des Qualitätssicherungsverfahrens der Rentenversicherung angestrebt.“ (vgl. www.qs-reha.de)

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens bediente sich zwischen 2005 und 2008 einem der vorliegenden Studie vergleichbaren Erhebungsdesign und -instrumentarium. Als Referenzeinrichtungen aus dem Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation konnten für die vorliegende Studie 21 Rehabilitationskliniken einbezogen werden, die in diesem Zeitraum am QS-Reha[®]-Verfahren teilgenommen hatten.

4.4 Patienten

4.4.1 Ambulante Untersuchungsstichprobe des RehaCentrums Hamburg

Im Einschlusszeitraum (April 2009 bis Juli 2010) wurden insgesamt $N = 218$ in der Abteilung Psychosomatische Rehabilitation des RehaCentrums Hamburg aufgenommen. In die deskriptiven Analysen sowie die Analysen zu den kurzfristigen Behandlungsergebnissen wurden die $N = 131$ Patienten einbezogen, von denen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt vollständige Patientenangaben vorliegen. Die Analysen zu den mittelfristigen Behandlungsergebnissen beziehen sich auf die $N = 85$ Patienten mit vollständigen Patientendatensätzen zu allen drei Befragungszeitpunkten (vgl. Abbildung 1). Die Repräsentativität dieser Stichproben wurde jeweils geprüft, die Ergebnisse dazu finden sich im Abschnitt 5.1.

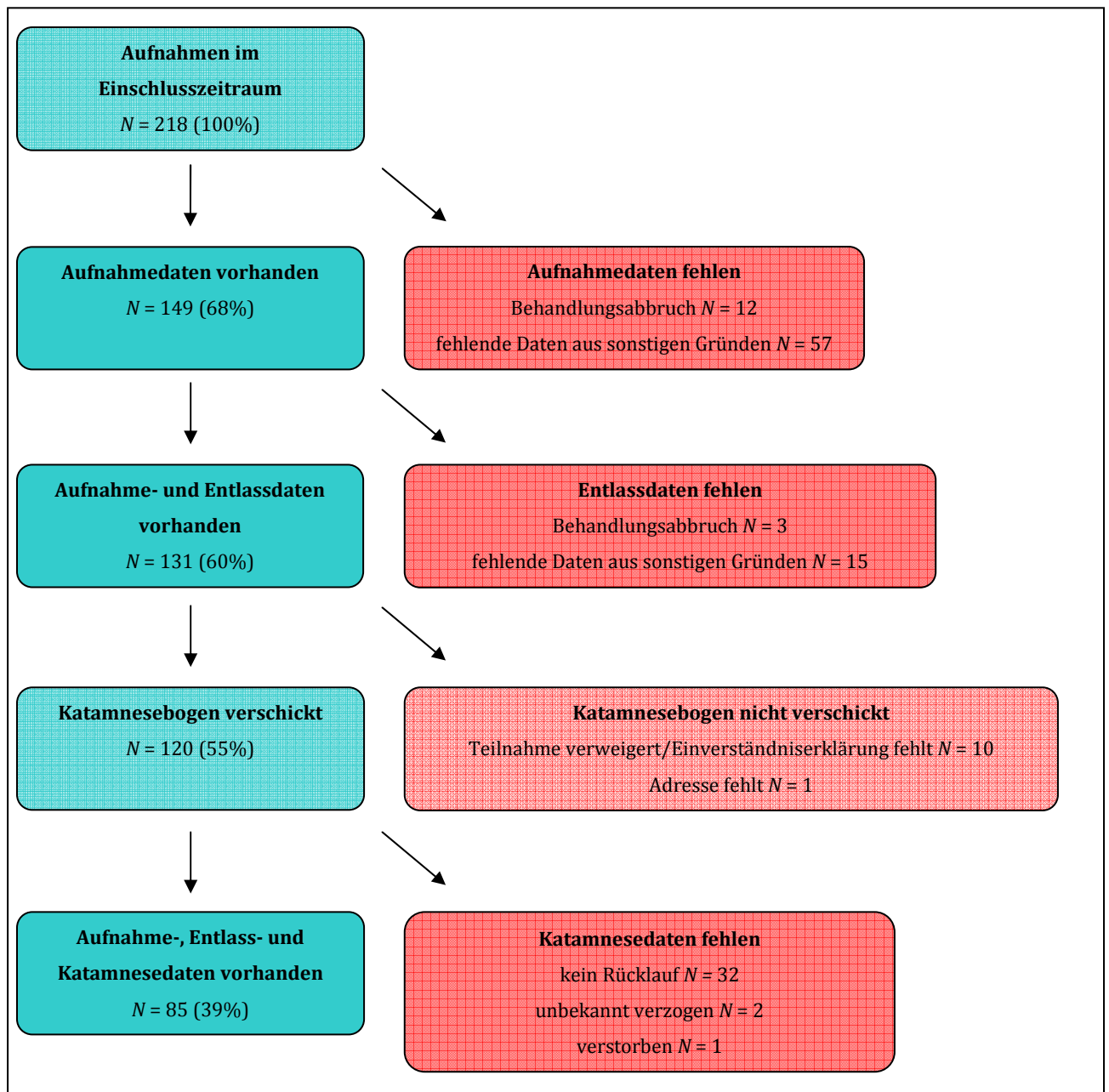


Abbildung 1: Flowchart zum Datenrücklauf im RehaCentrum Hamburg

4.4.2 Stationäre Vergleichsstichprobe aus dem QS-Reha[®]-Verfahren

In den 21 Fachkliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die sich zwischen 2005 und 2008 am QS-Reha[®]-Verfahren beteiligt hatten, wurden in den jeweils individuell pro Klinik definierten Einschlusszeiträumen insgesamt $N=3.840$ Patienten mit psychischen/psychosomatischen Beschwerden behandelt. Vollständige Aufnahme- und Entlassungsdaten liegen von $N=2.784$ Patienten, vollständige Daten zu allen 3 Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung und Katamnese) liegen von $N=1.787$ Patienten vor (vgl. Abbildung 2). Aus dieser Katamnese-Stichprobe wurde eine Zufallsstichprobe von $N=85$ Patienten gezogen, die der ambulanten Katamnese-Stichprobe hinsichtlich zentraler soziodemografischer, sozialmedizinischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Ausgangsbelastung und Behandlungsmerkmale vergleichbar ist (zur Methodik des ‚Matching‘ vgl. Abschnitt 4.6.2).

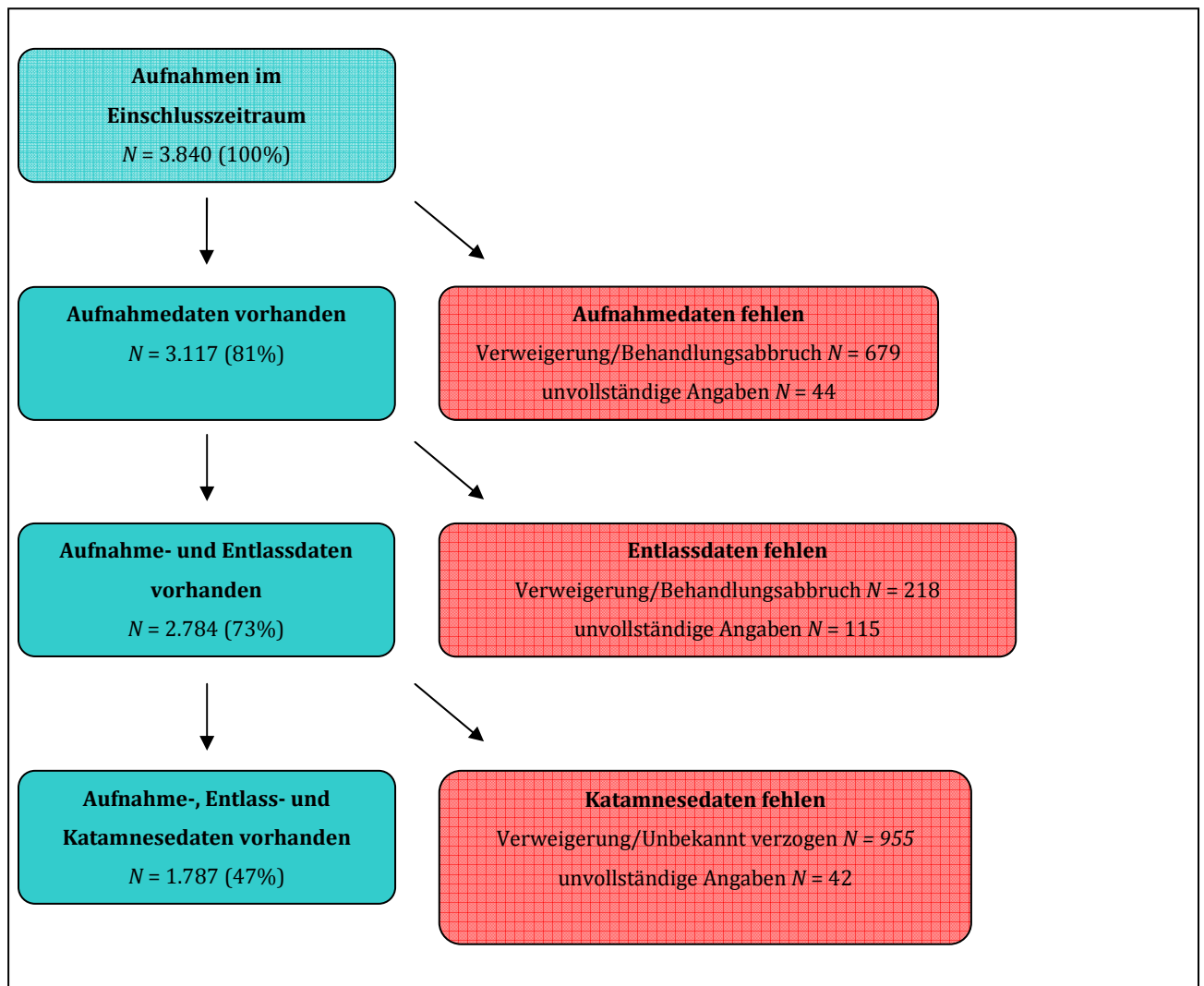


Abbildung 2: Flowchart zum Datenrücklauf im QS-Reha[®]-Verfahren 2005-2008

4.5 Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der Datenerhebung im RehaCentrum Hamburg wurden sowohl patientenbezogene als auch behandlerbezogene Daten erfasst. Als zentrale standardisierte Outcomeinstrumente wurden patientenseitig die „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit“ (HEALTH-49-Fragebogen; vgl. Rabung, et al., 2007; 2009) sowie eine Skala zur Lebenszufriedenheit (FLZM; in Anlehnung an Henrich & Herschbach, 2000) eingesetzt. Therapeutenseitig wurden die „Health of the Nation Outcome Scales“ (HoNOS-D; Andreas et al., 2007) und die „Global Assessment of Functioning Scale“ (GAF; Endicott et al., 1974; Saß et al., 1996) verwendet. Als *Hauptziekkriterium* wurde die Verbesserung im Gesamtwert des HEALTH-49 definiert. Neben den so erhobenen *Zielkriterien* wurden außerdem *Einfluss- und Störgrößen* wie z.B. soziodemografische und sozialmedizinische Variablen sowie Behandlungscharakteristika erfasst. Eine detaillierte Auflistung aller erhobenen Merkmale und Messinstrumente findet sich in Tabelle 1 bis Tabelle 3.

Mit Ausnahme der GAF wurden im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens gleiche oder ähnliche Kriterien erhoben, so dass Vergleiche möglich sind.

Tabelle 1: Erfasste Zielgrößen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Zielgrößen:	T₁	T₂	B	E	K
Outcome					
- Allg. psychosoz. Gesundheit (<i>HEALTH-49</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
o Psychische und somatoforme Beschwerden (Modul A)					
o Psychisches Wohlbefinden (Modul B)					
o Interaktionelle Schwierigkeiten (Modul C)					
o Selbstwirksamkeit (Modul D)					
o Aktivität und Partizipation (Modul E)					
o Soziale Unterstützung/Soziale Belastung (Modul F)					
o Gesamtwert Module A-E (Hauptzielkriterium)					
- Konsumverhalten (Medikamente, Alkohol, Nikotin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Lebenszufriedenheit (<i>FLZM</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Schweregrad der Erkrankung (<i>HoNOS-D</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Psychosoziale Anpassung (<i>GAF</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zielerreichung					
- Indikationsspezifische Therapieziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit					
- Patientenzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Aufnahme					
o Betreuung durch Pflegekräfte					
o Ärztliche Betreuung					
o Psychotherapeutische Betreuung					
o Schulungen, Vorträge und Beratung					
o Klima in der (Tages-)Klinik					
o Behandlungen					
o Therapieablauf					
o Information und Aufklärung					
o Organisation					
o Entlassungsvorbereitung					
o Unterbringung, Verpflegung und Service					
o Empfehlung und Gesamtbeurteilung					
- Globalurteil Reha-Erfolg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sozialmedizin					
- AU-/Krankheitszeiten in letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Maßnahmen (Aufnahme: Zustand vor, Katamnese: Zustand nach Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm.: T₁ = Therapeutenbogen – Teil 1 (Aufnahme/Beginn), T₂ = Therapeutenbogen – Teil 2 (Entlassung/Ende), B = Patientenbogen Beginn, E = Patientenbogen Ende, K = Patientenbogen Katamnese

Tabelle 2: Erfasste Einflussgrößen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Einflussgrößen:	T₁	T₂	B	E	K
Behandlung					
- Aufnahme-/Entlassungsdatum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Art der Maßnahme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Setting der Maßnahme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kostenträgerschaft	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Behandlungsdauer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anzahl Kontakte (Einzel/Gruppe/Angehörige)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ergänzende Betreuung während Reha	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Einbindung von Angehörigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entlassungsart	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm.: T₁ = Therapeutenbogen – Teil 1 (Aufnahme/Beginn), T₂ = Therapeutenbogen – Teil 2 (Entlassung/Ende), B = Patientenbogen Beginn, E = Patientenbogen Ende, K = Patientenbogen Katamnese

Tabelle 3: Erfasste Störgrößen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Störgrößen:	T₁	T₂	B	E	K
Soziodemografie					
- Geschlecht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Größe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nationalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Familienstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Schulabschluss	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Risikofaktoren (z.T. zugleich Outcome)					
- Aufnahmestatus (Arbeitsfähigkeit)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entlassungsstatus (Arbeitsfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aufnahmediagnosen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entlassungsdiagnosen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rentenstatus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Rentenantrag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Vorbehandlungen (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Krankheitsanamnese/Chronifizierung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Behandlungsmotivation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Krankheitseinsicht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Veränderungsmotivation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erfolgsprognose Erwerbsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Erfolgsprognose Reha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arbeitsplatzsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Verfügbarkeit von Ansprechpartnern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ereignisse während der Reha	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Belastungen während der Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nachsorgemotivation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm.: T₁ = Therapeutenbogen – Teil 1 (Aufnahme/Beginn), T₂ = Therapeutenbogen – Teil 2 (Entlassung/Ende), B = Patientenbogen Beginn, E = Patientenbogen Ende, K = Patientenbogen Katamnese

4.5.1 Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (HEALTH-49)

Der *HEALTH-49*-Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (Rabung, et al., 2007; 2009). Der *HEALTH-49* erlaubt die umfassende und zugleich ökonomische Erfassung generischer Aspekte psychosozialer Gesundheit und empfiehlt sich damit für den Routineeinsatz in der therapeutischen Praxis. Aufgrund seiner generischen Anlage kann er in den verschiedensten Anwendungsfeldern und Indikationsbereichen sowohl für Diagnostik und Therapieplanung als auch zur Evaluation und Qualitätssicherung genutzt werden. Durch seinen modularen Aufbau lässt er sich flexibel an den jeweiligen Anwendungskontext anpassen. Die Intensität der Beschwerden wird jeweils auf einer Skala von 0 = „nicht“ bis 4 = „sehr“ eingeschätzt.

Der *HEALTH-49* erfasst mit sechs inhaltlich eigenständigen Modulen die folgenden Bereiche:

- Psychische und somatoforme Beschwerden
- Psychisches Wohlbefinden
- Interaktionelle Schwierigkeiten
- Selbstwirksamkeit
- Aktivität und Partizipation
- Soziale Unterstützung/Soziale Belastung (2 Skalen)

Zusätzlich wurde ein Gesamtscore gebildet, der als Mittelwert aller Skalenwerte mit Ausnahme der Skalen „*Soziale Unterstützung*“ und „*Soziale Belastung*“ bestimmt wurde. Dieser Gesamtwert stellt das *Hauptzielkriterium* der vorliegenden Studie dar.

4.5.2 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZM)

Die Lebenszufriedenheit wird mit einer adaptierten Version des Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZM; nach Henrich & Herschbach, 2000) gemessen. Er besteht aus acht Items zu verschiedenen Lebensbereichen sowie einem Item zum Leben insgesamt, zu denen die Zufriedenheit auf einer Skala von 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden eingeschätzt wird. Zusätzlich kann ein Gesamtwert über alle Bereiche berechnet werden.

4.5.3 Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)

Die Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) sind ein international weit verbreitetes Fremdeinschätzungsverfahren (Wing et al., 1998), welches der Einschätzung des Schweregrades der Beeinträchtigung von Patienten mit psychischen Störungen dient und u.a. in Großbritannien und Australien zur Evaluation und Qualitätssicherung der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen in der Routine eingesetzt wird (Audin, Marginson, Clark, & Barkham, 2001). Bei der eingesetzten deutschen Version (HoNOS-D) handelt es sich um eine durch die englischen Originalautoren autorisierte Übersetzung (Andreas et al., 2007).

Bei den HoNOS-D werden von dem behandelnden Therapeuten auf 12 Items Einschätzungen zum Schweregrad der Beeinträchtigung in den verschiedenen Dimensionen der Psychopathologie, der Krankheitsfolgen und der durch Aspekte der Wohn- und Arbeitssituation bedingten Probleme vorgenommen. Für jedes Item soll das schwerste Problem, das während der letzten 14 Tage aufgetreten ist auf einer Skala von 0 = kein Problem bis 4 = schweres bis sehr schweres Problem beurteilt werden. Aus den ersten zehn Items kann ein „Totalscore“ berechnet werden, in dem die Einschätzungen zu den dysfunktionalen Umweltbedingungen eines Patienten nicht berücksichtigt werden.

4.5.4 Global Assessment of Functioning (GAF)

Die Skala zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus stellt die Achse V des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV (Endicott et al., 1974; Saß et al., 1996). Mit diesem globalen Maß wird der klinische Fortschritt des Patienten hinsichtlich der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Diese Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht und werden auf einer Skala von 100 (hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten) bis 1 (ständige Gefahr sich selbst oder andere zu verletzen) eingeschätzt, wobei immer einem 10er-Abschnitt eine bestimmte Erläuterung zugeordnet ist. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen oder umgebungsbedingten Einschränkungen werden nicht einbezogen.

4.5.5 Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen – Patientenversion (PPZ-P)

Es wurde eine Patientenversion des Profils Psychotherapeutischer Zielsetzungen (PPZ-P; Dirmaier, 2005) eingesetzt. Der Fragebogen verfügt über 41 Items zu Behandlungszielen; die Relevanz des Ziels für die Behandlung soll jeweils auf einer Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr eingeschätzt werden. Für die Darstellung der Ergebnisse des Patientenbogens wurden die 41 Patientenziele auf der Basis einer explorativen Faktorenanalyse nach dem Eigenwertkriterium in 4 Zielbereiche eingeteilt. Auf der Ebene dieser 4 Zielbereiche wird jeweils ein Zielrelevanzscore berechnet, indem ein gewichteter Mittelwert aus den gewählten Einschätzungen gebildet wird.

Die einzelnen Items können folgenden Zielbereichen zugeordnet werden:

- Depressive Beschwerden bessern
- Ursachen, Vergangenheitsbewältigung und Selbstakzeptanz
- Verbesserung der sozialen Kompetenz
- Reduktion körperlicher Beschwerden/Bearbeitung beruflicher Problembereiche

Am Ende der Behandlung haben die Patienten dann die Möglichkeit, alle im Rahmen der Behandlung verfolgten Zielsetzungen hinsichtlich ihrer Zielerreichung einzuschätzen. Innerhalb der Behandlung nicht verfolgte Zielsetzungen können mit „entfällt“ gekennzeichnet werden. Für die Darstellung der patientenseitigen Zielerreichung wird, wiederum auf der Ebene der 4 gebildeten Zielbereiche, jeweils ein Zielerreichungsscore berechnet, indem ein Mittelwert aus den gewählten Zielerreichungseinschätzungen mit den Werten 0 = gar nicht, 1 = wenig, 2 = mittelmäßig, 3 = ziemlich und 4 = sehr gebildet wird. Der Zielerreichungsscore ist damit von der Anzahl der pro Bereich ausgewählten Ziele unabhängig und ermöglicht so Vergleiche zwischen den einzelnen Zielbereichen.

Hohe Zielrelevanzscores repräsentieren somit eine hohe Gewichtung des entsprechenden Zielbereichs, hohe Zielerreichungsscores bringen einen hohen Zielerreichungsgrad zum Ausdruck.

4.5.6 Patientenzufriedenheit (PaZ)

Die Patientenzufriedenheit wurde mit einem Fragebogen erfasst, der an ein Instrument von Raspe et al. (1997) angelehnt ist, welches im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger entwickelt wurde. Für das QS-Reha[®]-Verfahren wurde der Fragebogen entsprechend angepasst und im Rahmen der Pilotphase weiter optimiert. Weiterhin wurde ein zusätzlicher Teil mit „ereignisorientierten Items“ integriert. Diese ereignisorientierten Items sollen zusätzliche, von der subjektiven Patientenzufriedenheit unabhängige Informationen liefern und somit weniger an der Bewertung durch die Patienten orientiert sein. Im Rahmen dieses Projekts wurden einige Items erneut adaptiert, um sie an das teilstationäre Behandlungssetting im RehaCentrum Hamburg anzupassen. Einerseits wurde ein spezielles Item zur Beurteilung der EMDR-Behandlung hinzugefügt, andererseits wurde die Einschätzung der Häufigkeit der Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie unterteilt. Die Fragen zu Unterbringung, Verpflegung und Service wurden so umformuliert, dass sie auf das teilstationäre Behandlungssetting zutreffen.

Die durch den Fragebogen erfassten Bereiche lassen sich gliedern in

- Pflegerische Betreuung
- Ärztliche Betreuung
- Psychotherapeutische Betreuung
- Klima
- Behandlungen im engeren Sinne: Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche
- Behandlungen im weiteren Sinne: Arbeitstherapie/ Belastungserprobung, Entspannungstherapien, Kreativtherapien, Beschäftigungs-/Ergotherapie
- Behandlungen: Krankengymnastik, Physikalische Anwendungen
- Schulungen, Vorträge und Beratungen
- Organisation
- Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation
- Unterbringung
- Dienstleistungen
- Attraktivität und Empfehlung
- Summenscore (ohne die Gesamteinschätzung „Attraktivität und Empfehlung“)

sowie die ereignisorientierten Items.

Die Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Bereichen wird auf vier- bis fünfstufigen Skalen eingeschätzt, hohe Werte stehen dabei für hohe Zufriedenheit.

4.6 Statistische Methoden

4.6.1 Umgang mit fehlenden Werten

Fälle, für die mehr als 30 Prozent der für die geplanten Analysen benötigten Angaben in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten fehlten, wurden als Dropout definiert und von der

Auswertung ausgeschlossen. Um im Falle geringerer Fehlwertquoten einen Datenverlust aufgrund fehlender Werte zu vermeiden, wurde eine Ersetzung der fehlenden Werte vorgenommen. Fehlende Werte in intervallskalierten Variablen wurden mittels der Expectation Maximization Methode (EM-Methode) ersetzt (Little & Rubin, 2002). Die kategorialen Variablen wurden in ihren jeweiligen Ausprägungen in dummy-kodierte Variablen umkodiert, wobei die fehlenden Werte jeweils in eine zusätzliche eigene dummy-kodierte Variable umkodiert wurden (Hardy, 1993).

4.6.2 Zufallsziehung einer gematchten Vergleichsstichprobe

Zur Beantwortung der Fragestellungen zur Effizienz und expliziten Indikation ambulanter/ teilstationärer psychosomatischer Rehabilitation (vgl. Kapitel 3) wird eine stationäre Vergleichsstichprobe benötigt, die der im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen ambulanten Stichprobe – abgesehen vom Settingunterschied – in wesentlichen Patienten- und Behandlungsmerkmalen vergleichbar sein sollte. Um diese Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde mittels der Methode der Propensity Scores (Smith, 1997) eine Zufallsstichprobe aus der Gesamtstichprobe der Katamneseteilnehmer des QS-Reha[®]-Verfahrens ($N=1.787$) gezogen, die der Stichprobe der ambulanten Katamneseteilnehmer ($N=85$) in Umfang und hinsichtlich zentraler soziodemografischer, sozialmedizinischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Ausgangsbelastung und Behandlungsmerkmale vergleichbar ist. Bei der Methode der Propensity Scores wird zunächst eine logistische Regression berechnet. Als abhängige Variable geht die Gruppierungsvariable (RehaCentrum Hamburg vs. QS-Reha[®]-Verfahren) ein, als unabhängige Variablen werden relevante Kontrollvariablen einbezogen, die sich gemäß der Literatur oder in der vorliegenden Studie als geeignet zur Unterscheidung von ambulanter und stationärer psychosomatischer Rehabilitation erwiesen haben. Im vorliegenden Fall wurden folgende Kontrollvariablen verwendet:

- Alter (Jahre)
- Geschlecht (Anteil männlicher Patienten)
- Nationalität (Anteil ausländischer Patienten)
- Partnerschaft (Anteil von Patienten mit festem Partner)
- Schulbildung (Anteil von Patienten mit Haupt-, Sonder- oder keinem Schulabschluss)
- Berufstätigkeit (Anteil arbeitsloser Patienten)
- Krankheitszeiten (Wochen in den 6 Monaten vor Reha-Beginn)
- Reha-Motivation (Therapeutenurteil)
- Rentenbegehren (Anteil von Patienten mit laufendem Antrag auf EM-Rente)
- Chronifizierung (Dauer der Haupterkrankung in Jahren)
- Vorbehandlung (Anteil von Patienten mit früheren Rehabilitationen)
- Komorbidität (Anzahl psychischer und somatischer Diagnosen)
- Zentrale Diagnosen (Depression, PTBS, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen)
- Ausgangsbelastung (HEALTH-49 Gesamtwert bei Aufnahme)
- Kostenträger (Anteil Rentenversicherung)
- Behandlungsdauer (Tage)

Auf der Basis der so bestimmten Propensity Scores wird dann zufallsbasiert für jeden ambulanten Patienten ein statistischer Zwilling aus der stationären Stichprobe identifiziert (vgl. Bacher, 2002).

4.6.3 Statistische Analysen

An statistischen Verfahren zur Überprüfung von Gruppenunterschieden kamen t-Tests, Varianzanalysen mit Messwiederholung (*RMANOVA*) und Chi²-Tests zum Einsatz. Zur Untersuchung von Zusammenhängen wurden Spearmans Rangkorrelationen berechnet.

Zur Quantifizierung der ermittelten Effekte wurden jeweils zusätzlich Effektstärken in Form von *d*, *eta*² bzw. *Phi* bestimmt. Nach Cohen (1988) lassen sich kleine, mittlere und große Effektstärken unterscheiden. Die jeweiligen unteren Grenzen liegen für *d* bei 0,2, 0,5 und 0,8, für *eta*² bei 0,0099, 0,0588 und 0,1379 und für *Phi* bei 0,1, 0,3 und 0,5 (vgl. Cohen, 1988).

In der vorliegenden Studie wird bei allen statistischen Tests jeweils eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent toleriert ($p = 0,05$). Auf eine zusätzliche Adjustierung des Signifikanzniveaus, die der Vielzahl durchgeführter Tests Rechnung tragen könnte, wurde aufgrund des explorativen Charakters der durchgeführten Studie verzichtet.

Alle Analysen wurden mit SPSS 15.0 für Windows durchgeführt.

5 Ergebnisse

5.1 Repräsentativität der Untersuchungsstichproben

Bevor die Ergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen berichtet werden, soll zunächst überprüft werden, inwieweit die Studienteilnehmer, von denen die benötigten Informationen vorliegen, als repräsentativ für alle im Untersuchungszeitraum im RehaCentrum Hamburg behandelten Patienten gelten können. Im Rahmen dieser Repräsentativitätsanalysen werden Vergleiche zwischen den Prä-Post- bzw. Prä-Post-Katamnese-Teilnehmern und der jeweils komplementären Dropoutstichprobe vorgenommen (vgl. 5.1.1 und 5.1.2).

5.1.1 Repräsentativität der Prä-post-Stichprobe

Zunächst wird geprüft, inwieweit die Ergebnisse der Teilstichprobe der Patienten, von denen zu Aufnahme und Entlassung vollständige Werte vorliegen ($N = 131$), in gerechtfertigter Weise auf die Gesamtstichprobe aller im Untersuchungszeitraum im RehaCentrum Hamburg behandelten Patienten ($N = 218$) generalisiert werden können (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Vergleich der Teilnehmer und Dropouts

	Teilnehmer $N = 131$ (60,1%)	Dropouts $N = 87$ (39,9%)	
Geschlecht (Anteil weiblich)	70,2%	58,6%	$X^2(1, N = 218) = 3,12$; $p = .08$; $\varphi = -.12$
Alter in Jahren (M, SD) Range	46,2 (8,3) 25-64	46,3 (9,3) 19-63	$t_{(216)} = -0,11$, $p = .92$; $d = -0,01$
Depressive Störungen (F31, F32, F34.1)	76,3%	73,6%	$X^2(1, N = 218) = 0,22$; $p = .75$; $\varphi = .03$
Angststörungen (F40, F41)	16,0%	17,2%	$X^2(1, N = 218) = 0,06$; $p = .85$; $\varphi = -.02$
Somatoforme Störungen (F45)	13,0%	27,6%	$X^2(1, N = 218) = 7,31$; $p < .01$; $\varphi = -.18$
Persönlichkeitsstörungen (F60)	1,5%	2,3%	$X^2(1, N = 218) = 0,17$; $p = 1.00$; $\varphi = -.03$
Anzahl der Diagnosen (M, SD)	2,8 (1,5)	3,0 (1,4)	$t_{(198,71)} = -1,10$, $p = .27$; $d = -0,15$
Behandlungsdauer (M, SD) Range (Tage)	37,6 (7,0) 18-55	30,9 (13,2) 0-53	$t_{(119,05)} = 4,41$, $p < .001$; $d = 0,64$
GAF	$N = 129$	$N = 83$	
GAF Belastung bei Aufnahme (M, SD)	55,1 (9,8)	56,6 (9,2)	$(t_{(210)} = 1,13$; $p = .26$; $d = -.16)$
GAF Effektstärken (d_{t0-t1})	0,91	0,60	$(F_{(1, 204)} = 10,24$; $p < .01$; $eta^2 = .048)$

Hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, des Anteils an Patienten mit depressiven, Persönlichkeits- und Angststörungen, der Anzahl komorbider Diagnosen sowie des globalen

Funktionsniveaus bei Aufnahme unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander. Die Studienteilnehmer werden jedoch signifikant länger behandelt als die Dropouts, sind nur ca. halb so oft an einer somatoformen Störung erkrankt und weisen zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant höhere Verbesserungen hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus auf.

5.1.2 Repräsentativität der Katamnesezeitprobe

Auch für die Katamnese-Teilnehmer wird geprüft, inwieweit die Ergebnisse dieser Teilstichprobe gerechtfertigter Weise auf die Gesamtstichprobe aller im Untersuchungszeitraum im RehaCentrum Hamburg behandelten Patienten generalisiert werden können (vgl. Tabelle 5).

Hinsichtlich des Anteils an Patienten mit depressiven, Persönlichkeits- und Angststörungen, der Anzahl der Diagnosen sowie des globalen Funktionsniveaus bei Aufnahme unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander. Der Anteil an Frauen ist bei den Studienteilnehmern signifikant höher als bei den Dropouts, auch sind die Katamnesezeitnehmer signifikant älter. Die Studienteilnehmer werden außerdem signifikant länger behandelt als die Dropouts, sind nicht einmal halb so oft an einer somatoformen Störung erkrankt und weisen signifikant höhere Verbesserungen hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus zwischen Aufnahme und Entlassung auf.

Tabelle 5: Vergleich der Studienteilnehmer und Dropouts (Katamnesezeitpunkt)

	Katamnese- teilnehmer N = 85 (39,0%)	Dropouts N = 133 (61,0%)	
Geschlecht (Anteil weiblich)	75,3%	59,4%	$\chi^2(1, N = 218) = 5,81;$ $p = .02, \varphi = -.16$
Alter in Jahren (M, SD)	47,7 (7,8)	45,3 (9,1)	$t_{(216)} = 1,98, p = .05;$
Range	29-62	19-64	$d = 0,27$
Depressive Störungen (F31, F32, F34.1)	75,3%	75,2%	$\chi^2(1, N = 218) = 0,00;$ $p = 1.00; \varphi = .00$
Angststörungen (F40, F41)	22,4%	12,8%	$\chi^2(1, N = 218) = 3,45;$ $p = .09; \varphi = .13$
Somatoforme Störungen (F45)	10,6%	24,1%	$\chi^2(1, N = 218) = 6,16;$ $p = .02; \varphi = -.17$
Persönlichkeitsstörungen (F60)	2,4%	1,5%	$\chi^2(1, N = 218) = 0,21;$ $p = 1.00; \varphi = .03$
Anzahl der Diagnosen (M, SD)	2,84 (1,51)	2,87 (1,44)	$t_{(216)} = -0,18, p = .86;$ $d = -0,03$
Behandlungsdauer (M, SD)	38,4 (7,0)	32,7 (11,7)	$t_{(215,41)} = 4,49, p < .001;$
Range (Tage)	24-55	0-53	$d = 0,54$
GAF	N = 85	N = 127	
GAF Belastung bei Aufnahme (M, SD)	55,7 (9,9)	55,7 (9,4)	$(t_{(210)} = -0,03,13; p = .98;$ $d < .00)$
GAF Effektstärken (d_{t0-t1})	0,95	0,69	$(F_{(1; 204)} = 6,37; p = .01;$ $\eta^2 = .030)$

5.2 Welche Patienten nehmen unter den Bedingungen der aktuellen Versorgungspraxis ambulante Rehabilitationsangebote in Anspruch (implizite Indikation)?

Zur Beantwortung der untersuchten Fragestellung soll die Stichprobe der im RehaCentrum Hamburg behandelten Studienteilnehmer charakterisiert werden. Hierzu werden die Prä-Post-Studienteilnehmer hinsichtlich soziodemografischer (vgl. 5.2.1) und sozialmedizinischer (vgl. 5.2.2) Merkmale sowie hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens (vgl. 5.2.4) und klinischer Charakteristika (vgl. 5.2.3) beschrieben. In Kapitel 5.2.4 werden die Charakteristika dieser Studienteilnehmer schließlich denen der QS-Reha[®]-Studienteilnehmer gegenübergestellt.

5.2.1 Soziodemografische Charakteristika

5.2.1.1 Altersverteilung

Die Studienteilnehmer sind im Mittel 46,2 Jahre alt mit einer Streuung (*SD*) von 8,3 Jahren und einem Range von 25-64 Jahren. Fast die Hälfte aller Patienten (42,7%) befinden sich in der Altersgruppe 40-49 Jahre, gefolgt von den Altersgruppen 50-59 Jahre (32,1%) und 30-39 Jahre (18,3%). Nur wenige Patienten sind unter 30 (3,8%) bzw. über 60 Jahre alt (3,1%; vgl. Abbildung 3).

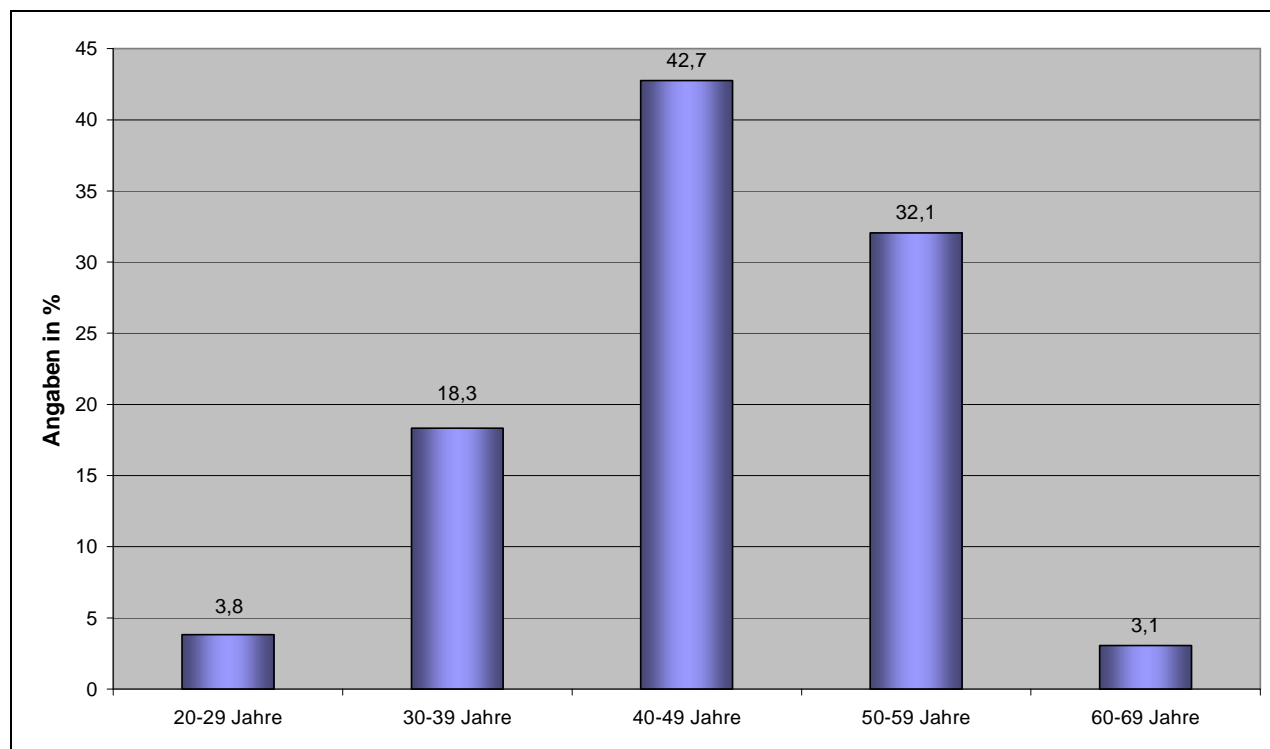


Abbildung 3: Altersverteilung Teilnehmer (N = 131)

5.2.1.2 Geschlechterverteilung

Der in der stationären psychosomatischen Behandlung insgesamt berichtete höhere Anteil von weiblichen Patienten bestätigt sich mit einem Anteil der weiblichen Patienten von 70,2% auch im ambulant/teilstationären Setting.

5.2.1.3 Nationalität

Es wurden überwiegend deutsche Patienten behandelt (87,8%) 10,7 Prozent der Studienteilnehmer hatten eine andere Nationalität. Bei 1,5 Prozent der Patienten fehlt die Angabe.

5.2.1.4 Familienstand, Partner- und Haushaltssituation

Die verheirateten Patienten stellen mit insgesamt 44,3 Prozent den größten Teil der Studienteilnehmer. Jeweils ca. ein Viertel der Patienten ist geschieden (26,0%) bzw. ledig (26,0%). Einen kleineren Anteil machen mit 3,1 Prozent die verwitweten Patienten aus (vgl. Abbildung 4).

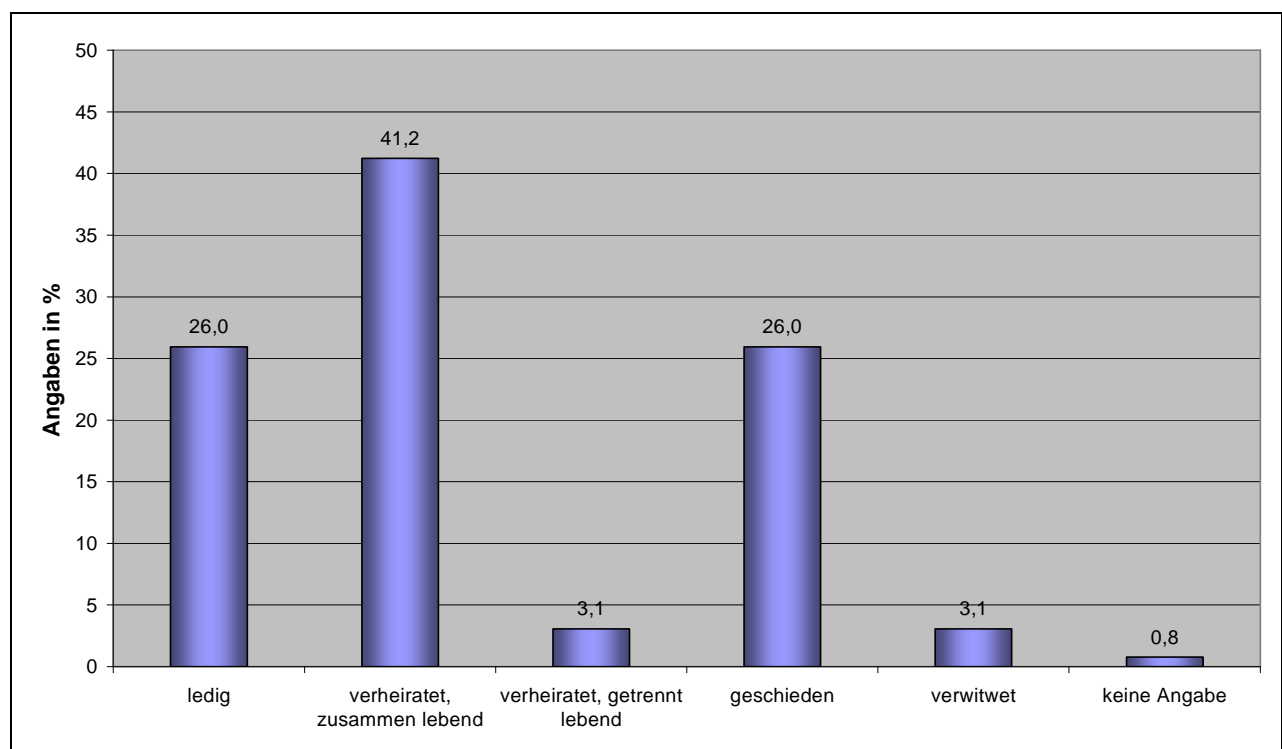


Abbildung 4: Familienstand Studienteilnehmer (N = 131)

Zwei Drittel der Patienten (65,6%) haben im letzten halben Jahr vor Aufnahme in einer Partnerschaft gelebt (vgl. Abbildung 5).

Bezüglich der Wohnsituation gibt jeweils ca. ein Viertel der Patienten an, allein (23,7%), allein mit Kindern (22,1%), mit Partner/in (27,5%) bzw. mit Partner/in und Kindern (22,9%) zu leben. Die

restlichen Patienten leben mit ihren Eltern (1,5%), mit Freunden/Bekanntem (1,5%) bzw. machen keine Angabe (0,7%; vgl. Abbildung 6).

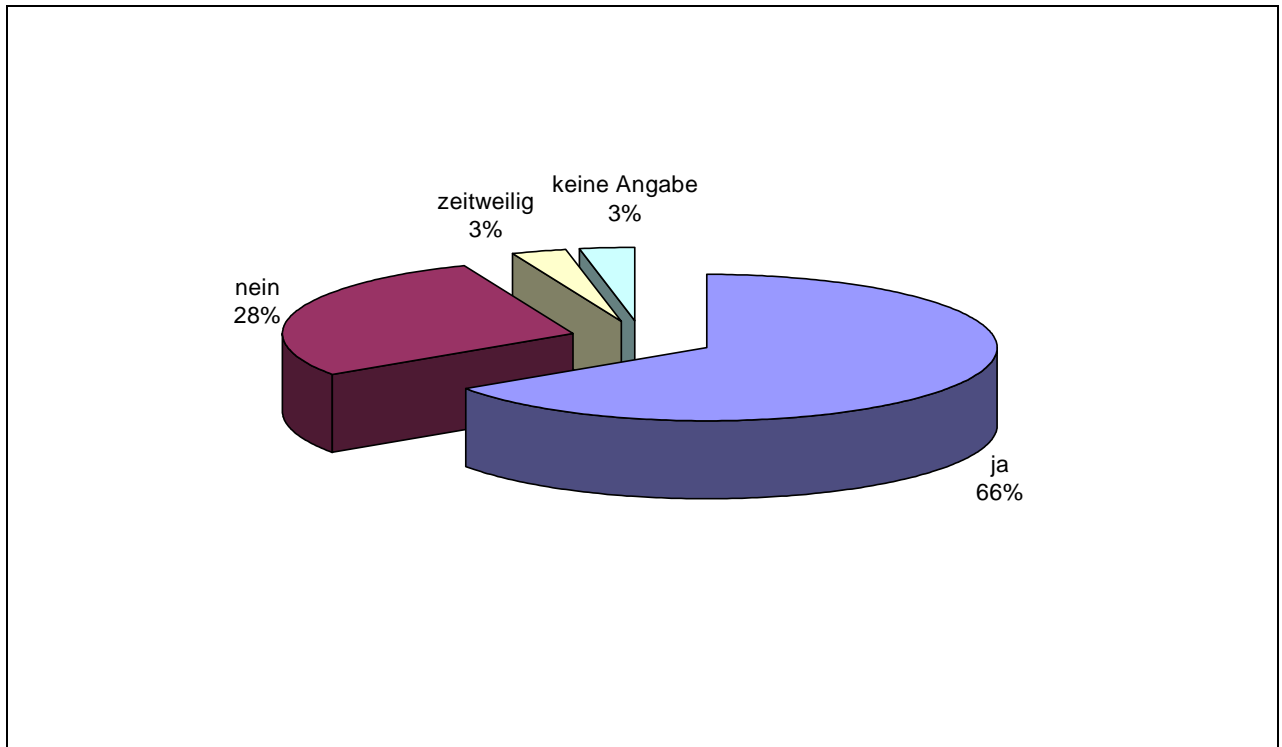


Abbildung 5: Partnersituation Studienteilnehmer ($N = 131$)

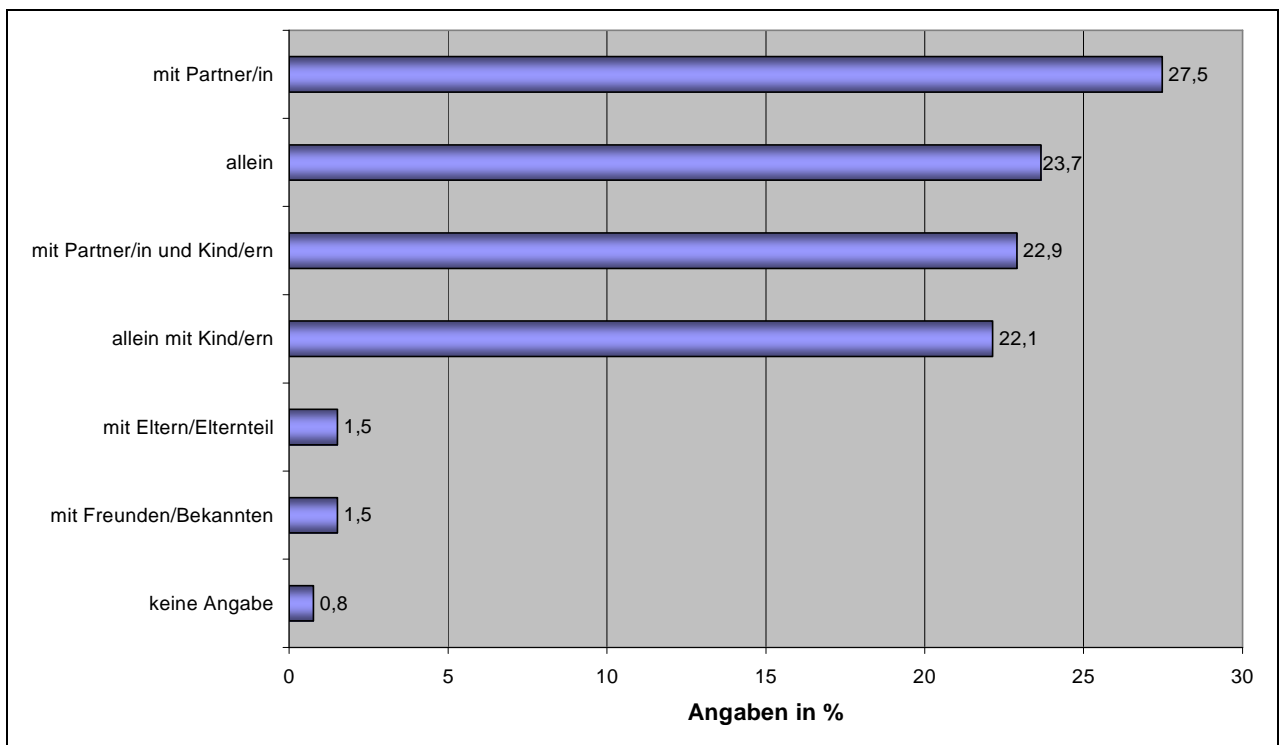


Abbildung 6: Haushaltssituation Studienteilnehmer ($N = 131$)

5.2.1.5 Schulbildung

Etwa ein Viertel der Studienteilnehmer (26,0%) verfügt über ein Abitur bzw. Fachabitur. Jeweils ein Drittel der Patienten gibt als höchsten Schulabschluss einen Realschulabschluss (33,6%) bzw. einen Hauptschulabschluss (33,6%) an. Ein jeweils geringer Teil der Patienten verfügt über keinen Schulabschluss (4,6%), einen Sonderschulabschluss (0,8%) oder einen sonstigen Abschluss (1,5%). Keiner der Patienten gibt an, noch zur Schule zu gehen (vgl. Abbildung 7).

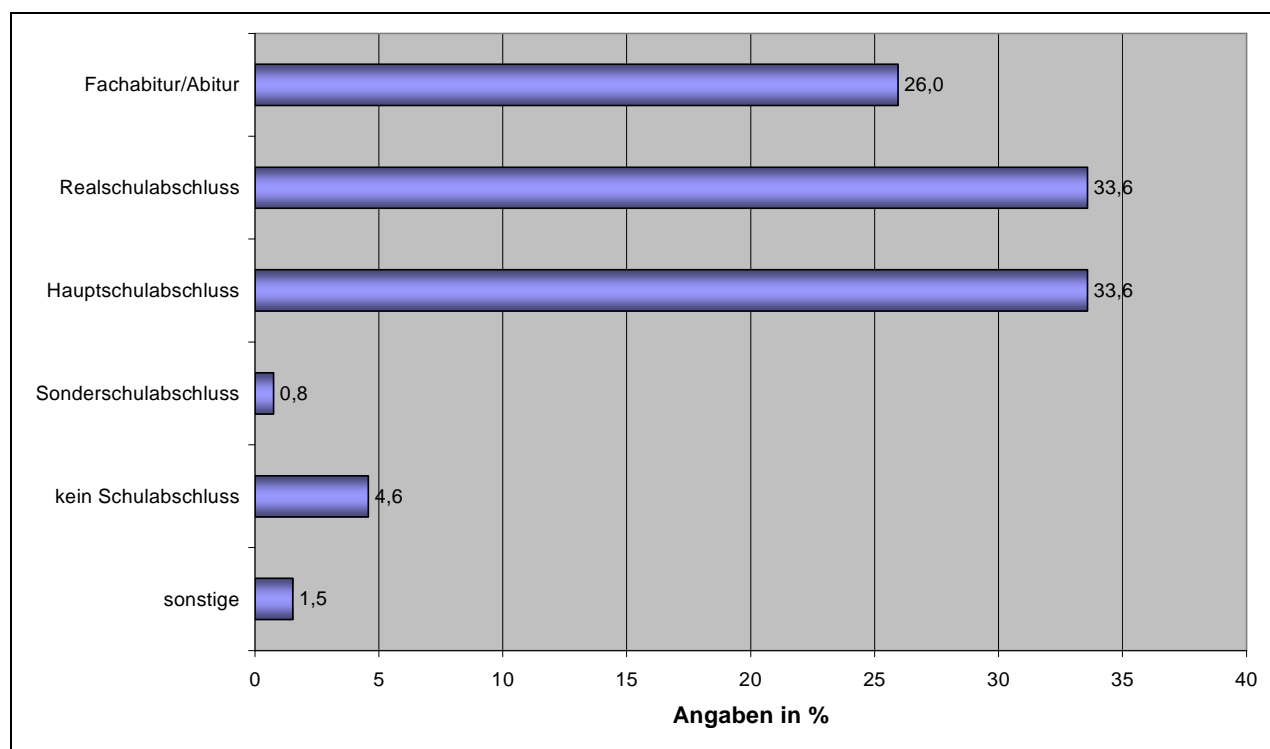


Abbildung 7: Schulbildung Studienteilnehmer ($N = 131$)

5.2.1.6 Berufsabschluss

Etwas mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer gibt als höchsten Berufsabschluss eine absolvierte Lehre bzw. den Besuch einer Fachschule an. Jeweils ca. 10 Prozent der Patienten sind ohne Berufsabschluss (12,2%) oder geben einen sonstigen Abschluss an (10,7%). Ein Anteil von 6,9 Prozent der Patienten hat ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium abgeschlossen, weitere 3,8 Prozent haben einen Meister. Nur ein Patient (0,8%) befindet sich noch in der Berufsausbildung (vgl. Abbildung 8).

5.2.1.7 Erwerbssituation

Hinsichtlich der Erwerbssituation zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns stellen die vollzeitig berufstätigen Patienten mit 29,0 Prozent die größte Gruppe (vgl. **Abbildung 9**), dicht gefolgt von den arbeitslos gemeldeten Patienten mit 25,2 Prozent. Insgesamt 46,6 Prozent der Patienten befinden sich in einem formellen Beschäftigungsverhältnis (14,5% Teilzeit, 3,1% Minijob bzw.

gelegentlich berufstätig). Ein ebenfalls nicht unerheblicher Teil der Patienten gibt an, sich in einer „sonstigen“ beruflichen Situation zu befinden (18,3%). Nur wenige Patienten beziehen Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente (3,8%), sind Hausfrau/-mann (3,1%) oder befinden sich in einer Qualifikationsmaßnahme (1,5%).

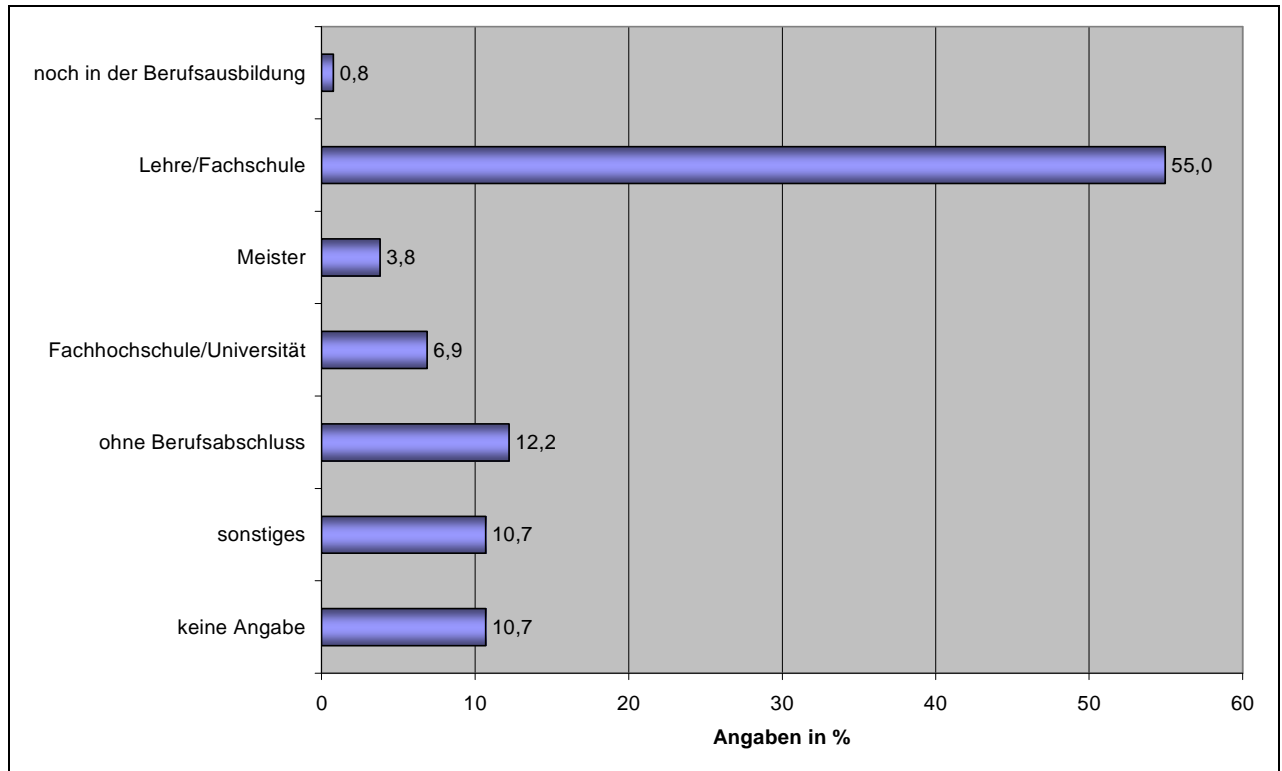


Abbildung 8: Berufsabschluss Studienteilnehmer ($N = 131$)

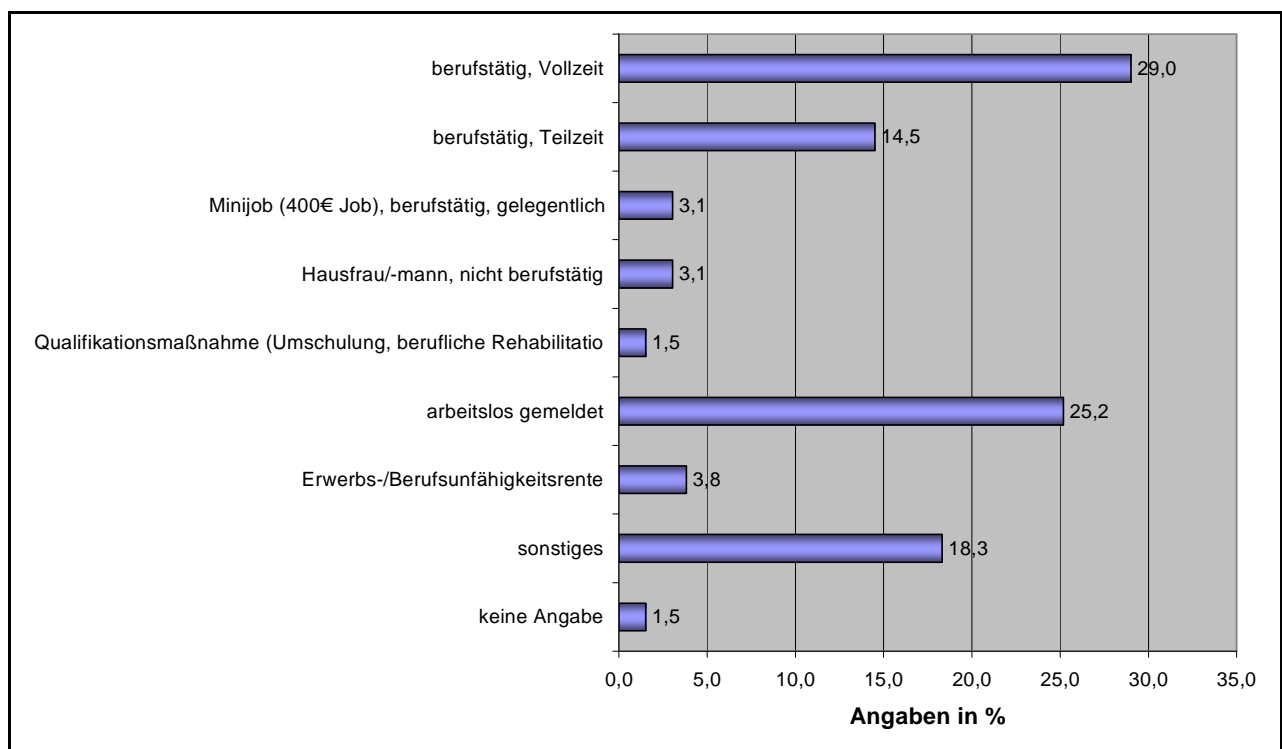


Abbildung 9: Erwerbssituation bei Aufnahme ($N = 131$)

5.2.2 Sozialmedizinische Merkmale

5.2.2.1 Arbeitsfähigkeit zu Beginn der stationären Behandlung

Berufstätig bzw. arbeitslos oder in einer Qualifikationsmaßnahme sind 73,3 Prozent. Nicht berufstätig sind 6,9 Prozent der Studienteilnehmer. Die restlichen Patienten fallen in die Kategorien „Sonstiges“ (18,3%) oder machen keine Angabe zur ihrer Berufssituation (1,5%).

Die Arbeitsfähigkeit der Patienten wurde zu Behandlungsbeginn durch die Therapeuten beurteilt. Die meisten berufstätigen bzw. arbeitslosen Patienten waren zu Behandlungsbeginn arbeitsunfähig (72,9%). Der Anteil der arbeitsfähigen berufstätigen Patienten liegt bei 20,8 Prozent, bei den restlichen 6,3 Prozent der Patienten fehlt die Angabe zur Arbeitsfähigkeit.

5.2.2.2 Krankheitszeiten

Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) in den sechs Monaten vor Reha-Beginn geben die berufstätigen bzw. arbeitslos gemeldeten Patienten im Durchschnitt eine Zeit von 18,1 Wochen ($SD = 8,9$) an.

Die durchschnittlich berichtete Gesamtdauer von Krankheitszeiten bei nicht erwerbstätigen Patienten liegt für die sechs Monate vor Behandlungsbeginn bei 15,6 ($SD = 11,4$) Wochen, in denen sie ihre Aufgaben aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes nicht wie gewohnt erledigen konnten.

Der dritte Teil der Patienten befand sich bei Aufnahme in einer sonstigen Erwerbssituation oder macht keine Angaben dazu. Diese Patienten berichten über Krankheitszeiten von 22,1 Wochen ($SD = 4,4$).

5.2.2.3 Laufendes Rentenverfahren

Von den Patienten, die zu Beginn der Behandlung berufstätig, arbeitslos oder in einer Qualifikationsmaßnahme waren ($n = 96$), haben 8,3 Prozent einen Rentenantrag gestellt.

Ein größerer Teil der berufstätigen, arbeitslosen oder sich in einer Qualifikationsmaßnahme befindlichen Patienten gibt an, eine Antragsstellung auf Berentung zu planen (13,5%).

5.2.2.4 Einschätzung zur Rückkehr ins Erwerbsleben und zur beruflichen Leistungsfähigkeit

Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer (46,6%) war vor der Behandlung erwerbstätig (Arbeitslose und Patienten in Qualifikationsmaßnahme wurden hier nicht mitgerechnet); von diesen gehen 31,1 Prozent bei Behandlungsbeginn davon aus, sofort nach Entlassung bzw. innerhalb eines Monats wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren. 18,1 Prozent der Patienten rechnen mit einem Zeitraum von ein bis sechs Monaten, 16,4 Prozent nehmen einen Zeitraum von über sechs Monaten an. Weitere 6,6 Prozent der Patienten rechnen damit, gar nicht mehr ins Erwerbsleben zurückzukehren. Bei über einem Viertel der Patienten (27,9%) fehlt die Angabe (vgl. Abbildung 10).

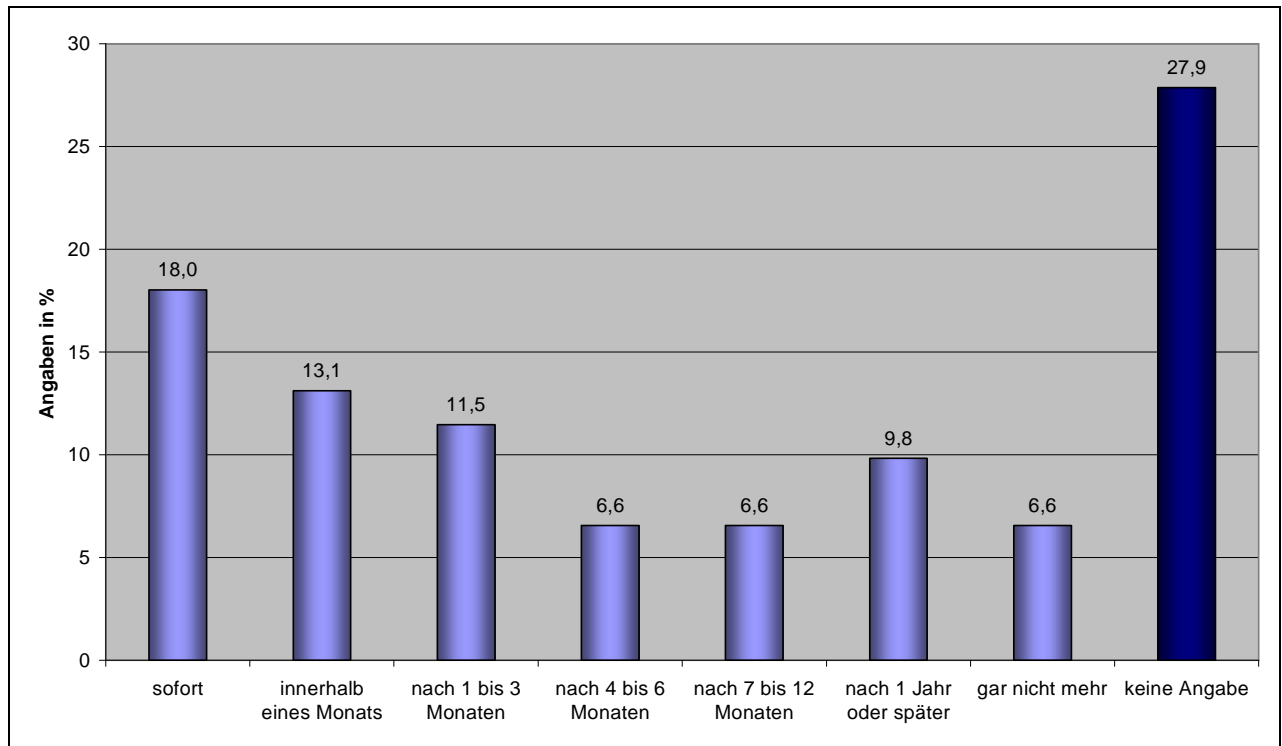


Abbildung 10: Erwartete Dauer bis zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei erwerbstätigen Patienten ($n = 61$)

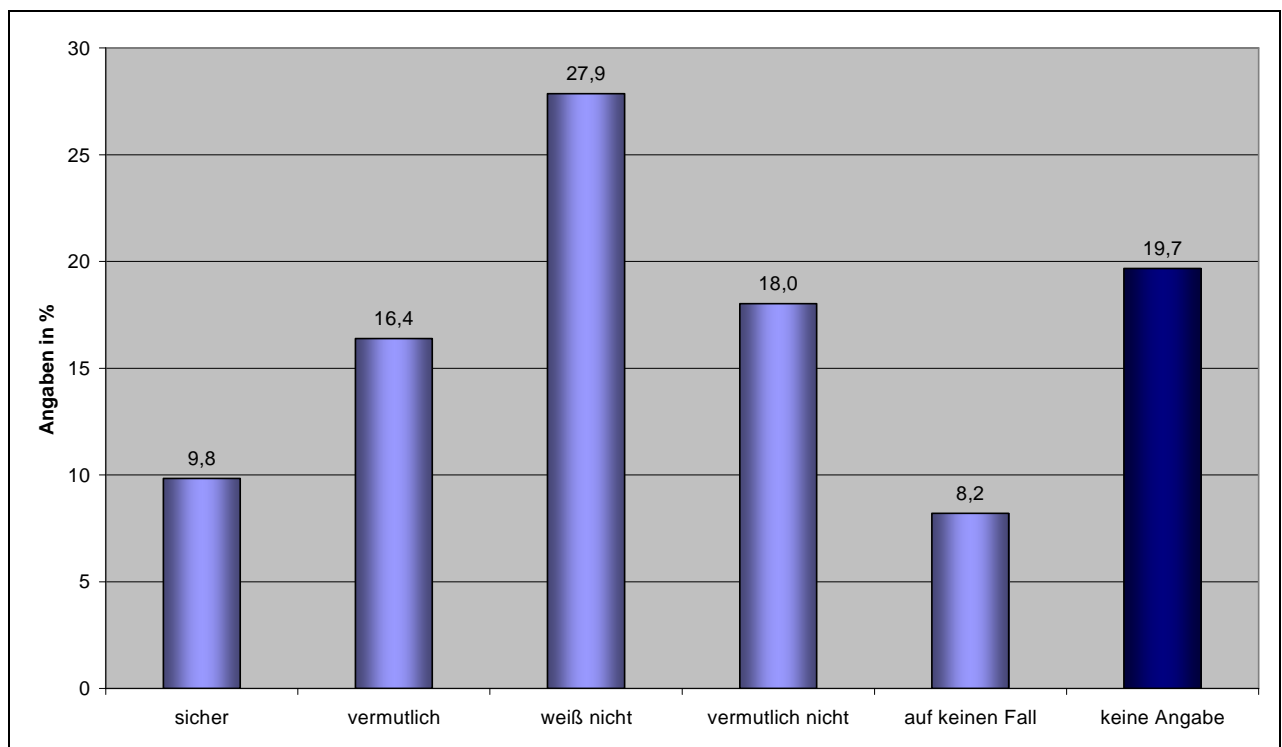


Abbildung 11: Einschätzung der erwerbstätigen Patienten ($n = 61$) zur Berufstätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters

Die Patienten wurden außerdem nach ihrer Einschätzung, bis zum Rentenalter berufstätig sein zu können, gefragt. Jeweils ca. ein Viertel der Patienten nimmt dies unter Berücksichtigung des

derzeitigen Gesundheitszustands mit Sicherheit bzw. großer Wahrscheinlichkeit an (26,2%), ist sich noch unsicher (27,9%) bzw. geht davon aus, vermutlich oder sicher (26,2%) vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. (vgl. Abbildung 11). Ein Anteil von 19,7 Prozent macht keine Angabe dazu.

5.2.3 Klinische Merkmale

5.2.3.1 Behandlungsdiagnosen

Die psychischen und somatischen Behandlungsdiagnosen wurden nach ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2004) dokumentiert. Im Sinne einer Komorbidität wurden dabei bei 74,0 Prozent der Patienten mehrere Behandlungsdiagnosen vergeben. Der Range reicht von einer bis zu fünf Diagnosen. Die durchschnittliche Anzahl der Diagnosen beträgt $M = 2,77$ ($SD = 1,53$). Am häufigsten wurden zwei Diagnosen vergeben.

Die größte Diagnosegruppe in Bezug auf die Erstdiagnose stellen mit 62 Prozent die Patienten mit einer depressiven Störung (F32-F33), davon leidet der Großteil unter einer depressiven Episode (39% der Patienten). Weitere häufige Diagnosen sind Anpassungsstörungen und Neurasthenie (13%). Andere Diagnosegruppen sind jeweils nur mit unter 10 Prozent vertreten (vgl. Abbildung 12).

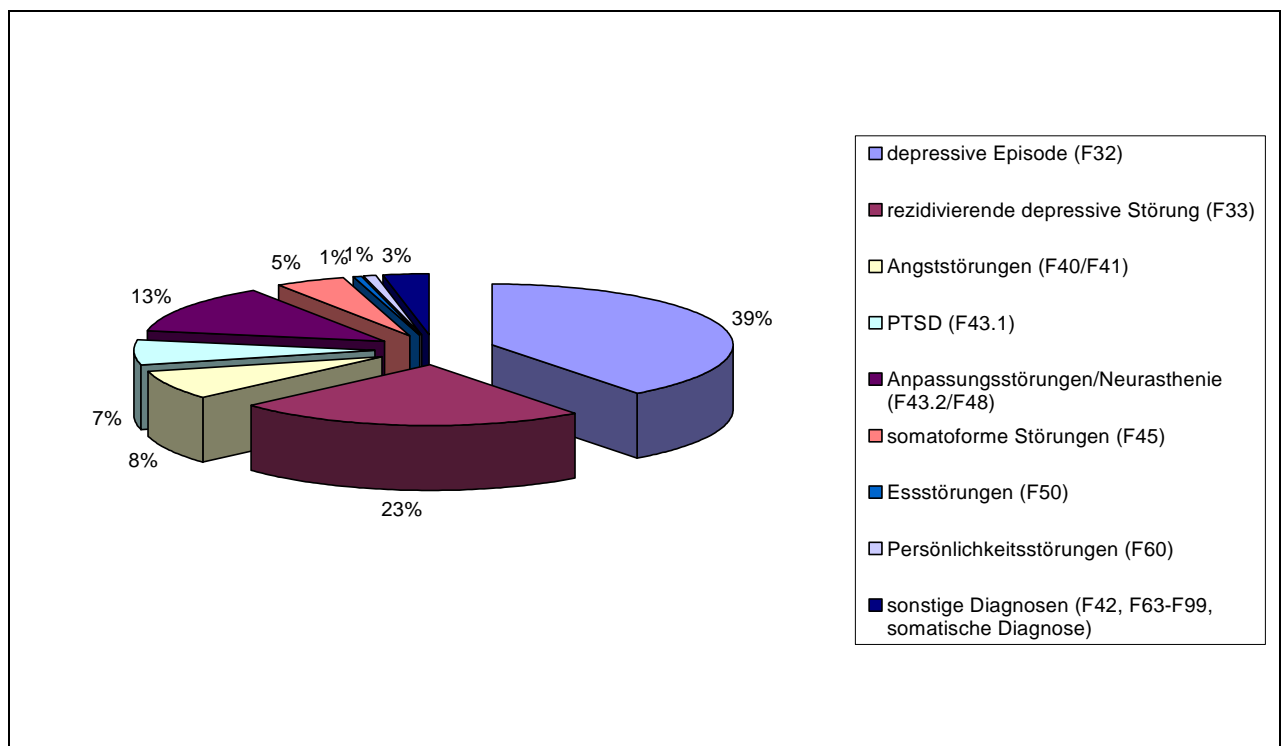


Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung der Erstdiagnosen bei Entlassung ($N = 131$)

Unter der zusätzlichen Berücksichtigung der zweiten bis fünften Behandlungsdiagnose erhöht sich bezogen auf die psychischen Störungen insbesondere der Anteil der Patienten mit einer depressiven Episode (48,1%), der Anteil an Patienten mit Angststörungen (16,0%), mit somatoformen Störungen (13,0%), mit Essstörungen (8,4%) und substanzbezogenen Störungen (8,4%). Persönlichkeitsstörungen liegen auch bei der Berücksichtigung aller Diagnosen nur sehr selten vor, nämlich bei 1,5 Prozent der Patienten. (vgl. Abbildung 13).

Deutlich erhöht sich bei Berücksichtigung der Nebendiagnosen auch der Anteil an Patienten mit somatischen Erkrankungen: Bei 13,7 Prozent der Patienten liegen Stoffwechselerkrankungen vor, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bei 10,7 Prozent, Hypertonie bei 7,6 Prozent, Adipositas bei 6,9 Prozent, Kopfschmerzen bei 4,6% und Tinnitus bei 3,1 Prozent der Patienten. Weitere 33,6 Prozent der Patienten leiden unter sonstigen somatischen Erkrankungen.

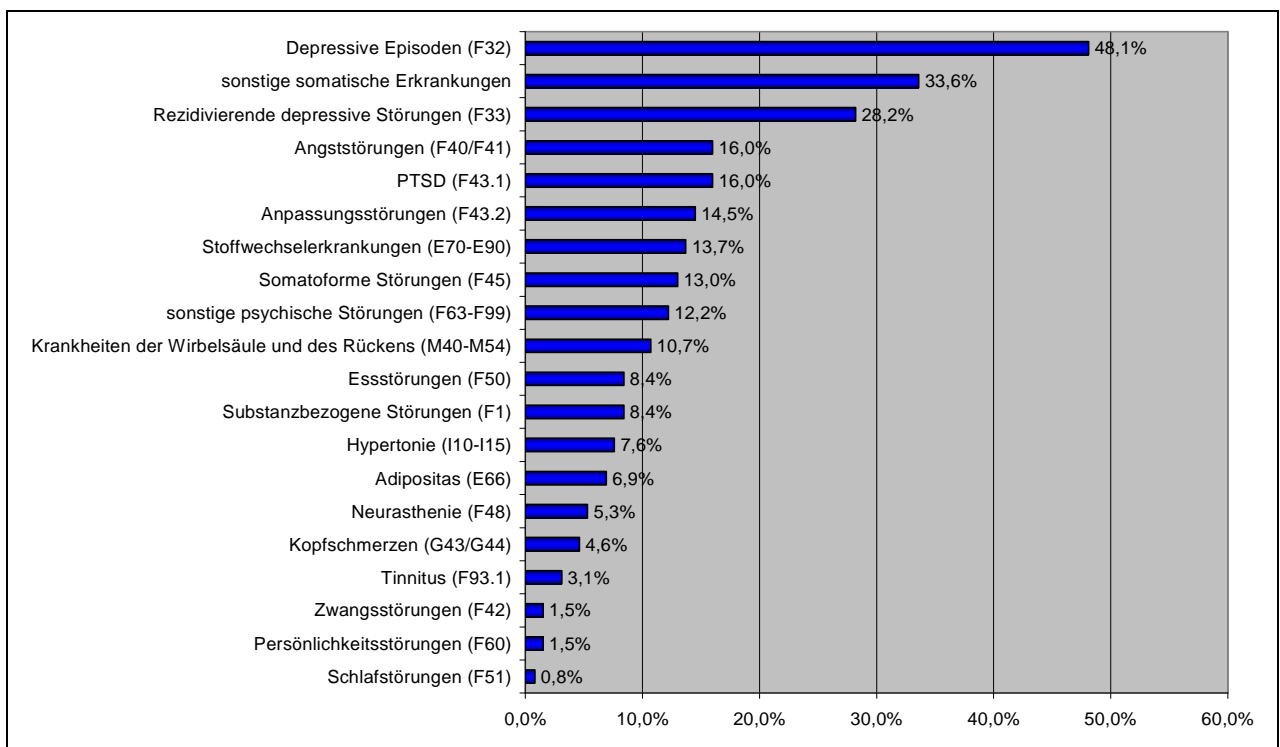


Abbildung 13: Verteilung der wichtigsten Behandlungsdiagnosen unter Berücksichtigung der komorbiden psychischen und somatischen Diagnosen ($N = 131$)

5.2.4 Bisherige Inanspruchnahme

5.2.4.1 Vorherige Rehabilitationsbehandlungen

Für gut zwei Drittel der Studienteilnehmer handelt es sich um die erste Rehabilitationsmaßnahme. Die restlichen Patienten haben bereits eine (21%) bzw. zwei oder mehr (10%) vorherige Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 14).

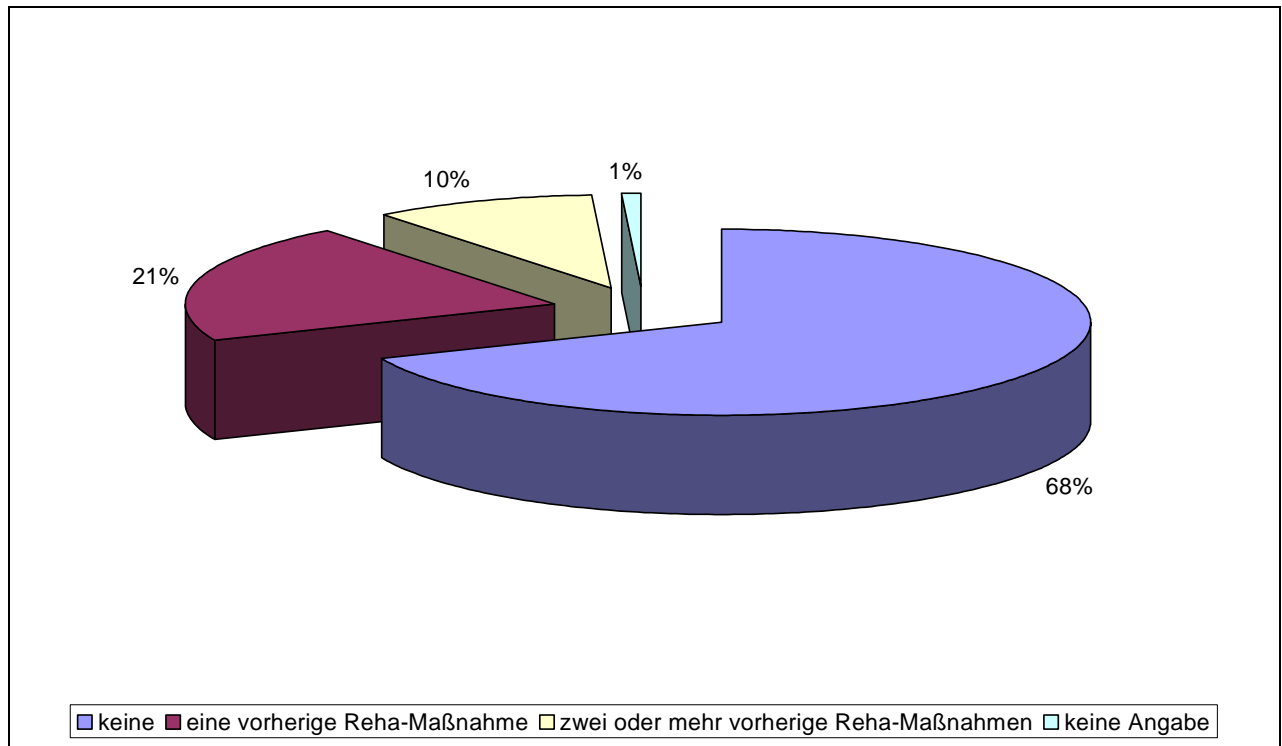


Abbildung 14: Vorherige Rehabilitationsbehandlungen der Studienteilnehmer (N = 131)

5.2.4.2 Ambulante und stationäre Inanspruchnahme

Laut Patientenangaben haben 42,7 Prozent in den vergangenen 6 Monaten vor Behandlungsbeginn an keiner ambulanten Psychotherapie teilgenommen; 9,9 Prozent haben psychotherapeutische Einzelsitzungen im Umfang der probatorischen Sitzungen in Anspruch genommen, während weitere 27,5 Prozent zwischen 5-25 Terminen und 10,7 Prozent mehr als 25 ambulante Psychotherapiesitzungen wahrgenommen hatten. Die restlichen 9,2 Prozent machen keine Angabe (vgl. Abbildung 15).

Während ein Großteil der Patienten vor der Behandlung im RehaCentrum Hamburg ambulante Angebote in Anspruch genommen hatte, geben nur 9,9 Prozent der Patienten psychotherapeutische oder psychiatrische Krankenhausaufenthalte an. Sonstige Krankenhausaufenthalte werden von 8,4 Prozent der Patienten angegeben.

Eine ambulante psychiatrische Behandlung wurde von 25,2 Prozent und die Inanspruchnahme von Beratungsstellen im halben Jahr vor der teilstationären Behandlung von 11,5 Prozent der Studienteilnehmer angegeben. Anderweitige ambulante psychosoziale Hilfen waren im Vergleich hierzu wesentlich seltener von den Patienten genutzt worden: ambulante Gruppentherapie von 5,3 Prozent, Tageskliniken von 4,6 Prozent, Selbsthilfegruppen von 2,3 Prozent und Familientherapie/Paartherapie von 1,6 Prozent der Patienten.

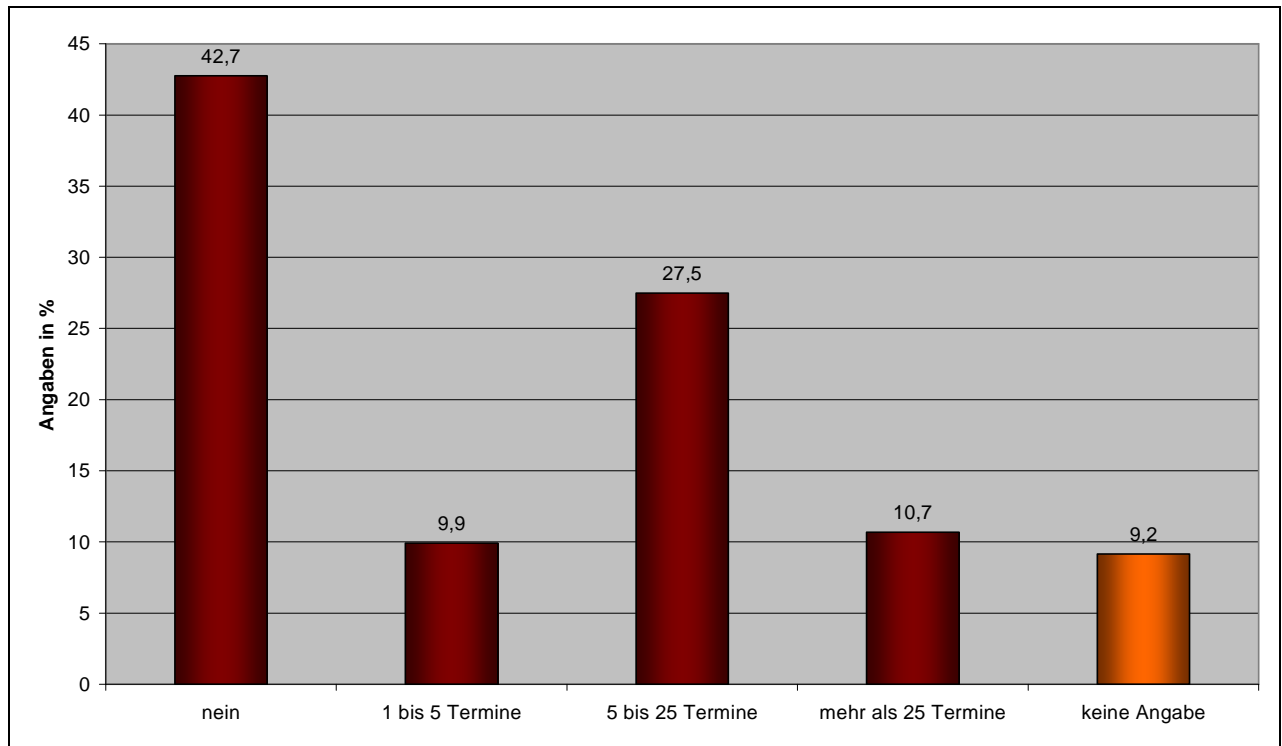


Abbildung 15: Teilnahme an ambulanter Psychotherapie in den letzten 6 Monaten ($N = 131$)

5.2.5 Behandlungsmerkmale

5.2.5.1 Behandlungsdauer

Die mittlere Behandlungsdauer der Studienteilnehmer im RehaCentrum Hamburg liegt bei 37,6 Tagen ($SD = 7,0$ Tage). Entsprechend dauerten die meisten Behandlungen zwischen vier und sechs Wochen (76,6%; vgl. Abbildung 16). Der Anteil der Patienten mit Behandlungszeiten von zwei bis vier Wochen liegt bei 16,6 Prozent. Nur 6,9 Prozent der Studienteilnehmer wurden länger als sechs Wochen, keiner wurde kürzer als zwei Wochen behandelt. Die kürzeste Behandlung dauerte 18, die längste 55 Tage.

5.2.5.2 Kostenträger

Fast alle Rehabilitationen (91%) wurden von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) finanziert (vgl. Abbildung 17), nur ein geringer Teil fiel auf die gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Knappschaft oder sonstige Kostenträger.

5.2.5.3 Veranlassung der teilstationären Rehabilitation

Die Hälfte der Studienteilnehmer (51%) traf die Entscheidung für eine teilstationäre Rehabilitation selbst. Andere Veranlassungsformen (ärztlicher Rat, Empfehlung des Kostenträgers, medizinischer Dienst) sind mit neun bis 15 Prozent alle in etwa gleich häufig vertreten (vgl. Abbildung 18).

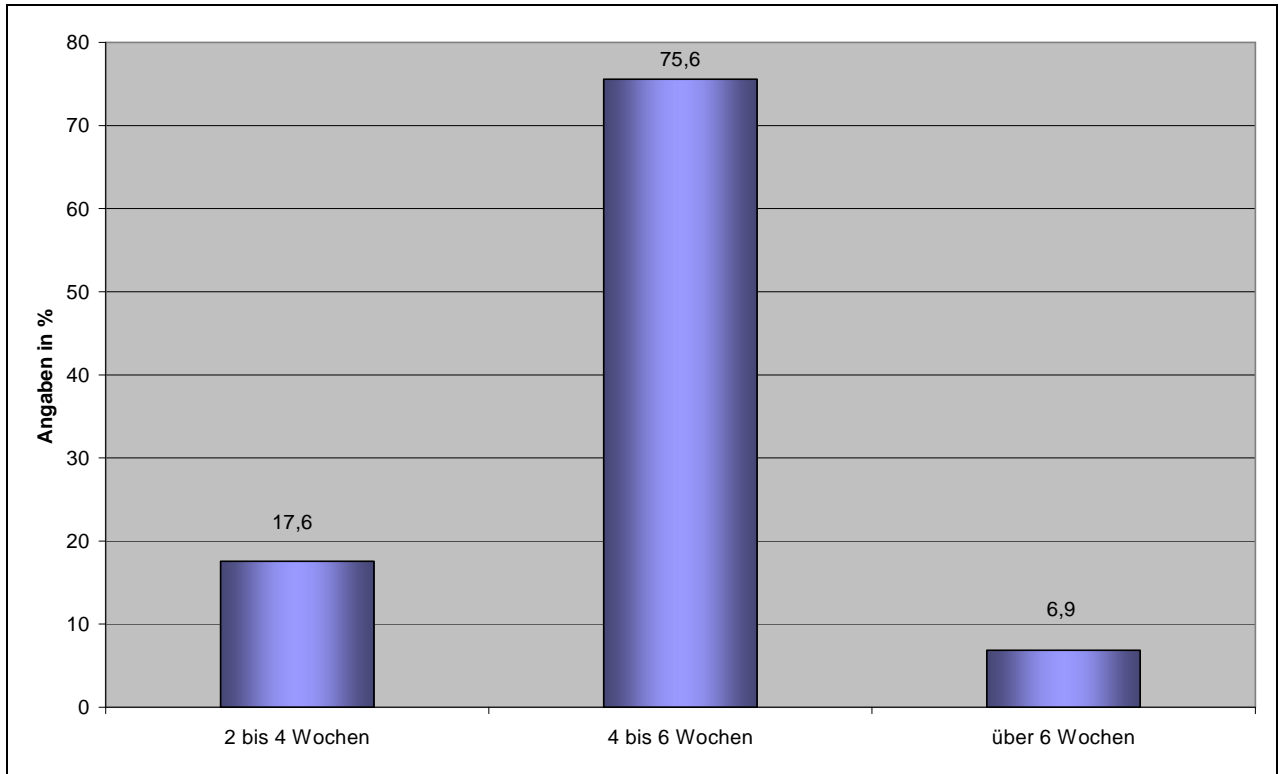


Abbildung 16: Verteilung der Behandlungsdauer der Studienteilnehmer (N = 131)

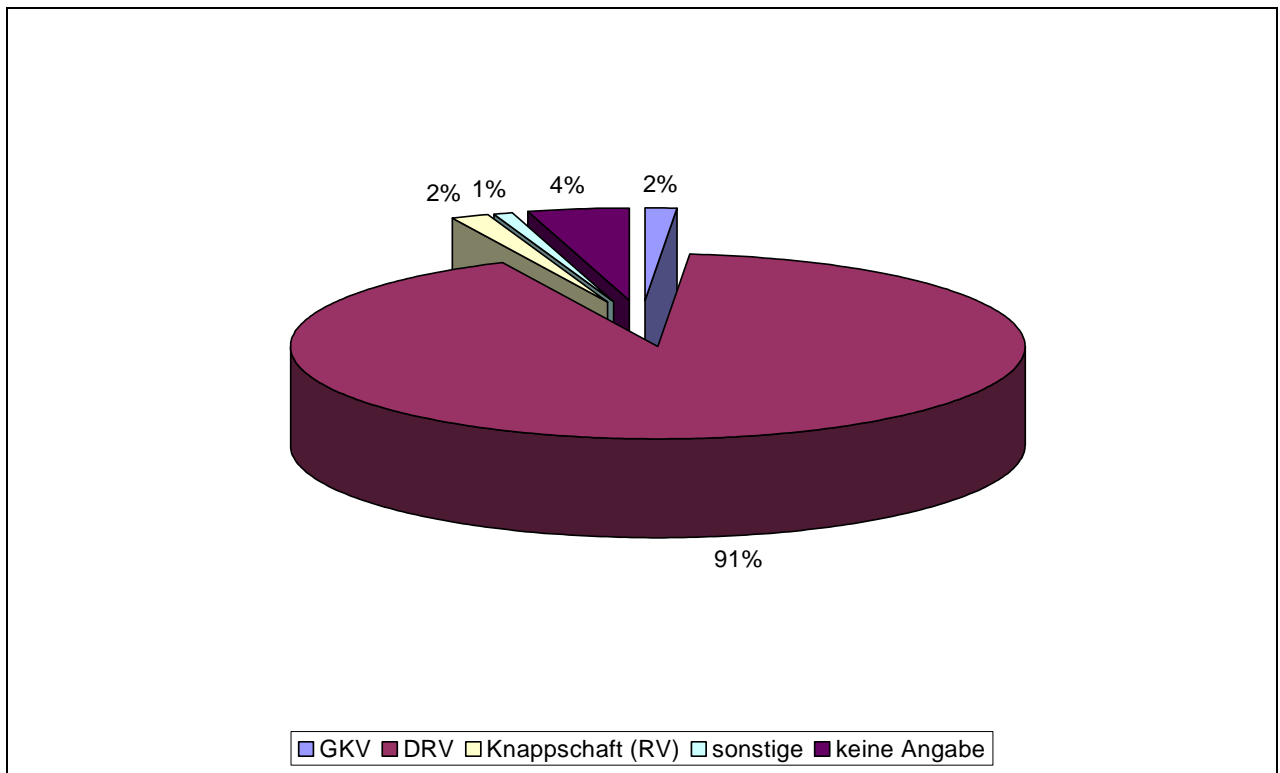


Abbildung 17: Kostenträger der Rehabilitation (N = 131)

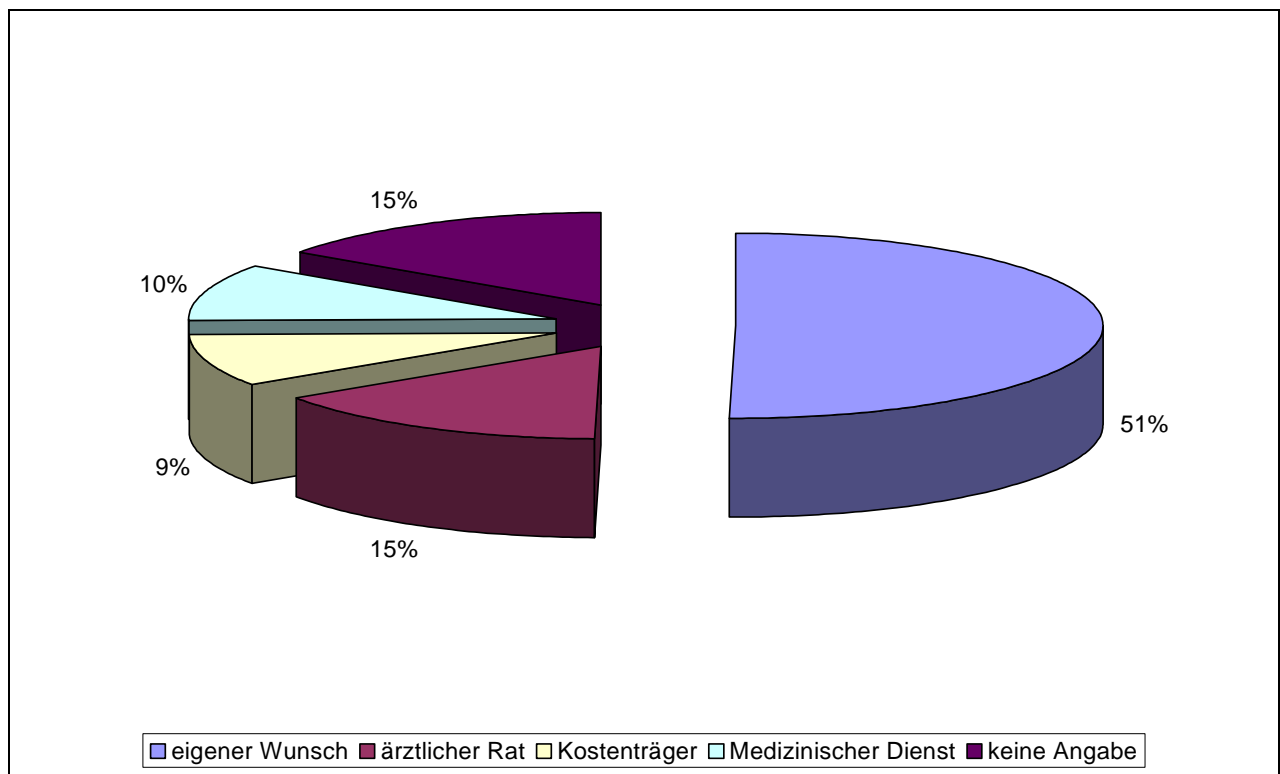


Abbildung 18: Auf wessen Veranlassung erfolgte die Entscheidung für eine teilstationäre Rehabilitation ($N = 131$)

5.2.5.4 Einbindung von Angehörigen in die Rehabilitation

In 2,3 Prozent der Fälle waren Angehörige in die Rehabilitation eingebunden.

5.2.5.5 Anzahl der psychotherapeutischen bzw. klinisch-psychologischen Kontakte während der Rehabilitation

Im Schnitt hatten die Studienteilnehmer während der Rehabilitation $M = 8,0$ psychotherapeutische bzw. klinisch-psychologische Einzelkontakte ($SD = 6,5$) mit einem Range von 3 bis 78 Kontakten. Die durchschnittliche Anzahl der psychotherapeutischen Gruppenkontakte lag mit $M = 47,4$ deutlich höher ($SD = 19,6$). Hier reichte der Range von 10 bis 99. Psychotherapeutische Angehörigenkontakte fanden mit einem Mittelwert von $M = 0,02$ ($SD = 0,1$), Range 0 bis 1, nur äußerst selten statt.

5.2.5.6 Ergänzende Betreuung in anderen psychosozialen Einrichtungen während der Rehabilitation

Ein Anteil von 4,6 Prozent der Patienten erhielt während der Rehabilitation eine ergänzende Betreuung in anderen psychosozialen Einrichtungen.

5.2.5.7 Entlassungsform

Fast alle Studienteilnehmer (97%) wurden regulär entlassen (vgl. Abbildung 19).

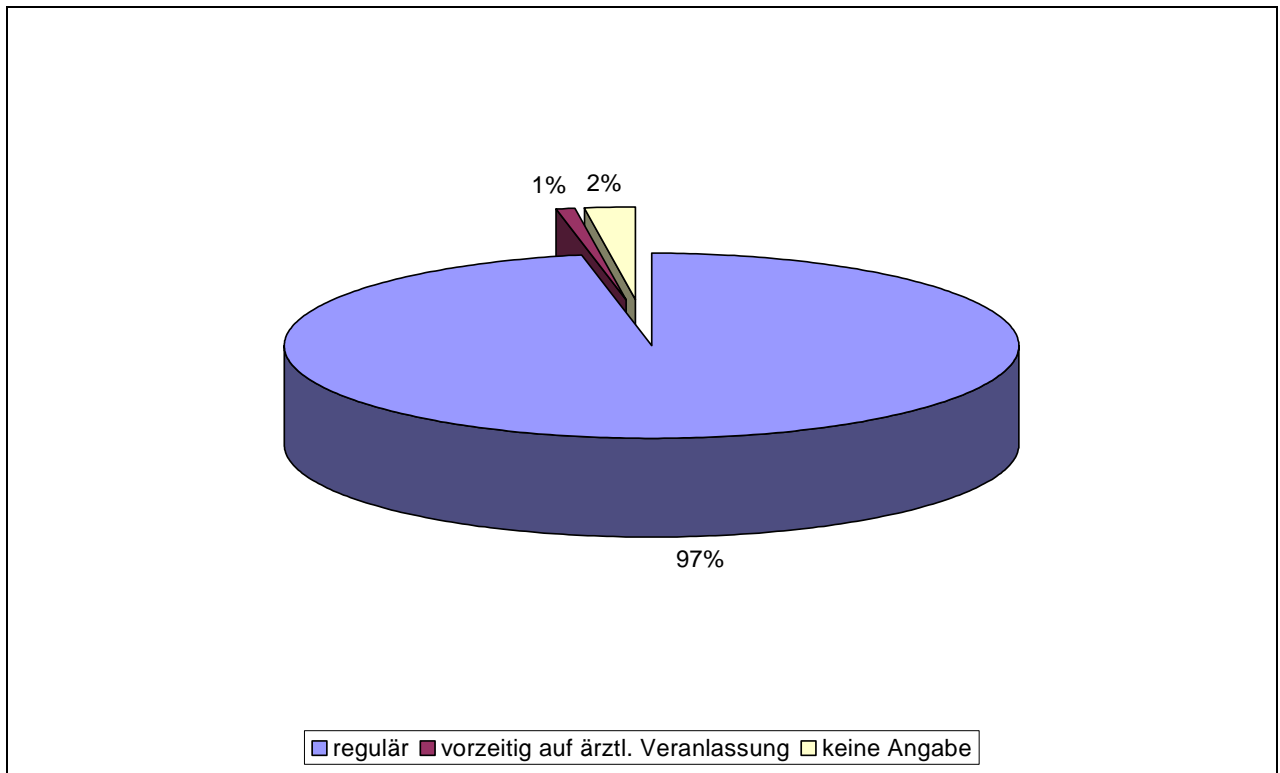


Abbildung 19: Entlassungsform der Studienteilnehmer ($N = 131$)

5.2.5.8 Wichtige Ereignisse während der Behandlung

Bei einem kleinen Teil der Patienten kam es während der Behandlung zu gravierenden Ereignissen (vgl. Abbildung 20). Am häufigsten waren akute berufliche Probleme (9,2%) vertreten.

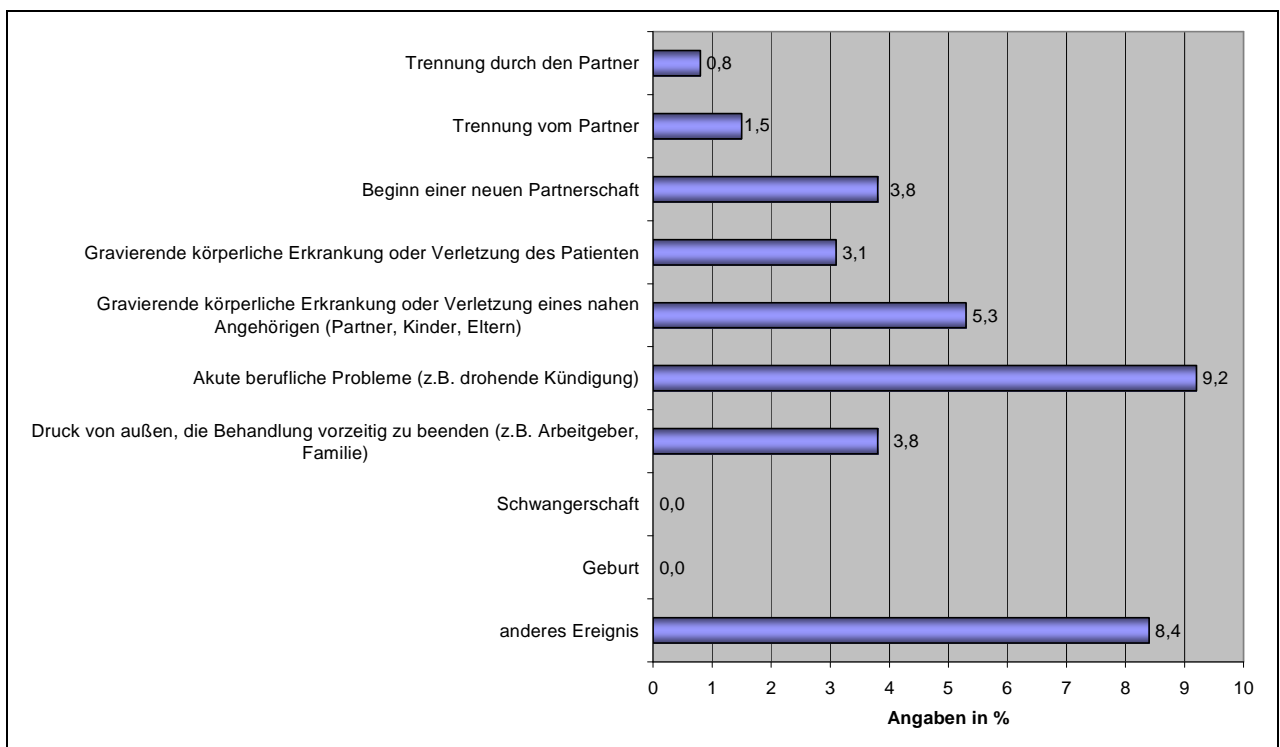


Abbildung 20: Wichtige Ereignisse während der Behandlung ($N = 131$)

5.2.6 Vergleich ambulante vs. stationäre Patienten

Um zu prüfen, ob sich ambulant behandelte Rehabilitanden von Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation unterscheiden, werden statistische Vergleiche zwischen der Stichprobe der Studienteilnehmer im RehaCentrum Hamburg ($N = 131$) und den Studienteilnehmern des QS-Reha[®]-Verfahrens ($N = 2.784$) durchgeführt. Diese sind in Tabelle 6 bis Tabelle 10 dargestellt.

Die beiden Stichproben unterscheiden sich weder hinsichtlich der Geschlechtsverteilung, des Durchschnittsalters oder der Nationalität. Der Altersrange ist jedoch bei der QS-Reha[®]-Stichprobe deutlich breiter (vgl. Tabelle 6).

Signifikante Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Familienstands (doppelt so viele geschiedene, aber nur knapp halb so viele verwitwete Patienten in der ambulanten Stichprobe), des Partnerstatus (mehr feste Partnerschaften in der ambulanten Stichprobe) und hinsichtlich der Schulbildung (geringere Schulbildung in der ambulanten Stichprobe). Auch bezüglich des Erwerbsstatus bei Aufnahme zeigen sich signifikante Unterschiede: In der stationären Stichprobe finden sich deutlich mehr Hausfrauen/-männer und deutlich weniger arbeitslos gemeldete Patienten. Außerdem befinden sich unter den Studienteilnehmern im RehaCentrum Hamburg weder Patienten in Ausbildung noch in Altersrente, was vermutlich auf die nahezu ausschließliche Belegung durch die Rentenversicherung zurückzuführen ist. In der QS-Reha[®]-Stichprobe sind dies 4,6 bzw. 11,1 Prozent.

Tabelle 6: Vergleich der ambulanten vs. stationären Studienstichproben hinsichtlich soziodemografischer Merkmale

	ambulant ($N = 131$)	stationär ($N = 2.784$)	
Soziodemografische Merkmale			
Alter (M , SD , Range)	46,2 (8,3); 25-64	46,6 (13,8); 17-83	$t_{(165,41)} = -0,55$, $p = .59$; $d = -0,03$
Geschlecht männlich	29,8%	26,5%	$X^2(1, N = 2.915) = 0,68$; $p = .42$, $\phi = -.02$
andere Nationalität (nicht deutsch)	10,7%	6,3%	$X^2(1, N = 2.915) = 3,91$; $p = .07$, $\phi = -.04$
Familienstand			$X^2(4, N = 2.872) = 21,08$;
ledig	26,2%	28,8%	$p < .001$, $\phi = .09$
verheiratet	41,5%	43,6%	
verheiratet, getrennt lebend	3,1%	6,8%	
geschieden	26,2%	13,3%	
verwitwet	3,1%	7,5%	
Partnerschaft			$X^2(1, N = 2.915) = 9,14$;
fester Partner	65,6%	52,2%	$p < .01$, $\phi = .06$

Schulbildung			$X^2 (6, N = 2.901) = 23,39;$
noch in der Schule	0,0%	1,6%	$p < .01, \varphi = .09$
kein Schulabschluss	4,6%	,8%	
Sonderschulabschluss	0,8%	,5%	
Hauptschulabschluss	33,6%	29,0%	
Realschulabschluss	33,6%	35,0%	
Abitur/Fachabitur	26,0%	30,3%	
sonstiger Abschluss	1,5%	2,9%	
Erwerbsstatus bei Aufnahme			$X^2 (9, N = 2.858) = 100,79;$
berufstätig, Vollzeit	29,5%	33,3%	$p < .001, \varphi = .19$
berufstätig, Teilzeit	14,7%	12,4%	
Minijob/gelegentlich berufstätig	3,1%	5,0%	
Hausfrau/-mann	3,1%	11,5%	
Ausbildung/Studium	0,0%	4,6%	
Qualifikationsmaßnahme	1,6%	0,3%	
arbeitslos gemeldet	25,6%	10,0%	
EM-Rente	3,9%	6,3%	
Altersrente/(Früh-)Pension	0,0%	11,1%	
Sonstiges	18,6%	5,4%	

Tabelle 7: Vergleich der ambulanten vs. stationären Studienstichproben hinsichtlich sozialmedizinischer Merkmale

	ambulant (<i>N</i> = 131)	stationär (<i>N</i> = 2.784)	
Sozialmedizinische Merkmale			
AU-Zeiten (Erwerbstätige und Arbeitslose) in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme (in Wochen, <i>M</i> , <i>SD</i>)	18,2 (8,8)	8,9 (8,7)	$t_{(1749)} = 10,06, p < .001;$ $d = 1,04$
Krankheitszeiten (Nicht-Erwerbstätige) in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme (in Wochen, <i>M</i> , <i>SD</i>)	15,6 (11,4)	9,3 (8,4)	$t_{(798)} = 2,21, p = .03;$ $d = 0,74$
Krankheitszeiten (Patienten in sonstiger Erwerbssituation (Ausbildung/Studium, Qualifikationsmaßnahme, Sonstiges) in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme (in Wochen, <i>M</i> , <i>SD</i>)	21,0 (6,0)	12,1 (9,8)	$t_{(39,91)} = 6,80, p < .001;$ $d = 0,90$
Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme	21,6%	57,8%	$X^2 (1, N = 1.428) = 43,75$ $p < .001, \varphi = .18$

Hinsichtlich der sozialmedizinischen Charakteristika unterscheiden sich die beiden Patientengruppen sowohl bezüglich der AU- bzw. Krankheitszeiten im Vorfeld der Rehabilitation als auch bezüglich Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme signifikant, jeweils dahingehend, dass die ambulanten Rehabilitanden stärker belastet sind (längere AU- bzw. Krankheitszeiten und nicht einmal halb so viele arbeitsfähige Patienten bei Aufnahme; vgl. Tabelle 7).

Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Verteilung der Erstdiagnosen: In der ambulanten Stichprobe befinden sich deutlich mehr Patienten mit depressiver Episode und deutlich weniger Patienten mit Essstörung (vgl. **Tabelle 8**).

Auch bei Berücksichtigung aller Diagnosen zeigen sich einige signifikante Unterschiede: In der ambulanten Stichprobe finden sich deutlich mehr Patienten mit depressiver Störung und doppelt so viele Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, aber deutlich weniger Patienten mit Persönlichkeitsstörung.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Angst- und somatoformen Störungen finden sich keine Unterschiede zwischen den Stichproben.

Die stationären Patienten haben allerdings durchschnittlich signifikant mehr Diagnosen.

Die Verteilung der Dauer der Haupterkrankung unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Gruppen.

In allen Skalen des HEALTH-49 (mit Ausnahme der Skalen „*Soziale Unterstützung*“ und „*Soziale Belastung*“ unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant in ihrer Ausgangsbelastung dahingehend, dass die ambulanten Patienten stärker belastet sind (vgl. Tabelle 9).

Die ambulanten Patienten im RehaCentrum Hamburg werden signifikant kürzer behandelt als die Patienten der stationären Vergleichsstichprobe. Auch der der Range der Behandlungsdauer fällt in der stationären Rehabilitation sehr viel breiter aus. Während die ambulante Rehabilitation im RehaCentrum Hamburg fast ausschließlich von der Rentenversicherung finanziert wird, ist dies in der stationären Vergleichsstichprobe nur bei einem Drittel der Rehabilitationen der Fall. Bei knapp der Hälfte der Patienten aus dem QS-Reha[®]-Verfahren ist die Krankenversicherung Kostenträger, ca. ein Fünftel der Behandlungen wird von anderen Kostenträgern finanziert. Die stationären Patienten haben signifikant häufiger schon früher Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen und zeigen sich außerdem signifikant motivierter für die Rehabilitation als die ambulanten Patienten im RehaCentrum Hamburg. Die Motivation für weitere Reha-Maßnahmen (Nachsorge) unterscheidet sich nicht zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 8: Vergleich der ambulanten vs. stationären Studienstichproben hinsichtlich klinischer Merkmale

	ambulant (N = 131)	stationär (N = 2.784)	
Klinische Merkmale			
Erstdiagnosen			$X^2 (10, N = 2.825) = 38,75;$
F2	0,0%	1,7%	$p < .001, \varphi = .12$
F32	39,7%	23,3%	
F33	23,7%	21,0%	
F34.1	0,0%	1,6%	
F40/F41	7,6%	6,7%	
F43.1	6,9%	4,1%	
F43.2/F48	13,0%	14,8%	
F45	4,6%	5,6%	
F50	0,8%	6,5%	
F6	0,8%	2,7%	
Sonstige Diagnosen	3,1%	12,1%	
alle Diagnosen			
Depressive Störung (F32/F33/F34.1)	76,3%	58,2%	$X^2 (1, N = 2.915) = 16,97;$ $p < .001, \varphi = -.08$
Angststörung (F40/F41)	16,0%	13,9%	$X^2 (1, N = 2.915) = 0,46;$ $p = .52, \varphi = -.01$
PTBS (F43.1)	16,0%	7,8%	$X^2 (1, N = 2.915) = 11,46$ $p < .01, \varphi = -.06$
Somatoforme Störung (F45)	13,0%	15,7%	$X^2 (1, N = 2.915) = 0,69$ $p = .46, \varphi = .02$
Persönlichkeitsstörung (F6)	1,5%	13,1%	$X^2 (1, N = 2.915) = 15,20$ $p < .001, \varphi = .07$
Anzahl der Diagnosen (M, SD)	2,8 (1,5)	3,1 (1,4)	$t_{(140,36)} = -2,01, p < .05;$ $d = -0,20$
Chronifizierung (Dauer der Haupterkrankung)			$X^2 (5, N = 2.647) = 6,02$ $p = .30, \varphi = .05$
Akutereignis	0,8%	2,4%	
bis 1 Jahr	11,7%	12,8%	
1-2 Jahre	28,9%	21,0%	
3-5 Jahre	20,3%	21,5%	
5-10 Jahre	13,3%	16,9%	
> 10 Jahre	25,0%	25,4%	

Tabelle 9: Vergleich der ambulanten vs. stationären Studienstichproben hinsichtlich der Ausgangsbelastung

	ambulant (N = 131)	stationär (N = 2.784)	
Ausgangsbelastung (M, SD)			
HEALTH-49 Gesamt	2,32 (0,72)	2,01 (0,66)	$t_{(2913)} = 5,22, p < .001;$ $d = 0,46$
HEALTH-49 Psychische und somatoforme Beschwerden	1,74 (0,85)	1,55 (0,72)	$t_{(138,77)} = 2,55, p = .01;$ $d = 0,27$
HEALTH-49 Psychisches Wohlbefinden	2,73 (0,79)	2,52 (0,74)	$t_{(2913)} = 3,27, p < .01;$ $d = 0,29$
HEALTH-49 Interaktionelle Schwierigkeiten	2,07 (0,98)	1,79 (0,94)	$t_{(2913)} = 3,38, p < .001;$ $d = 0,30$
HEALTH-49 Selbstwirksamkeit	2,63 (0,96)	2,18 (0,80)	$t_{(138,62)} = 5,38, p < .001;$ $d = 0,56$
HEALTH-49 Aktivität und Partizipation	2,41 (0,89)	2,01 (0,86)	$t_{(2913)} = 5,20, p < .001;$ $d = 0,46$
HEALTH-49 Soziale Unterstützung	1,74 (0,92)	1,64 (0,82)	$t_{(139,72)} = 1,30, p = .20;$ $d = 0,13$
HEALTH-49 Soziale Belastung	1,80 (0,85)	1,83 (0,77)	$t_{(2913)} = -0,40, p = .69;$ $d = -0,04$

Tabelle 10: Vergleich der ambulanten vs. stationären Studienstichproben hinsichtlich der Behandlungsmerkmale

	ambulant (N = 131)	stationär (N = 2.784)	
Behandlungsmerkmale			
Behandlungsdauer in Tagen (M, SD, Range)	37,6 (7,0) 18-55	42,7 (25,6) 7-360	$t_{(346,93)} = -6,45, p < .001;$ $d = -0,20$
Kostenträger			$\chi^2 (2, N = 2.634) = 215,48$
GKV	1,6%	45,8%	$p < .001, \phi = .29$
RV	97,6%	33,0%	
anderer Kostenträger	0,8%	21,2%	
vorherige Rehabilitationen			$\chi^2 (2, N = 2.848) = 11,59$
keine	69,2%	57,0%	$p < .01, \phi = .06$
eine	20,8%	21,0%	
zwei oder mehr	10,0%	22,0%	
Reha-Motivation (auf einer Skala von 1 = sehr hohe Motivation bis 6 = keine Motivation, M, SD)	2,5 (1,4)	2,0 (1,1)	$t_{(136,49)} = 3,94, p < .001;$ $d = 0,45$
Motivation für weitere Reha-Maßnahmen (Nachsorge) (auf einer Skala von 1 = sehr hohe Motivation bis 6 = keine Motivation, M, SD)	2,0 (1,3)	2,1 (1,2)	$t_{(2723)} = -0,91, p = .37;$ $d = -0,09$

5.3 Welche Behandlungseffekte lassen sich für die ambulante Rehabilitation nachweisen (Effektivität)?

Zur Klärung der Frage nach der Effektivität der ambulanten/teilstationären psychosomatischen Rehabilitation werden die Behandlungsergebnisse zunächst isoliert für die Studienteilnehmer aus dem RehaCentrum Hamburg untersucht. Dabei werden zuerst die kurzfristigen Behandlungsergebnisse (vgl. 5.3.1) und dann die mittelfristigen Behandlungsergebnisse (vgl. 5.3.2) dargestellt. Ergänzend werden Befunde zur Therapiezieelerreichung (vgl. 5.3.3) und Patientenzufriedenheit (vgl. 5.3.4) berichtet.

5.3.1 Kurzfristige Behandlungsergebnisse

5.3.1.1 Kurzfristige Behandlungsergebnisse im Patientenurteil

5.3.1.1.1 Veränderungen der psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49)

Hinsichtlich des Hauptzielkriteriums, der Veränderung im *Gesamtwert des HEALTH-49*, findet sich für die Gesamtstichprobe der ambulanten Studienteilnehmer bis zur Entlassung eine signifikante Verbesserung im Ausmaß einer kleinen Effektstärke ($d=0,38$; vgl. Abbildung 21 und Abbildung 23).

Auch in allen anderen Skalen des *HEALTH-49* werden signifikante Verbesserungen mit kleiner Effektstärke erreicht. Einzige Ausnahme bilden die Skalen „*Soziale Unterstützung*“ und „*Soziale Belastung*“, in denen keine nennenswerten Veränderungen zu erwarten sind (vgl. Abbildung 22 und Abbildung 23).

5.3.1.1.2 Veränderungen der Lebenszufriedenheit (FLZM)

Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit schätzen die Patienten ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen auf einer Skala von 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden ein. Zusätzlich wurde ein Mittelwert über alle Skalen berechnet.

In den Bereichen „*Arbeitsituation/Hauptbeschäftigung*“, „*Freizeit*“ und „*Gesundheitszustand*“ sowie im Gesamtwert, der über alle Skalen berechnet wurde, zeigen sich signifikante Verbesserungen vom Aufnahme- bis zum Entlasszeitpunkt (vgl. Abbildung 24), welche einer kleinen (bzw. im Gesamtwert einer annähernd kleinen) Effektstärke entsprechen (vgl. Abbildung 25). In den anderen Bereichen konnten keine signifikanten Veränderungen nachgewiesen werden. Allerdings berichten die Patienten zu Beginn der Behandlung in den Bereichen „*Wohnsituation*“, „*Beziehungen zu Freunden/Nachbarn/Bekanntem*“, „*Ehe/Partnerschaft*“ und „*Gesundheitszustand*“ keine auffällige Unzufriedenheit; die Werte liegen schon bei Behandlungsbeginn im eher zufriedenen Bereich ($MW > 3$).

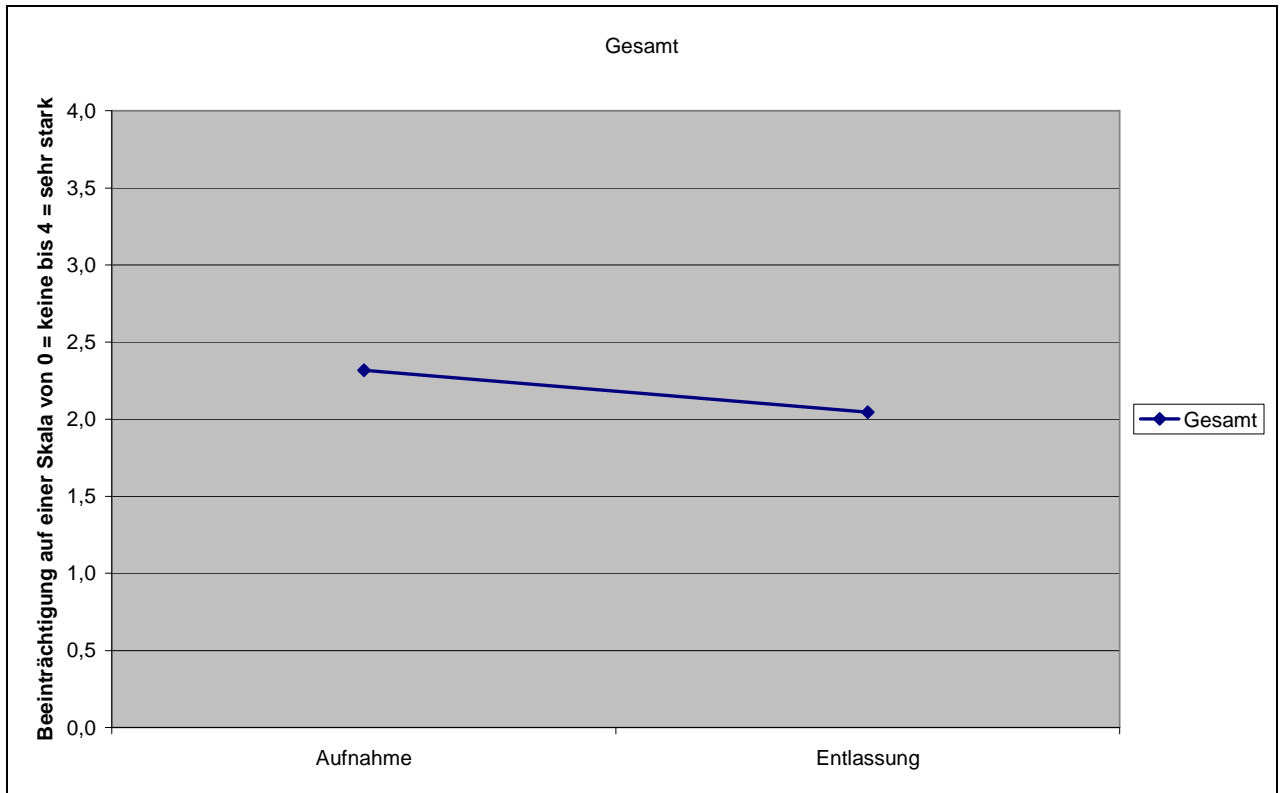


Abbildung 21: Veränderungen im Gesamtwert des *HEALTH-49* (Studienteilnehmer, $N = 131$)

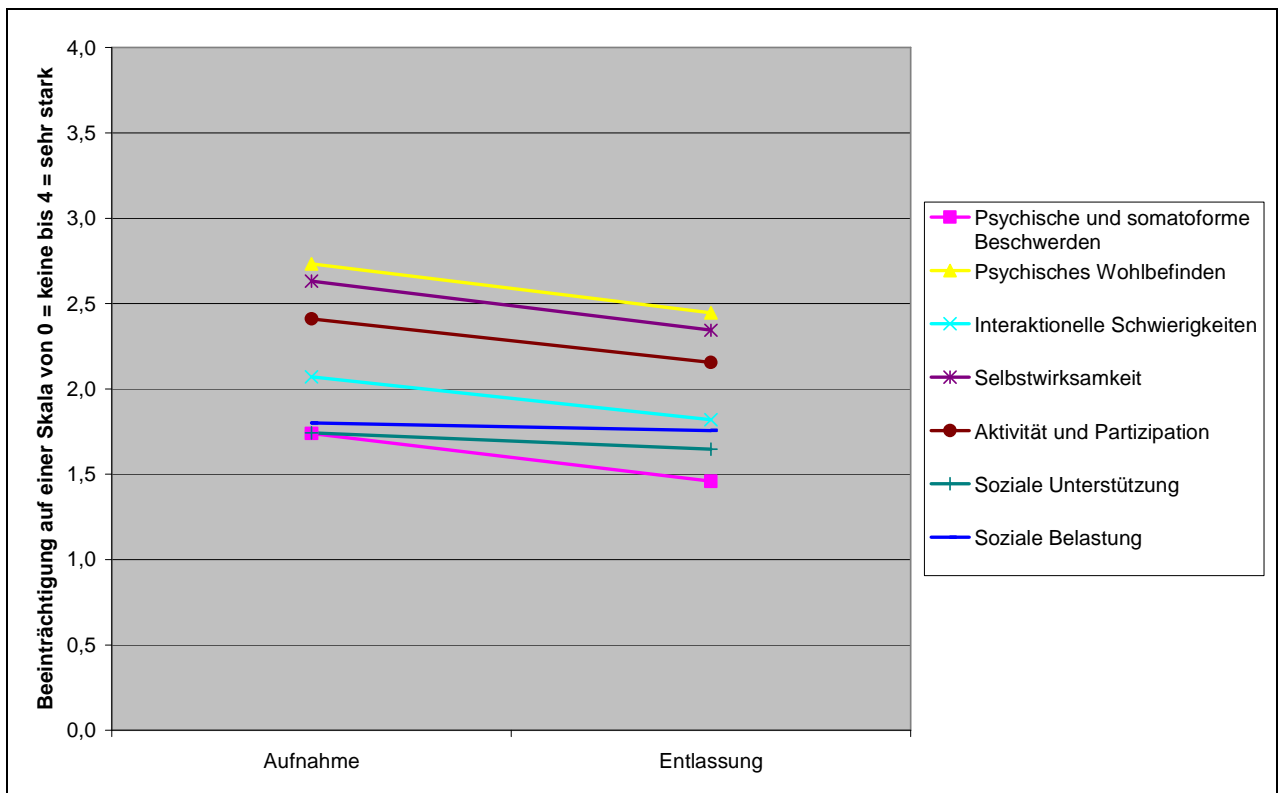


Abbildung 22: Veränderungen in den Skalen des *HEALTH-49* (Studienteilnehmer, $N = 131$)

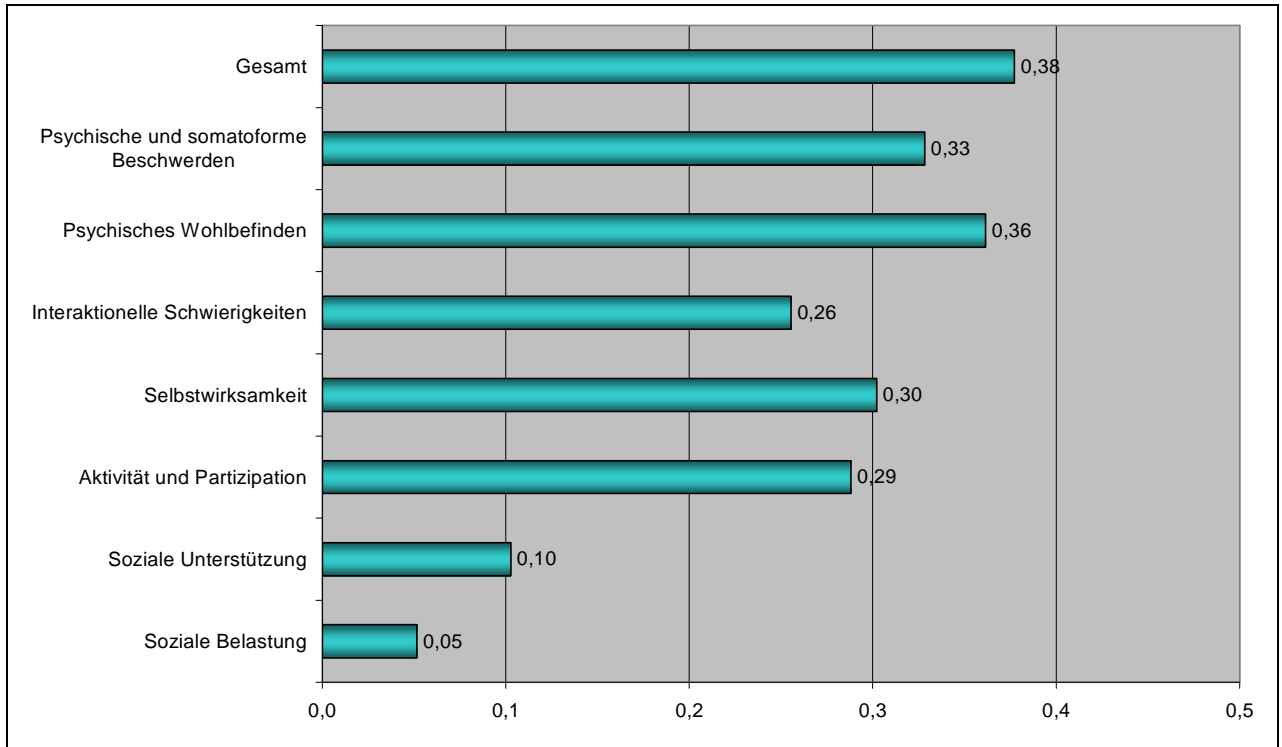


Abbildung 23: Effektstärken der Veränderung (Cohen's d) in den Skalen des *HEALTH-49* ($N = 131$)

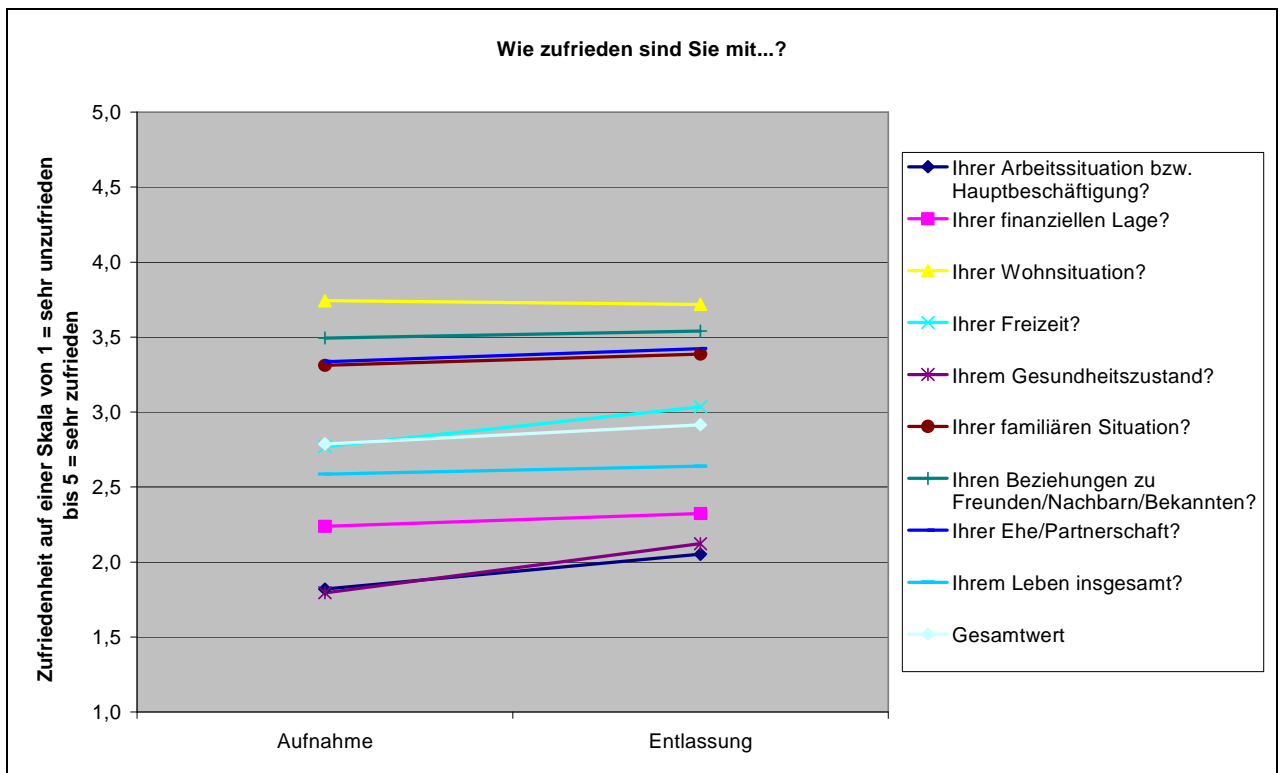


Abbildung 24: Veränderungen in den Einzelitems und im Gesamtwert des *FLZM* ($N = 131$)

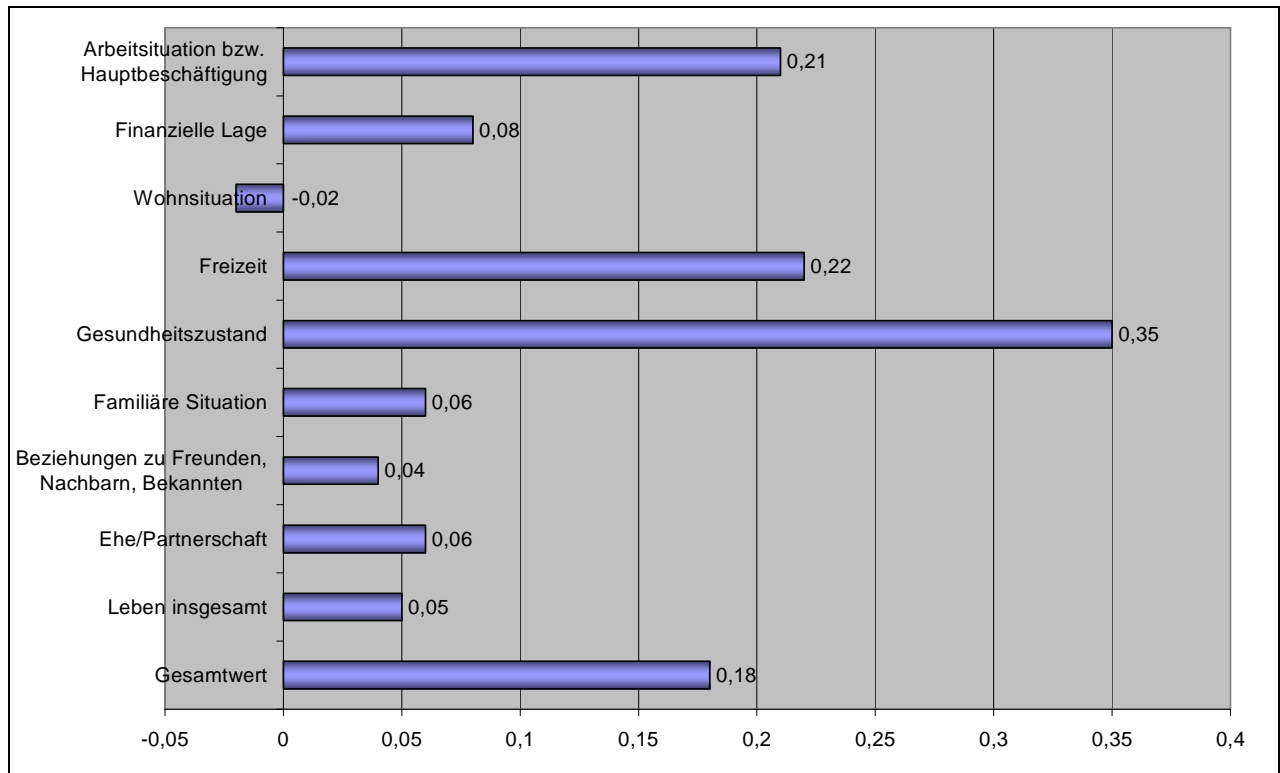


Abbildung 25: Effektstärken der Veränderung (Cohens *d*) in den Einzelitems und im Gesamtwert des *FLZM* ($N = 131$)

5.3.1.1.3 Globalurteil

Die Patienten wurden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung gebeten, ihre körperlichen und psychischen Beschwerden in einem Globalurteil einzuschätzen.

Sowohl hinsichtlich der körperlichen als auch hinsichtlich der seelischen Beschwerden nahmen die Patienten signifikante Verbesserungen vom Aufnahme- zum Entlasszeitpunkt wahr (körperlich: $F_{(1,107)}=6,98$, $p=.01$, $\eta^2=0,06$; psychisch: $F_{(1,109)}=45,51$, $p<.001$, $\eta^2=0,30$; vgl. Abbildung 26).

5.3.1.1.4 Veränderung sozialmedizinischer Einschätzungen

In die folgenden Auswertungen wurden die bei Aufnahme erwerbstätigen Patienten (Vollzeit, Teilzeit, Minijob; $n = 61$) einbezogen.

Hinsichtlich der Einschätzung der erwerbstätigen Patienten, wann sie voraussichtlich in das Erwerbsleben zurückkehren werden als auch hinsichtlich der Einschätzung der längerfristigen beruflichen Leistungsfähigkeit zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung (vgl. Abbildung 27).

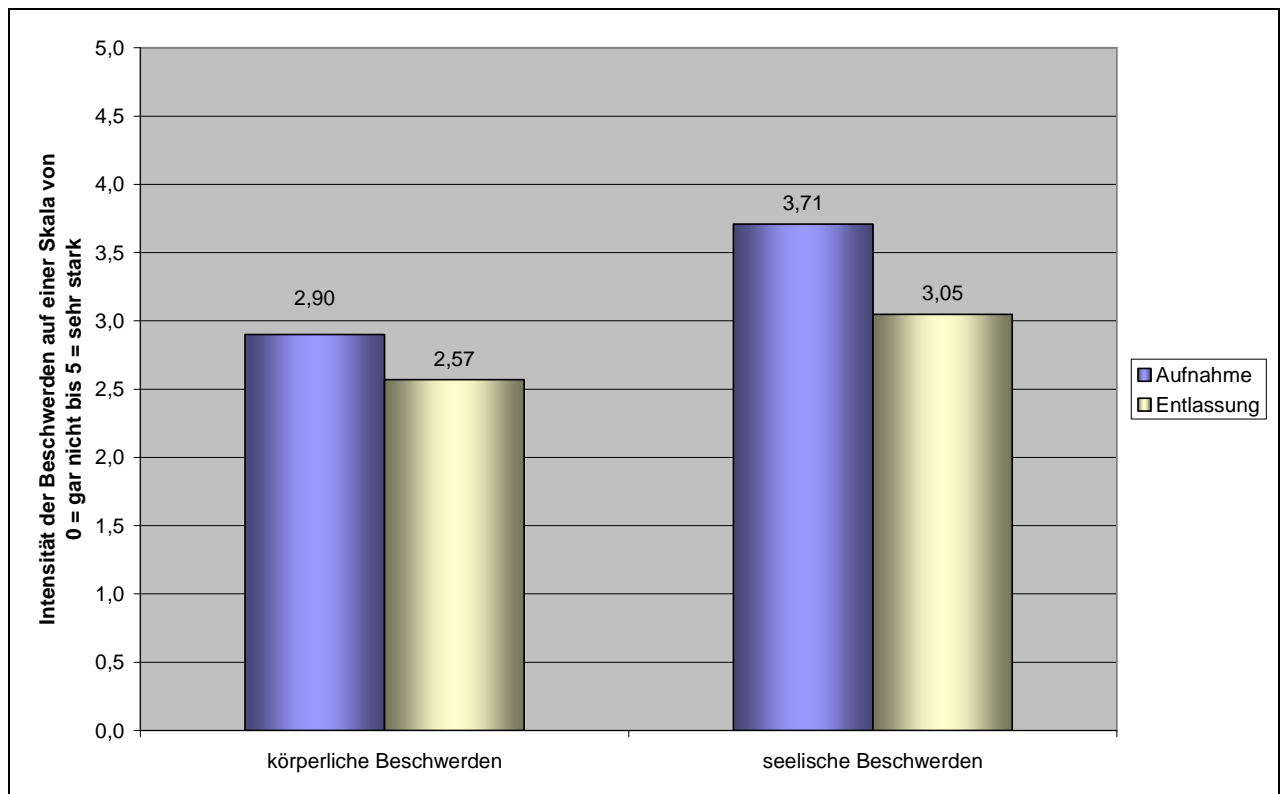


Abbildung 26: Globalurteil der Beschwerdeintensität (Studienteilnehmer $N = 131$)

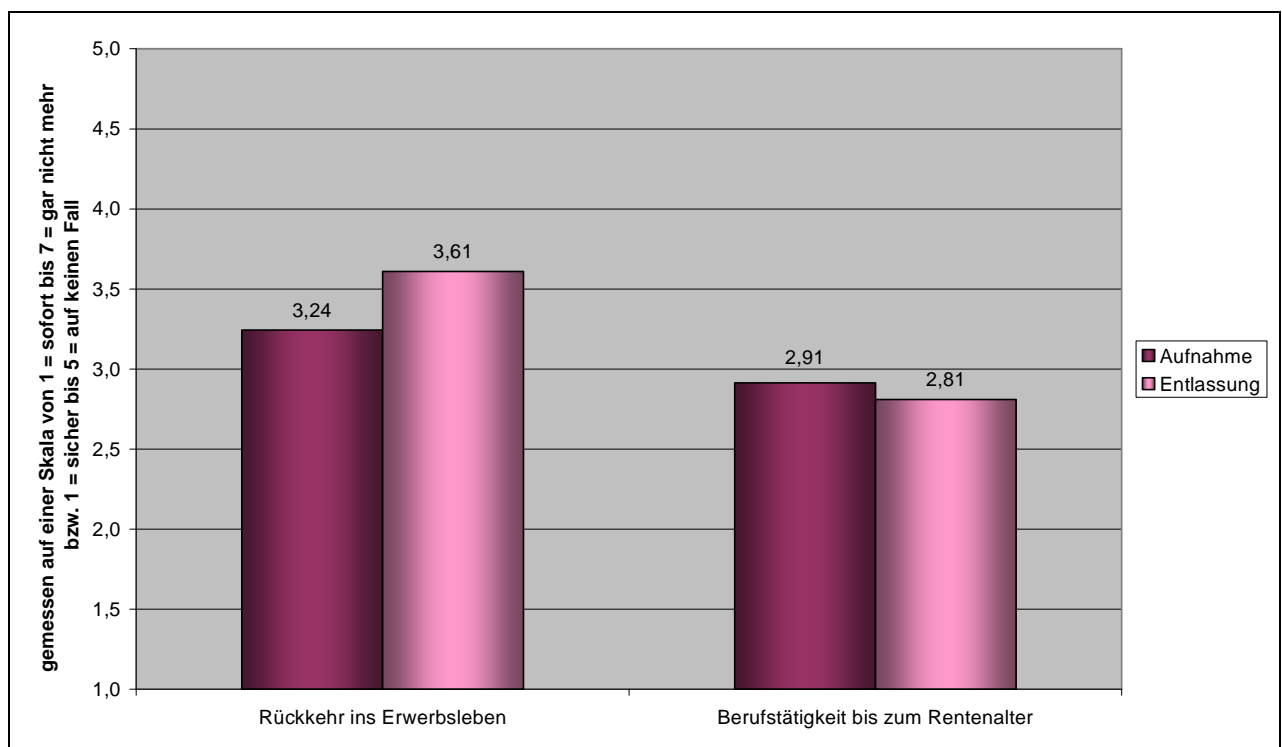


Abbildung 27: Einschätzung der erwerbstätigen Patienten zur Rückkehr in das Erwerbsleben ($n = 41$) und zum Verbleib im Erwerbsleben bis zum Erreichen des Rentenalters ($n = 47$)

5.3.1.2 Kurzfristige Behandlungsergebnisse im Therapeutenurteil

5.3.1.2.1 Veränderungen hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung (HoNOS-D)

Mittels der *HoNOS-D* wurden von den behandelnden Therapeuten Einschätzungen zum Schweregrad der Beeinträchtigung erfasst. Die Skala reicht von 0 = kein Problem bis 4 = schweres bis sehr schweres Problem.

Die Veränderungen vom Aufnahme- zum Entlasszeitpunkt sind in allen Einzelbereichen (Ausnahme: *Problematischer Drogen- und Alkoholkonsum*, *Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen* und *Probleme durch Wohnbedingungen*) sowie im *Totalscore* signifikant (vgl. Abbildung 28).

Die größten Verbesserungen zeigen sich bei den „*Anderen psychischen Problemen*“ ($F_{(1; 128)} = 146,43$; $p < .001$; $d_{t_0-t_1} = 1,06$; hier wird für jeden Patienten individuell das wichtigste Problem aus einer Reihe genannter Probleme ausgewählt), „*Gedrückte Stimmung*“ ($F_{(1; 128)} = 147,79$; $p < .001$; $d_{t_0-t_1} = 0,96$) und im *Totalscore* ($F_{(1; 128)} = 236,32$; $p < .001$; $d_{t_0-t_1} = 0,93$; vgl. Abbildung 29).

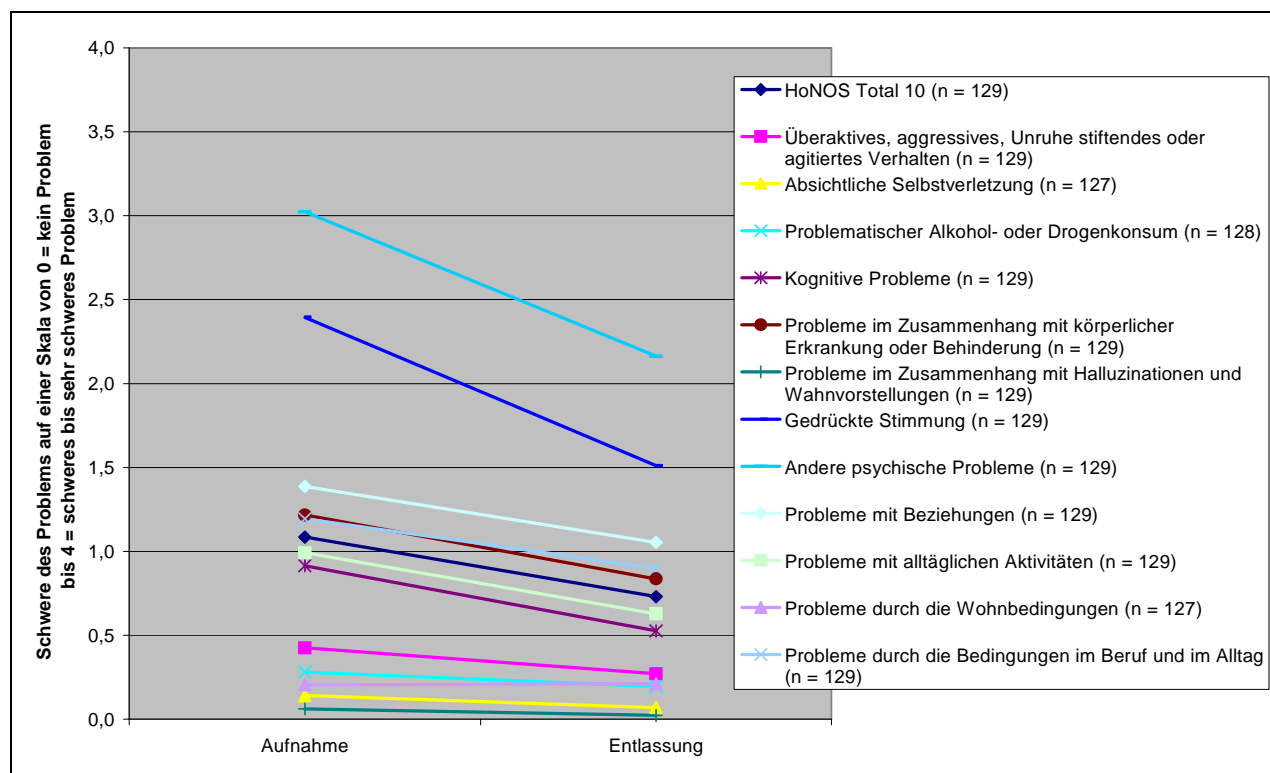


Abbildung 28: Veränderungen in den Einzelitems und im Totalscore der *HoNOS-D*

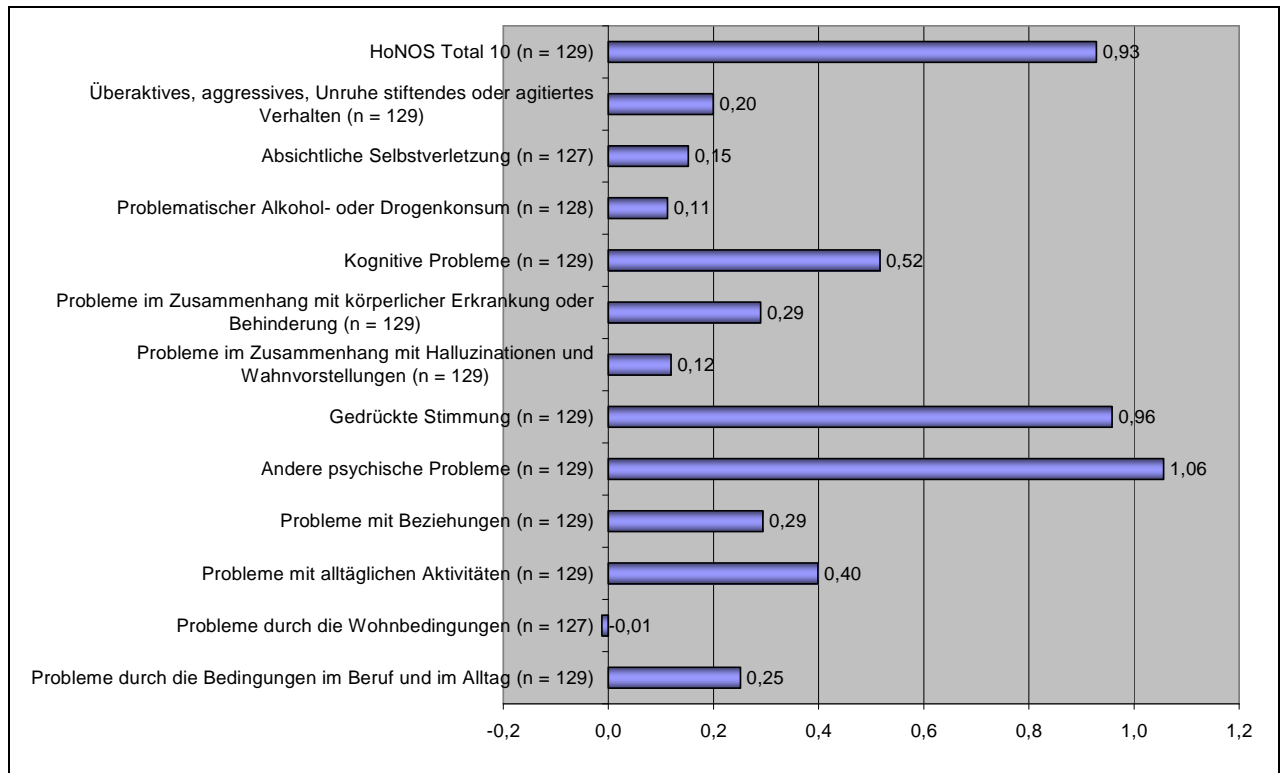


Abbildung 29: Effektstärken der Veränderung (Cohens d) in den Einzelitems und im Totalscore der *HoNOS-D*

5.3.1.2.2 Veränderungen im Globalen Funktionsniveau (GAF)

Das allgemeine Funktionsniveau steigt signifikant zwischen Behandlungsbeginn und Ende der Rehabilitation ($F_{(1; 124)} = 189,87$; $p < .001$; $d_{t0-t1} = 0,91$). Auch hinsichtlich des niedrigsten ($F_{(1; 124)} = 93,06$; $p < .001$; $d_{t0-t1} = 0,79$) und höchsten Funktionsniveaus ($F_{(1; 124)} = 78,19$; $p < .001$; $d_{t0-t1} = 0,62$) zeigen sich signifikante Verbesserungen zwischen dem Jahr vor der Behandlung und dem Zeitraum während der Rehabilitation (vgl. Abbildung 30).

5.3.1.3 Zusammenfassung der Behandlungsergebnisse in den standardisierten Skalen

In Tabelle 11 sind die Ergebnisse in den standardisierten Skalen sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die diagnostischen Subgruppen dargestellt.

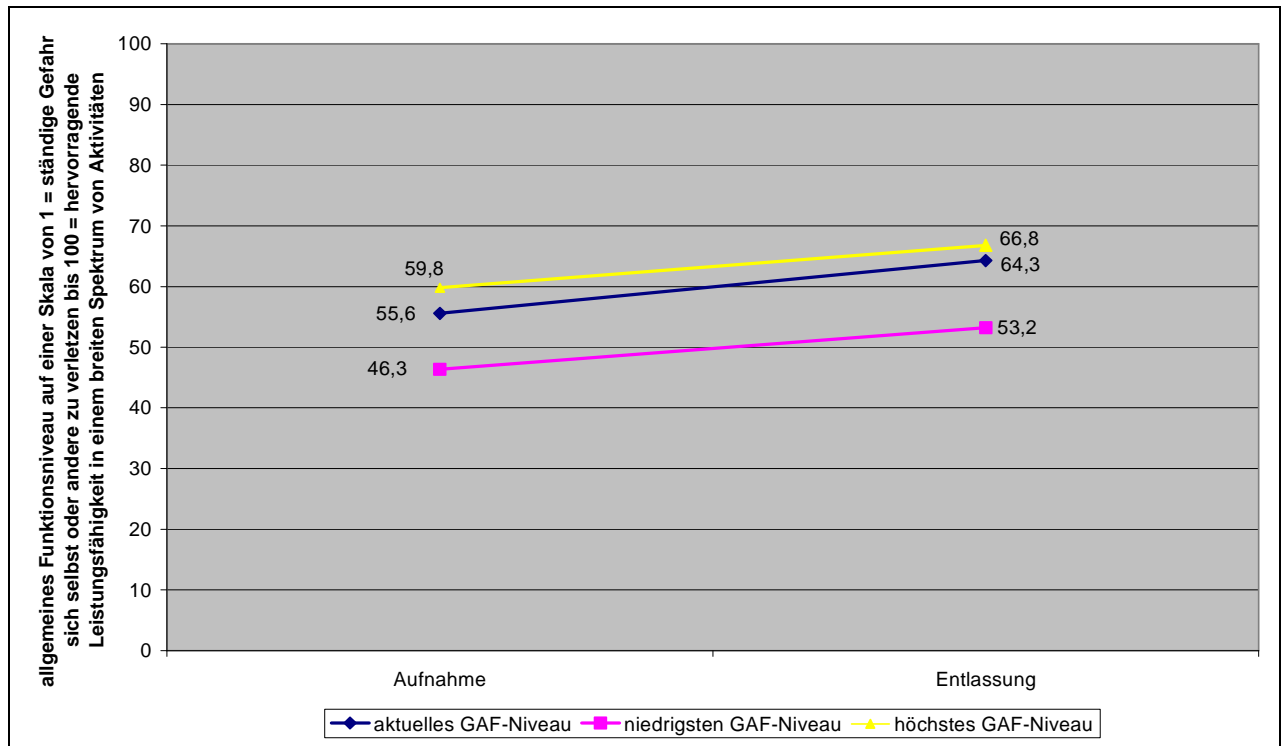


Abbildung 30: Veränderungen im Globalen Funktionsniveau (GAF) zwischen Aufnahme und Entlassung ($n = 125$)

Tabelle 11: Zusammenfassung der Ergebnisse in den standardisierten Skalen

	<i>N</i>	Aufnahme		Entlassung		<i>p</i>	<i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
HEALTH-49							
<i>Gesamt</i>	131	2,32	0,72	2,05	0,79	<.001	0,38
<i>Psychische und Somatoforme Beschwerden</i>	131	1,74	0,85	1,46	0,84	<.001	0,33
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	131	2,73	0,79	2,45	0,88	<.001	0,36
<i>Interaktionelle Schwierigkeiten</i>	131	2,07	0,98	1,82	0,95	<.001	0,26
<i>Selbstwirksamkeit</i>	131	2,63	0,96	2,34	0,97	<.001	0,30
<i>Aktivität und Partizipation</i>	131	2,41	0,89	2,16	1,00	.001	0,29
<i>Soziale Unterstützung</i>	131	1,74	0,92	1,65	0,90	.130	0,10
<i>Soziale Belastung</i>	131	1,80	0,85	1,76	0,86	.453	0,05
FLZM							
<i>Gesamtwert</i>	131	2,79	0,71	2,91	0,67	.002	0,18
HoNOS-D							
<i>Totalscore</i>	129	1,09	0,38	0,73	0,36	<.001	0,93
GAF							
<i>Aktuelles Funktionsniveau</i>	125	55,89	9,52	64,29	10,61	<.001	0,91

5.3.2 Mittelfristige Behandlungsergebnisse

5.3.2.1 Behandlungsergebnisse im Patientenurteil

5.3.2.1.1 Veränderungen der psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49)

Hinsichtlich des Hauptzielkriteriums, der Veränderung im Gesamtwert des HEALTH-49, findet sich für die Gesamtstichprobe der ambulanten Studienteilnehmer zwischen Aufnahme und Katamnese eine Verbesserung im Ausmaß einer mittleren Effektstärke ($d=0,53$; vgl. Abbildung 31 und Abbildung 33). Auch in allen anderen Skalen des HEALTH-49 zeigen sich signifikante Veränderungen zwischen den drei Messzeitpunkten (Ausnahme: „Soziale Unterstützung“ und „Soziale Belastung“). Mit Ausnahme der Skalen „Soziale Unterstützung“ und „Soziale Belastung“, in denen keine nennenswerten Veränderungen zu erwarten sind, ergeben sich in allen anderen Bereichen kleine bis mittlere Effektstärken zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt, die zwischen $d = 0,27$ („Interaktionelle Schwierigkeiten“) und $d = 0,61$ („Aktivität und Partizipation“) liegen. Die größten Verbesserungen werden in den Skalen „Aktivität und Partizipation“ ($F_{(2; 83)} = 17,28$; $p < .001$; $d_{t0-t2} = 0,61$), „Selbstwirksamkeit“ ($F_{(2; 83)} = 14,02$; $p < .001$; $d_{t0-t2} = 0,54$) und im Gesamtwert ($F_{(2; 83)} = 19,40$; $p < .001$; $d_{t0-t2} = 0,53$) erreicht. In der Skala „Aktivität und Partizipation“ zeigt sich zwischen Reha-Ende und Katamnesezeitpunkt eine signifikante Steigerung der erzielten Verbesserungen ($F_{(1; 84)} = 6,20$; $p = .015$; $d_{t1-t2} = 0,24$). In allen anderen Skalen sowie im Gesamtwert bleiben die Effekte stabil (vgl. Abbildung 31 und Abbildung 33).

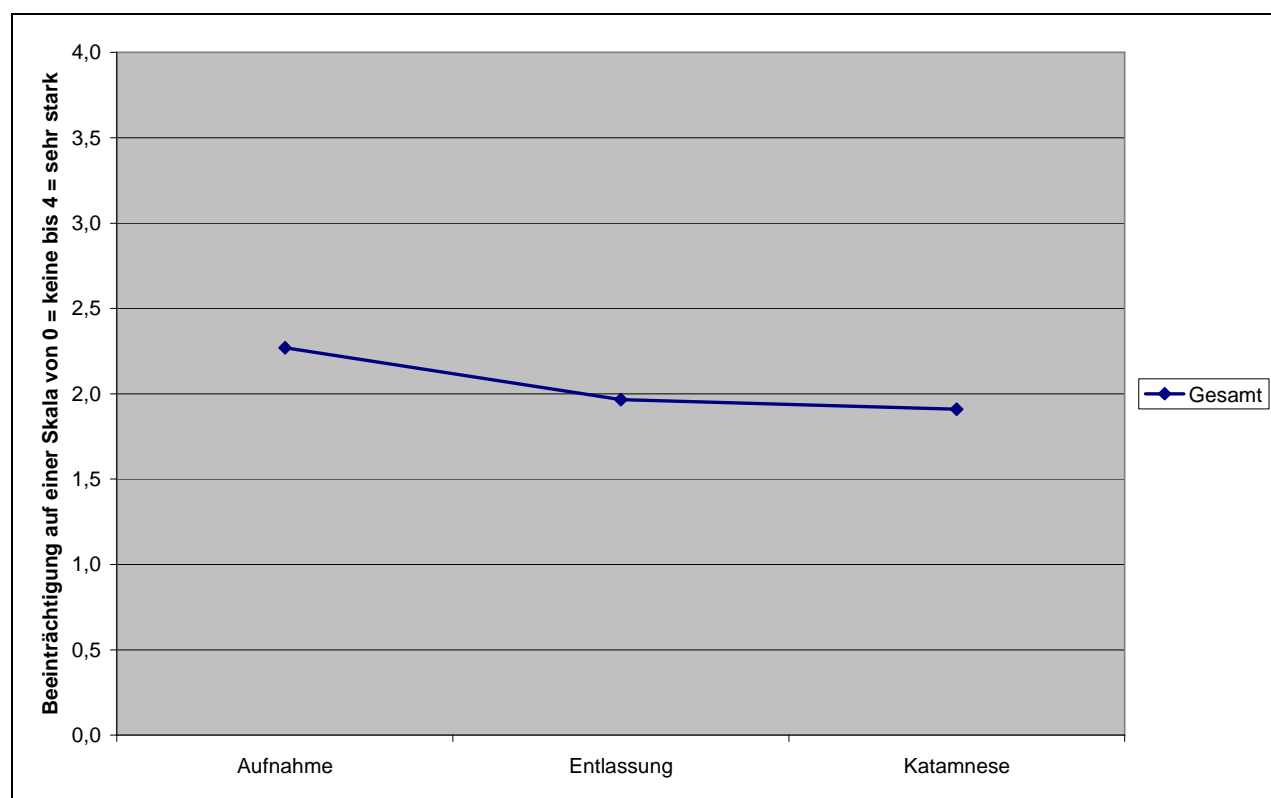


Abbildung 31: Veränderungen über die drei Messzeitpunkten im Gesamtwert des HEALTH-49 ($N = 85$)

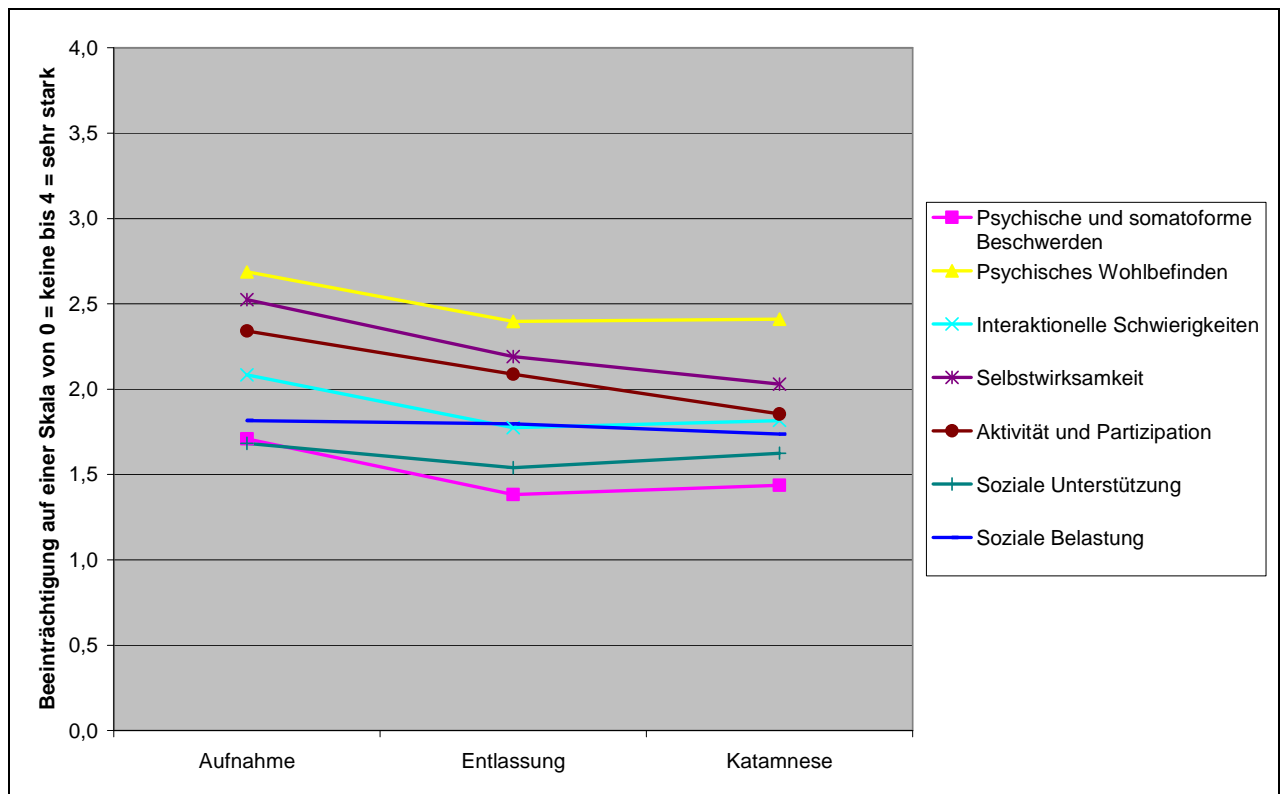


Abbildung 32: Veränderungen über die drei Messzeitpunkte in den Skalen des *HEALTH-49* ($N = 85$)

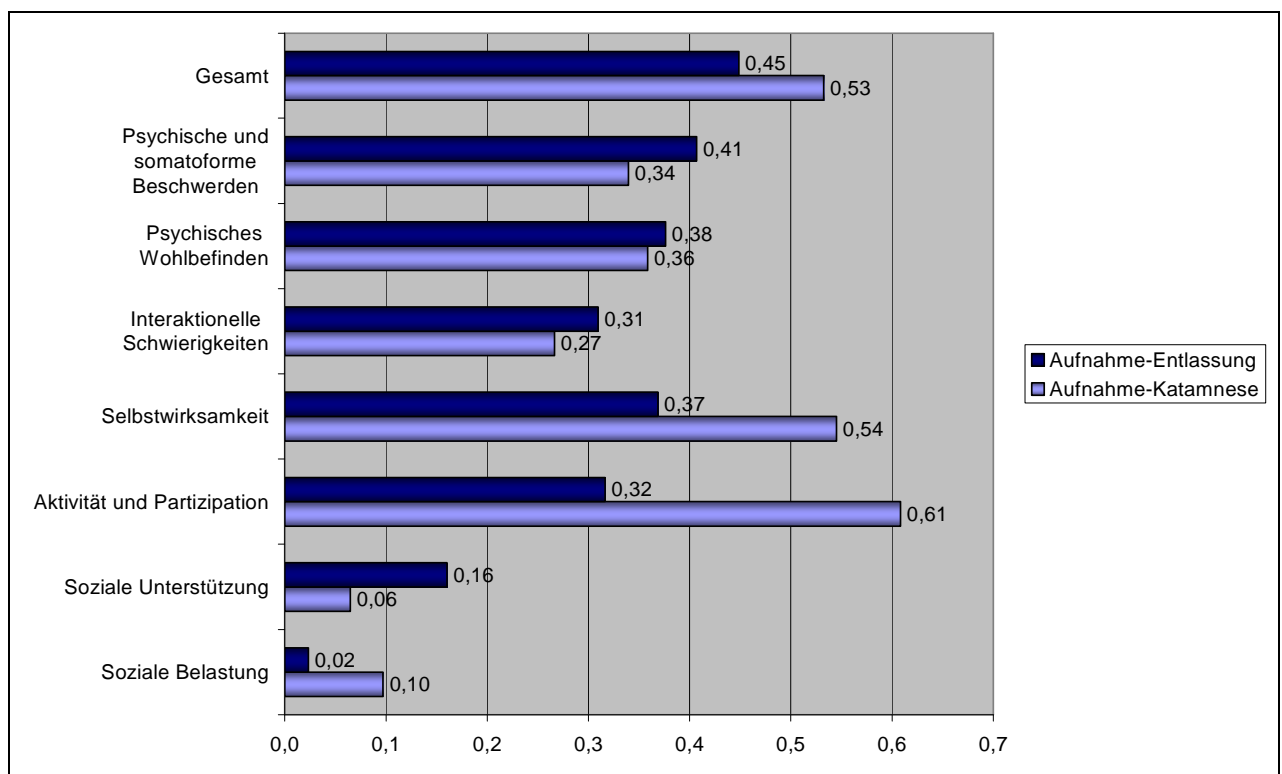


Abbildung 33: Effektstärken (Cohen's d) Aufnahme-Entlassung und Aufnahme-Katamnese in den Skalen des *HEALTH-49* ($N = 85$)

5.3.2.1.2 Veränderungen der Lebenszufriedenheit (FLZM)

Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit zeigen sich in den Bereichen „Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung“, „Freizeit“, „Gesundheitszustand“ und „Leben insgesamt“ sowie im über alle Skalen berechneten Mittelwert signifikante Veränderungen (vgl. Abbildung 34). In allen diesen Bereichen zeigt sich im Katamnesezeitraum ein Anstieg der Lebenszufriedenheit. Die Effekte zwischen Aufnahme und Katamnese liegen in diesen Skalen zwischen $d = 0,24$ (Freizeit) und $d = 0,76$ (Gesundheitszustand) und somit alle im kleinen bis mittleren Bereich.

In den anderen Bereichen, in denen die Veränderungen über die drei Messzeitpunkte nicht signifikant werden, liegen die katamnesticheffekte durchwegs unterhalb der Grenze für den kleinen Effektstärkenbereich (vgl. Abbildung 35).

5.3.2.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse in den standardisierten Skalen

In Tabelle 12 sind die Ergebnisse in den standardisierten Skalen zu den drei Messzeitpunkten sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die diagnostischen Subgruppen dargestellt.

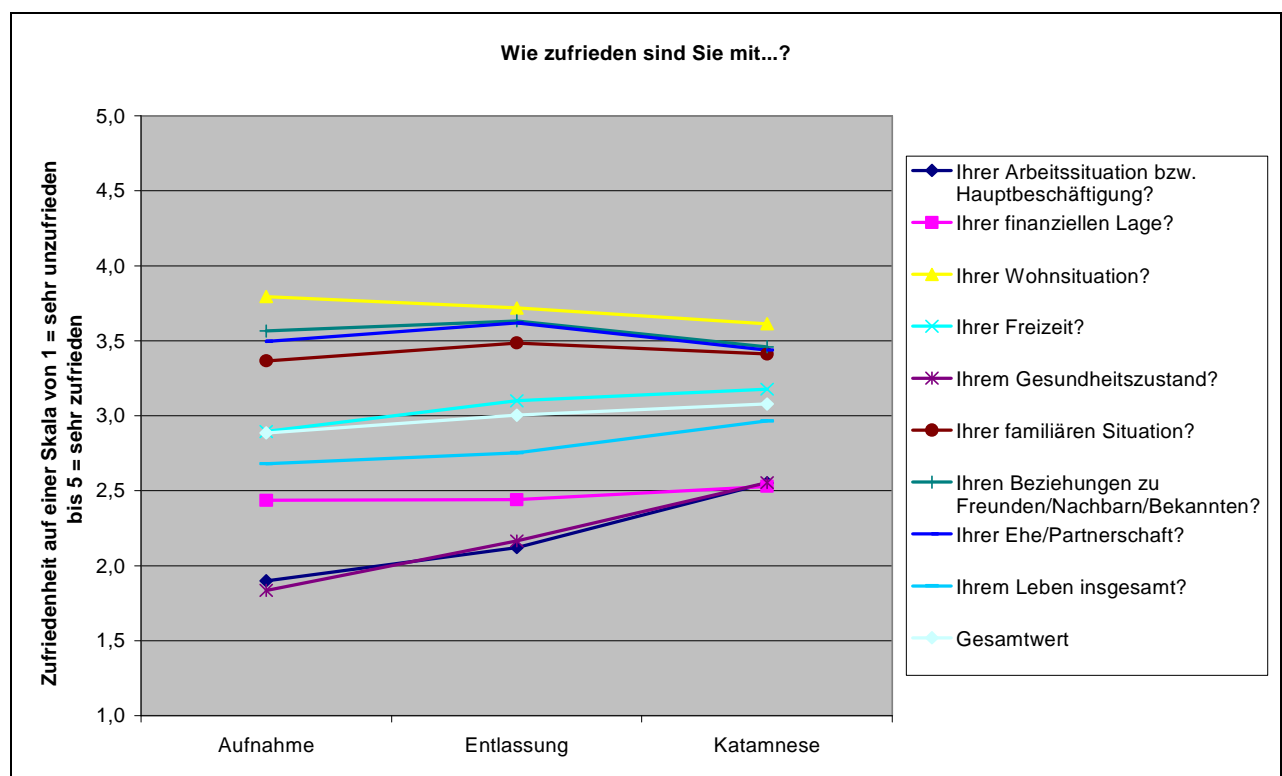


Abbildung 34: Kurz- und mittelfristige Veränderungen in den Skalen des FLZM ($N = 85$)

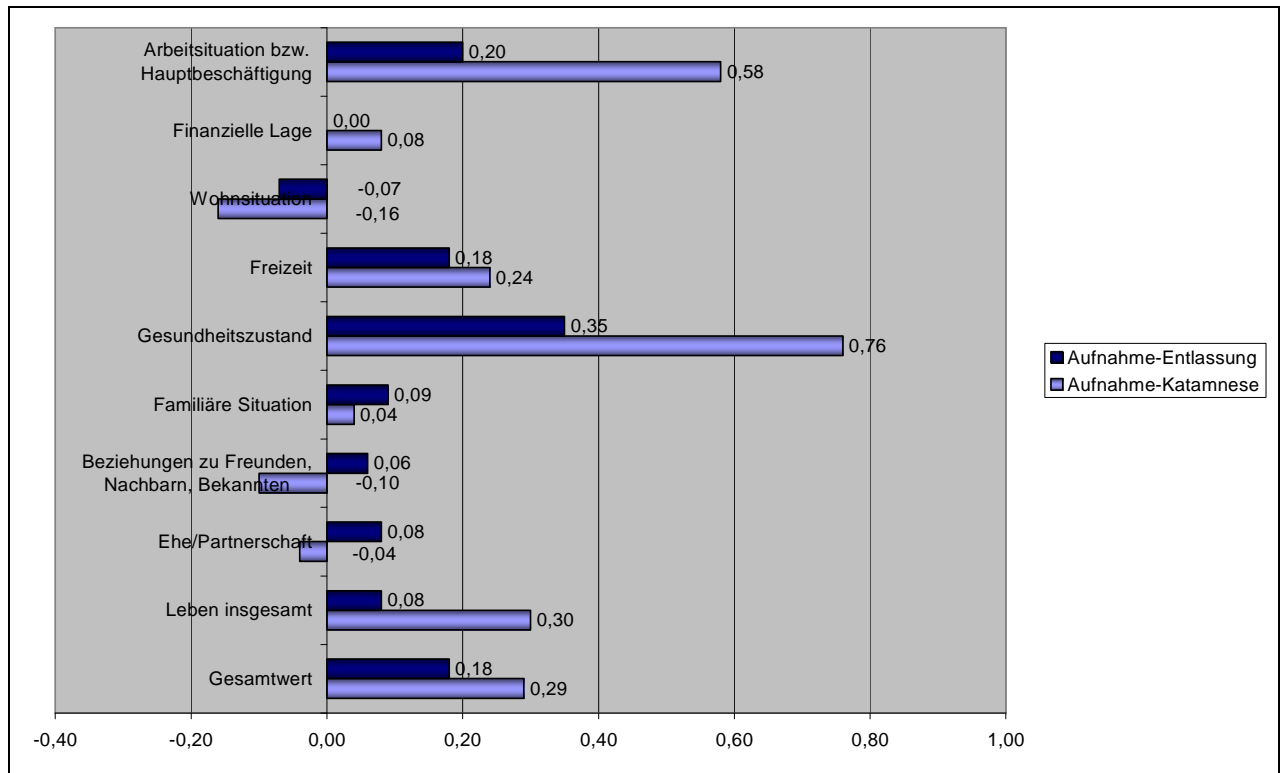


Abbildung 35: Effektstärken (Cohen's *d*) Aufnahme-Entlassung und Aufnahme-Katamnese in den Skalen des *FLZM* ($N = 85$)

Tabelle 12: Übersicht über die Ergebnisse in den standardisierten Skalen zu den drei Messzeitpunkten

	<i>N</i>	Aufnahme		Entlassung		Katamnese		<i>p</i>	d_{t0-t1}	d_{t0-t2}
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
HEALTH-49										
<i>Gesamt</i>	85	2,27	0,67	1,97	0,77	1,91	0,81	< .001	0,45	0,53
<i>Psychische und Somatoforme Beschwerden</i>	85	1,71	0,80	1,38	0,79	1,44	0,87	< .001	0,41	0,34
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	85	2,69	0,77	2,40	0,90	2,41	0,79	< .001	0,38	0,36
<i>Interaktionelle Schwierigkeiten</i>	85	2,08	1,00	1,77	0,93	1,82	1,02	.002	0,31	0,27
<i>Selbstwirksamkeit</i>	85	2,53	0,91	2,19	0,93	2,03	1,06	< .001	0,37	0,54
<i>Aktivität und Partizipation</i>	85	2,34	0,80	2,09	0,96	1,85	0,93	< .001	0,32	0,61
<i>Soziale Unterstützung</i>	85	1,68	0,88	1,54	0,81	1,62	0,89	.110	0,16	0,06
<i>Soziale Belastung</i>	85	1,82	0,82	1,80	0,83	1,74	0,78	.597	0,02	0,10
FLZM										
<i>Gesamtwert</i>	85	2,88	0,67	3,00	0,65	3,08	0,79	.010	0,18	0,29

5.3.2.2 *Veränderungen in den sozialmedizinischen Variablen*

Insgesamt $n = 44$ der Katamneseteilnehmer (52%) waren zu Beginn der Behandlung erwerbstätig. Für diese Patientengruppe wurde die bei Aufnahme und Entlassung erfragte Einschätzung, wann eine Rückkehr ins Erwerbsleben voraussichtlich möglich wäre, mit der tatsächlichen Rückkehr ins Erwerbsleben verglichen. Hierzu machten $n = 30$ Patienten zu allen drei Zeitpunkten eine Angabe. Über die drei Messzeitpunkte zeigte sich keine signifikante Veränderung dieser Einschätzung bzw. Angabe (vgl. Abbildung 36 und Abbildung 37).

Hinsichtlich der Einschätzung der Fähigkeit, bis zum Rentenalter berufstätig sein zu können, zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede über die drei Messzeitpunkte ($F_{(2; 30)} = 0,21$; $p = .813$; vgl. Abbildung 38 und Abbildung 39).

Zum Aufnahmezeitpunkt waren $n = 66$ (78%) der Katamneseteilnehmer berufstätig oder arbeitslos, $n = 5$ (6%) waren nicht berufstätig, bei $n = 14$ (16%) fehlte die entsprechende Angabe bzw. sie gaben eine „sonstige Erwerbssituation an. Die Patienten wurden gebeten, ihre AU- bzw. Krankheitszeiten jeweils für die letzten sechs Monate vor Aufnahme bzw. die sechs Monate nach Entlassung anzugeben.

Bei den Katamneseteilnehmern, die bei Aufnahme berufstätig bzw. arbeitslos gewesen waren, waren die AU-Zeiten im Katamnesezeitraum signifikant kürzer als im halben Jahr vor Aufnahme ($F_{(1; 65)} = 10,56$; $p = .002$). Bei den beiden anderen Gruppen erweisen sich die Unterschiede als nicht signifikant, was aber teilweise durch die jeweils geringen Stichproben begründet sein könnte.

Die berufstätigen bzw. arbeitslosen Patienten wiesen mit durchschnittlich 12,9 Wochen ($SD = 10,8$) die kürzesten Krankheitszeiten im Katamnesezeitraum auf. Die Krankheitszeiten der Nicht-Berufstätigen und der Patienten mit sonstiger Erwerbssituation unterschieden sich mit 18,6 Wochen ($SD = 9,8$) bzw. 18,9 Wochen ($SD = 9,7$) kaum (vgl. Abbildung 40).

5.3.2.3 *Veränderung der Inanspruchnahme*

5.3.2.3.1 *Inanspruchnahme psychosozialer Angebote*

Im Vergleich zum Jahr vor Aufnahme nahmen im Katamnesezeitraum mehr Patienten eine ambulante Psychotherapie in Anspruch (insgesamt 47,1 vs. 56,5 Prozent der Katamneseteilnehmer; vgl. Abbildung 41). Allerdings bezieht sich dieser Unterschied im Wesentlichen auf die Inanspruchnahme einzelner Termine.

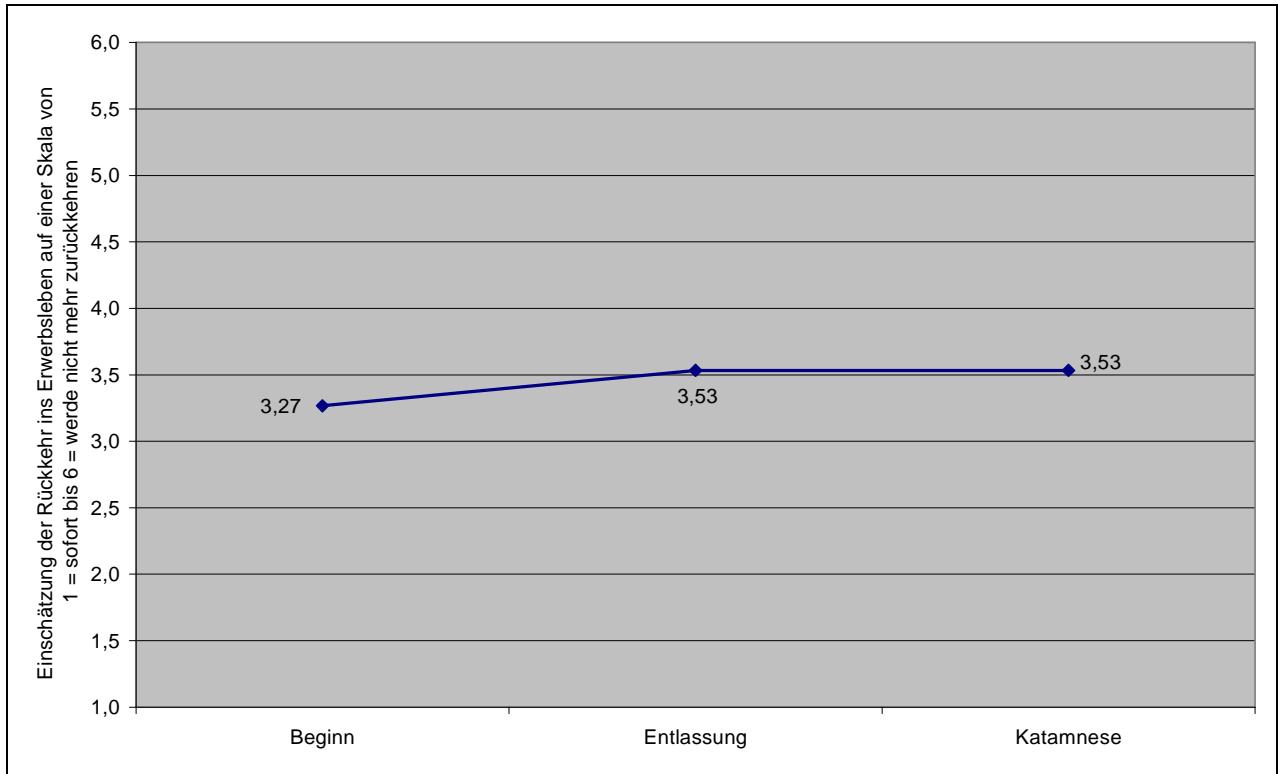


Abbildung 36: Mittelwert der Einschätzung der Rückkehr bzw. der tatsächlichen Rückkehr ins Erwerbsleben der bei Aufnahme erwerbstätigen Katamnese Teilnehmer ($n = 30$)

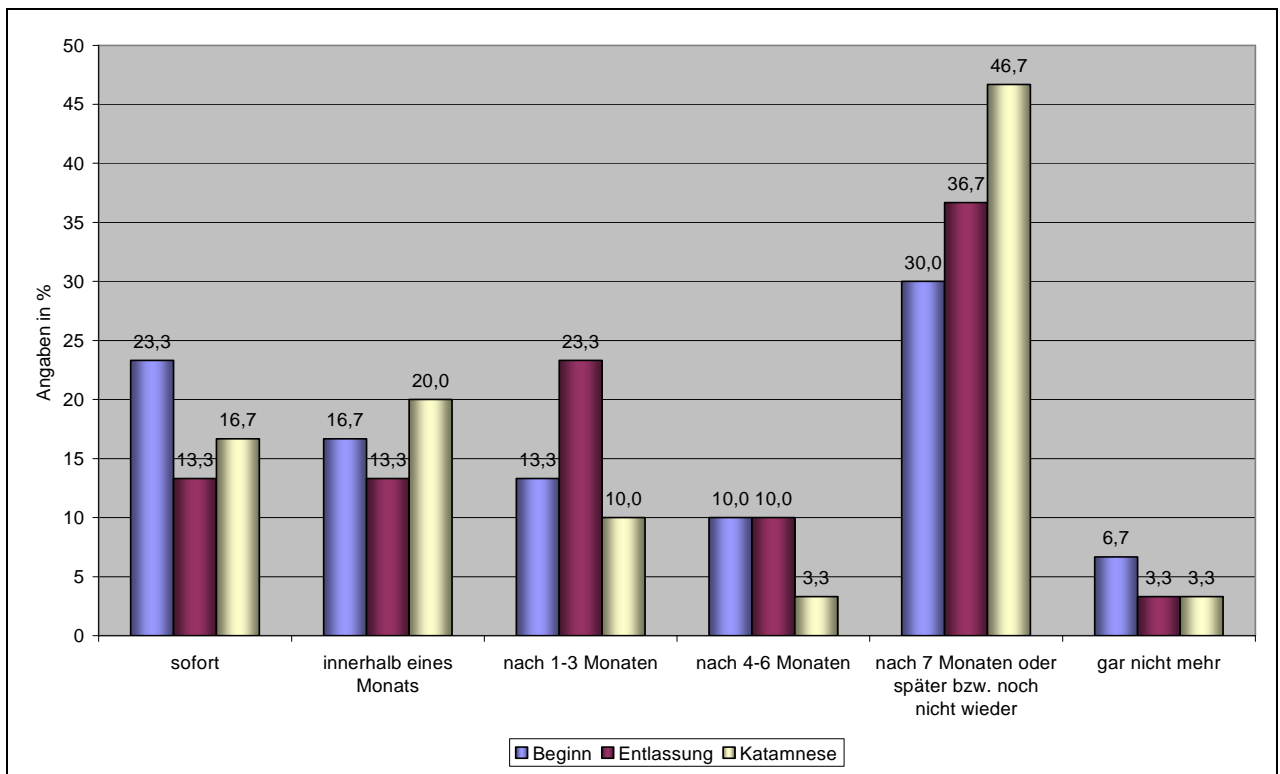


Abbildung 37: Häufigkeitsverteilung der Einschätzung der Rückkehr bzw. der tatsächlichen Rückkehr ins Erwerbsleben der bei Aufnahme erwerbstätigen Katamnese Teilnehmer ($n = 30$)

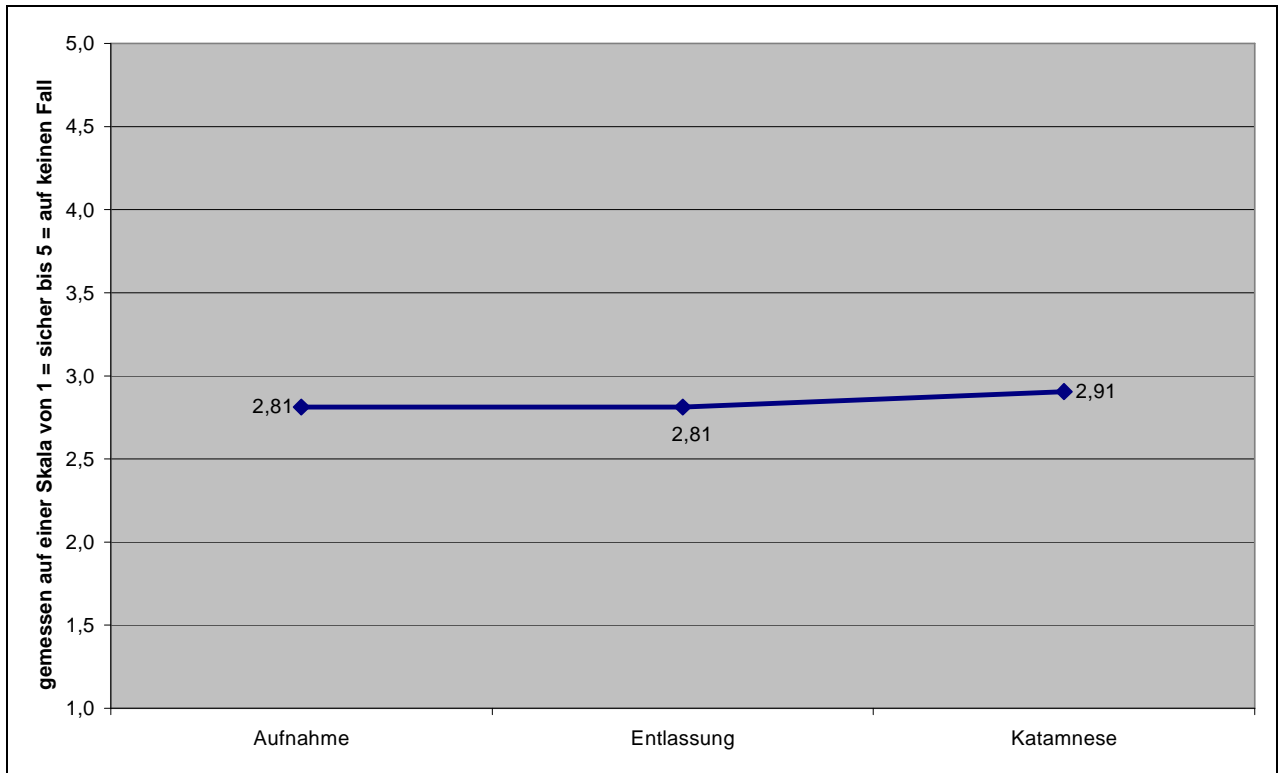


Abbildung 38: Einschätzung zum Verbleib im Erwerbsleben bis zum Erreichen des Rentenalters der bei Aufnahme erwerbstätigen Katamnese Teilnehmer ($n = 32$)

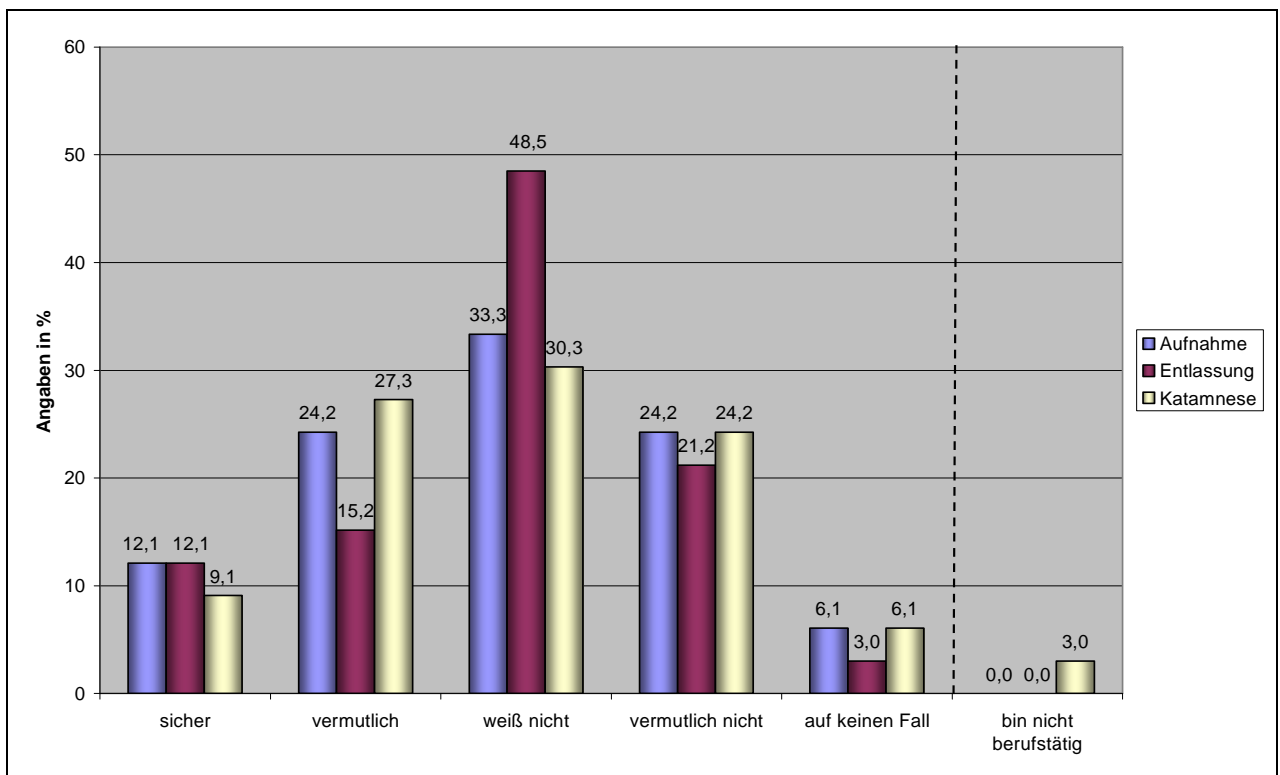


Abbildung 39: Einschätzung zum Verbleib im Erwerbsleben bis zum Erreichen des Rentenalters der bei Aufnahme erwerbstätigen Katamnese Teilnehmer (Häufigkeitsverteilung, $n = 33$)

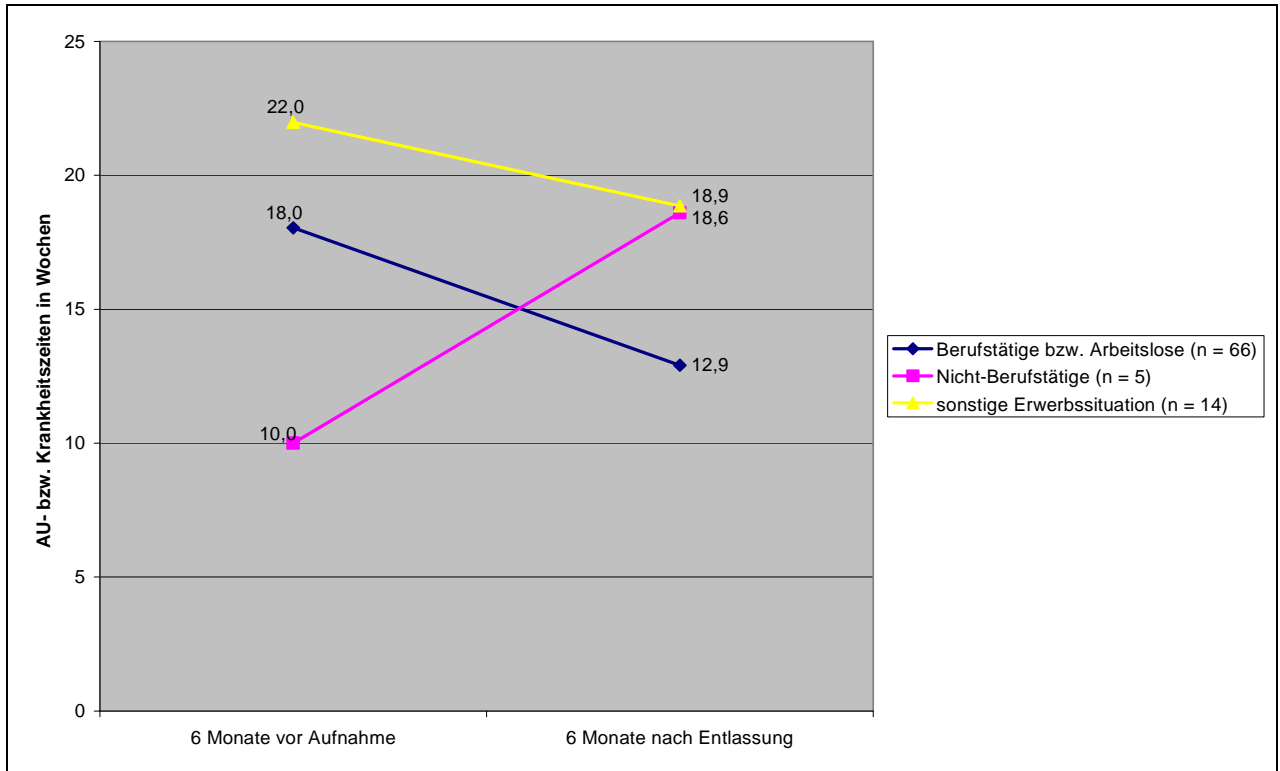


Abbildung 40: Veränderung der mittleren AU- bzw. Krankheitszeiten zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

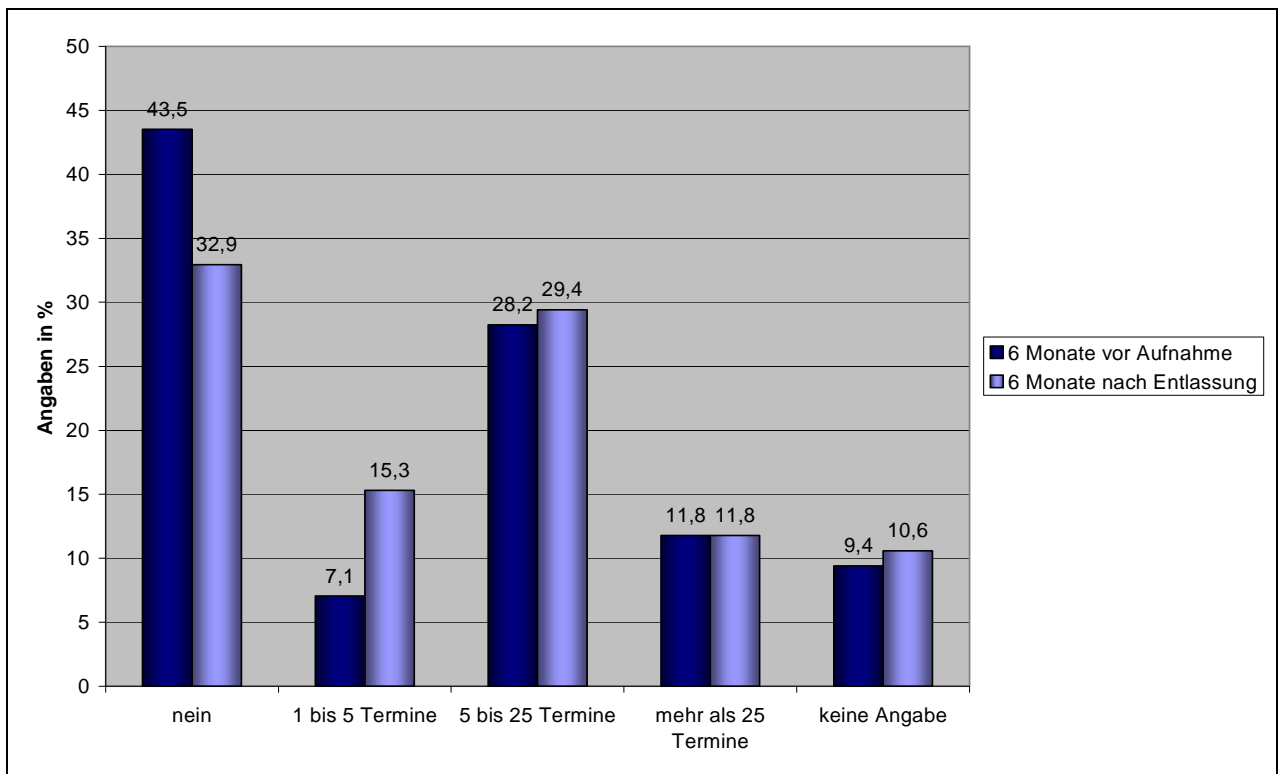


Abbildung 41: Teilnahme an ambulanter Psychotherapie in den sechs Monaten vor Aufnahme und im Katamnesezeitraum (N = 85)

Anderweitige ambulante psychosoziale Hilfen wurden im Katamnesezeitraum im Vergleich zur ambulanten Psychotherapie zwar wesentlich seltener von den Patienten genutzt, die Patienten nahmen diese Angebote jedoch häufiger wahr als im halben Jahr vor Aufnahme (vgl. Abbildung 42).

5.3.2.3.2 Stationäre Inanspruchnahme

Im Katamnesezeitraum gab im Vergleich zum halben Jahr vor Aufnahme ein geringerer Prozentsatz der Patienten an, psychotherapeutische/psychiatrische Krankenhausaufenthalte gehabt zu haben. Der Prozentsatz der Patienten mit sonstigen Krankenhausaufenthalten blieb stabil (vgl. Abbildung 43).

5.3.2.3.3 Arztkontakte

Zum Katamnesezeitpunkt wurden die Patienten gebeten einzuschätzen, ob sich die Häufigkeit ihrer Arztbesuche (Hausarzt, Psychiater, sonstige Fachärzte) im Vergleich zum Zeitraum vor der Rehabilitation verändert hat. Bei allen Arztgruppen gibt jeweils ca. die Hälfte der Patienten an, dass sich die Häufigkeit der Arztbesuche nicht verändert hat. Während 36,5 Prozent der Katamneseteilnehmer angeben, ihren Hausarzt nun etwas oder deutlich weniger aufzusuchen als im Zeitraum vor der Rehabilitation, trifft dies für die Psychiaterbesuche nur auf 23,5 Prozent und für die sonstigen Fachärzte auf 29,4 Prozent zu (vgl. Abbildung 44).

5.3.2.3.4 Maßnahme zur berufsbezogenen Rehabilitation

Maßnahmen zur berufsbezogenen Rehabilitation wurden nach der Behandlung im RehaCentrum Hamburg relativ selten durchgeführt, am häufigsten gaben die Katamneseteilnehmer „sonstige Maßnahmen“ (12,9%), „Berufstrainingszentrum/Berufsförderungswerk“ (8,2%) und „schrittweise berufliche Wiedereingliederung“ (7,1%) an. Ein Großteil der Patienten (60,0%) gab an, keine Maßnahmen durchgeführt zu haben (vgl. Abbildung 45).

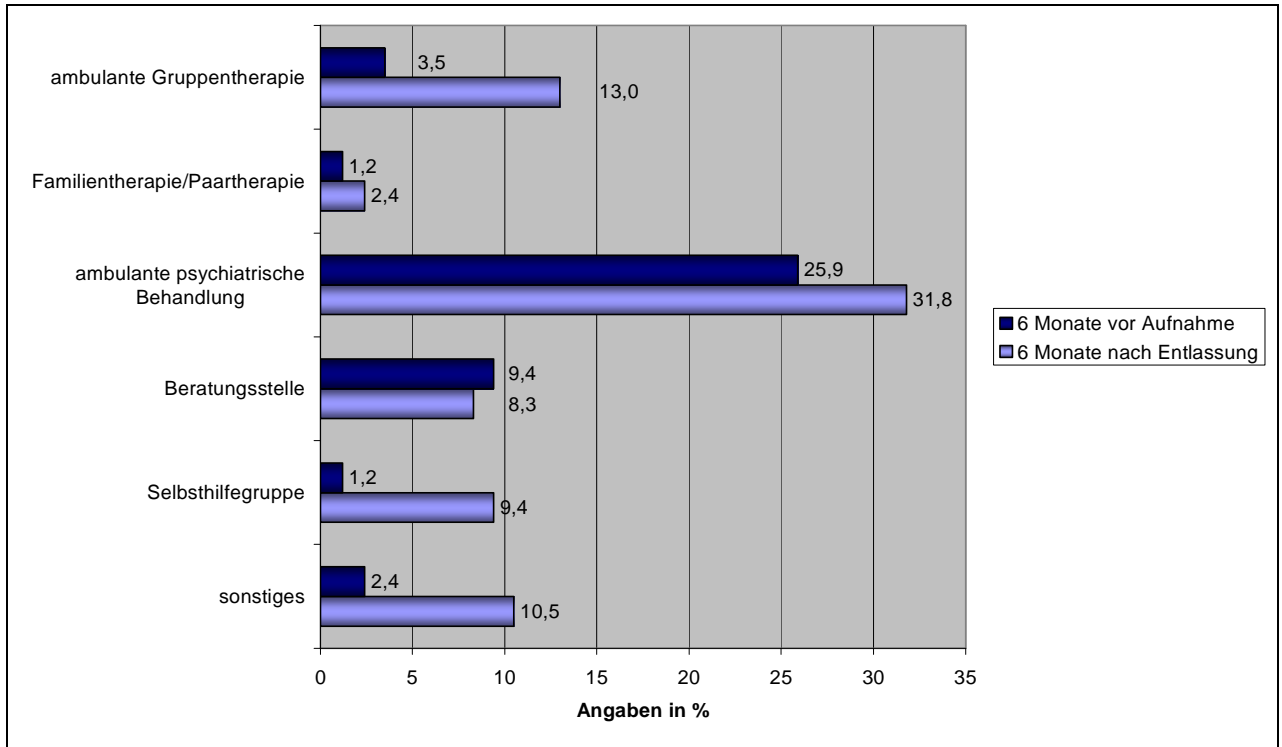


Abbildung 42: Inanspruchnahme anderer ambulanter psychosozialer Angebote im halben Jahr vor Aufnahme und im Katamnesezeitraum ($N = 85$)

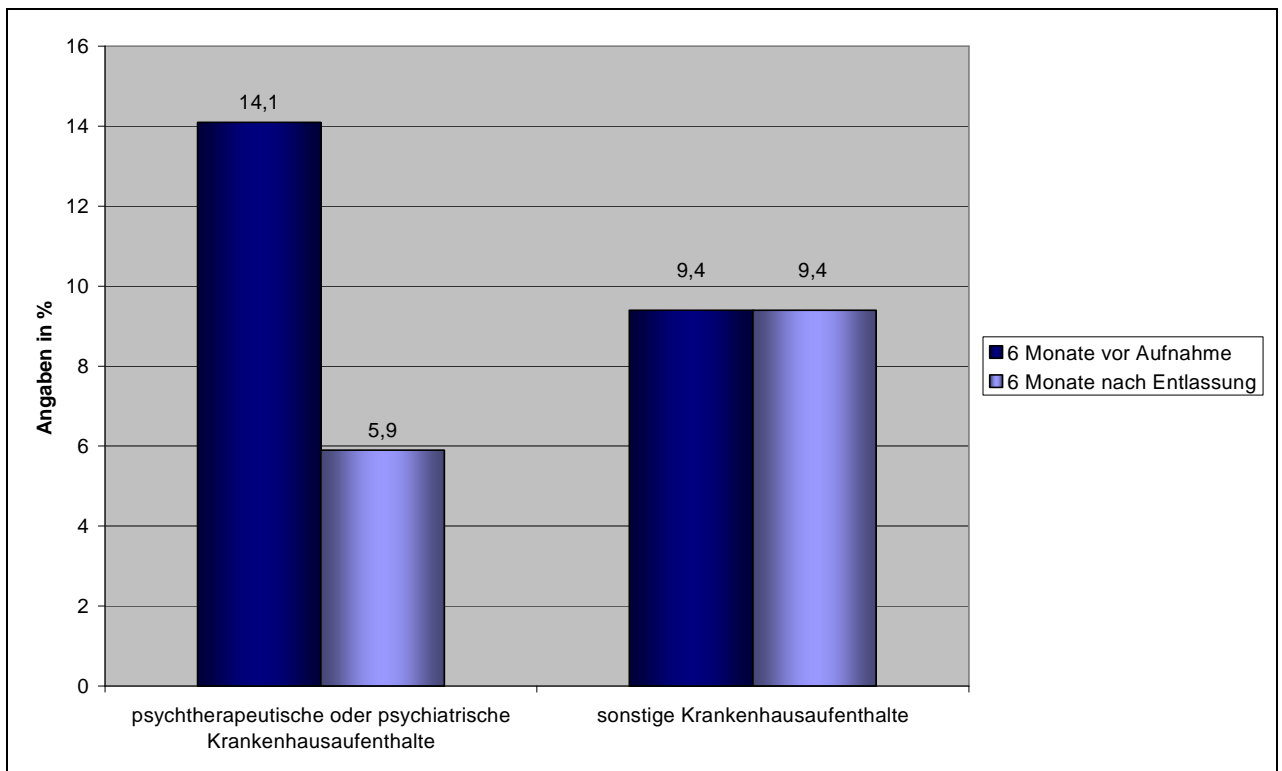


Abbildung 43: Krankenhausaufenthalte im halben Jahr vor Aufnahme und im Katamnesezeitraum ($N = 85$)

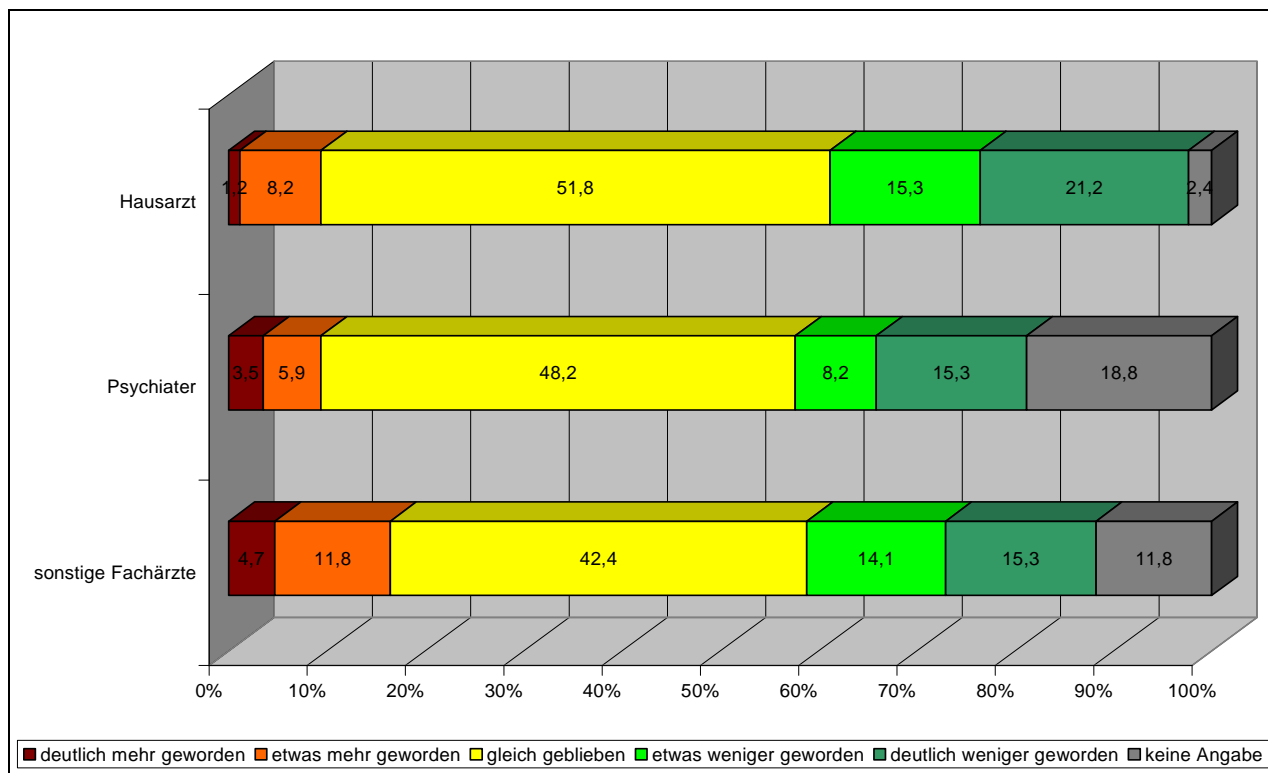


Abbildung 44: Veränderung der Arztbesuche im Vergleich vor und nach der Rehabilitation (N = 85)

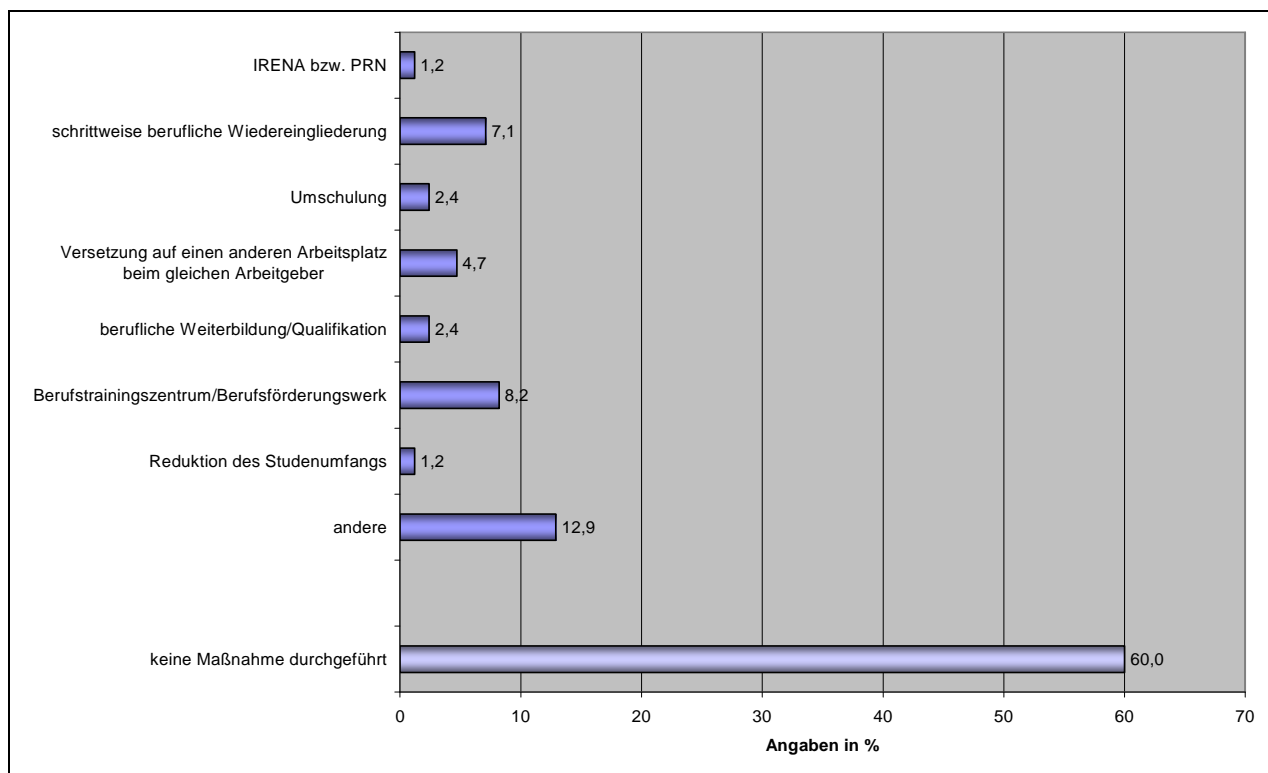


Abbildung 45: Maßnahmen zur berufsbezogenen Rehabilitation im Katamnesezeitraum (n = 85)

5.3.3 Therapiezielerreichung (PPZ-P)

Mit dem Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen (PPZ-P; Dirmaier, 2005) haben die Patienten zu Beginn der Behandlung die Wichtigkeit einzelner Ziele in den Bereichen

- Depressive Beschwerden bessern
- Ursachen, Vergangenheitsbewältigung und Selbstakzeptanz
- Verbesserung der sozialen Kompetenz
- Reduktion körperlicher Beschwerden/Bearbeitung beruflicher Problembereiche

eingeschätzt.

Am Ende der Behandlung hatten die Patienten dann die Möglichkeit, alle im Rahmen der Behandlung verfolgten Zielsetzungen hinsichtlich ihrer Zielerreichung einzuschätzen.

Alle Zielbereiche werden von den Patienten durchschnittlich als ziemlich wichtig eingeschätzt, am relevantesten werden die Ziele in den Bereichen „*Depressive Beschwerden bessern*“ und „*Reduktion körperlicher Beschwerden/Bearbeitung beruflicher Problembereiche*“ beurteilt (vgl. Abbildung 46).

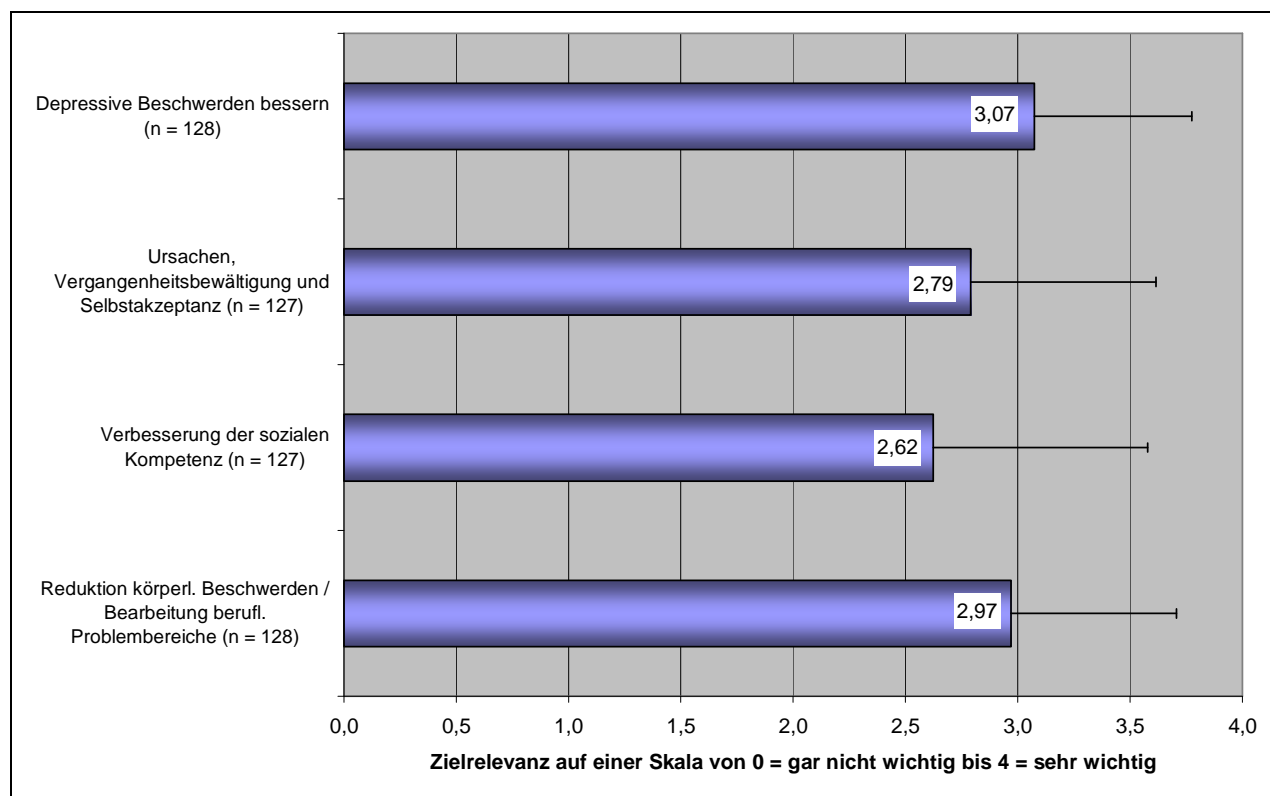


Abbildung 46: Zielrelevanzeinschätzungen der Patienten zu Behandlungsbeginn

Die Zielerreichungsscores unterscheiden sich kaum zwischen den einzelnen Bereichen: Das Ausmaß der Zielerreichung wird in allen Bereichen als gering bis mittelmäßig eingeschätzt (vgl. Abbildung 47).

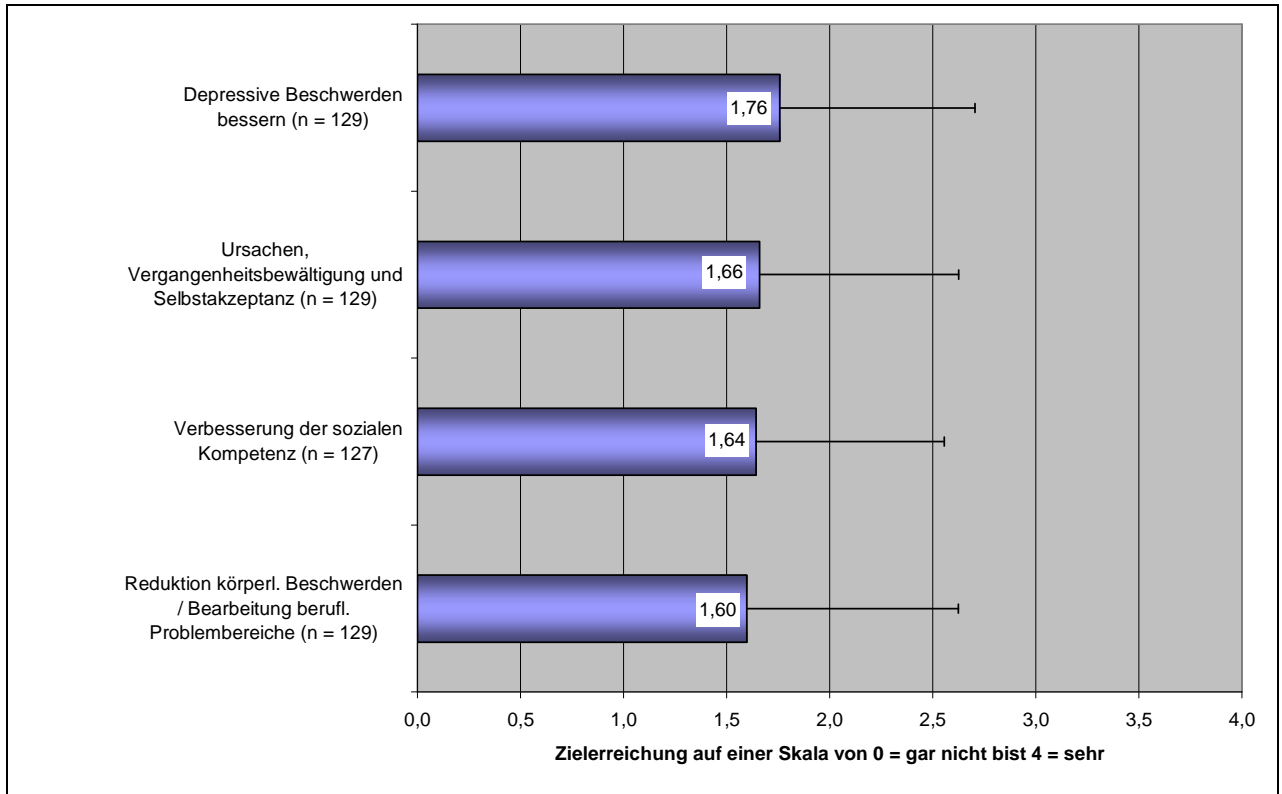


Abbildung 47: Zielerreichungseinschätzungen der Patienten zu Therapieende

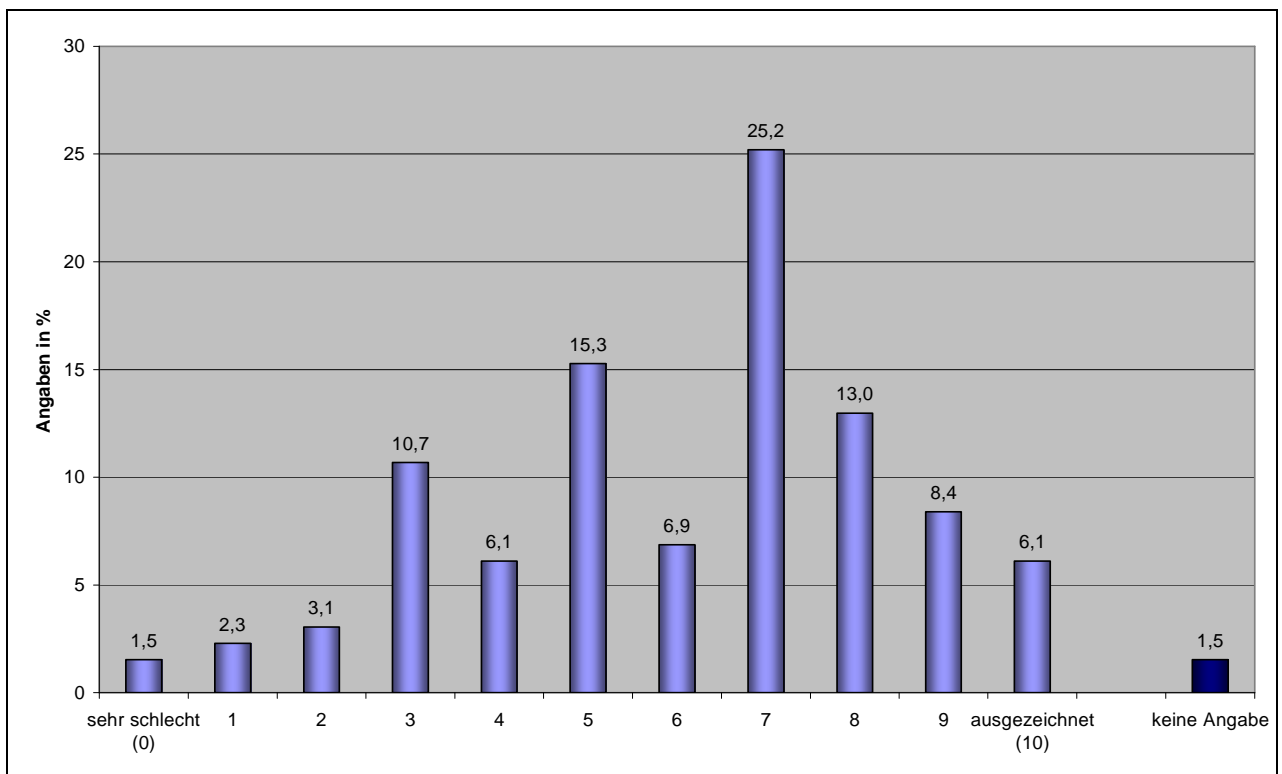


Abbildung 48: Gesamtbeurteilung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (N = 131)

5.3.4 Patientenzufriedenheit

5.3.4.1 Gesamturteil

Die Patienten wurden auf einer Skala von 0 (sehr schlecht) bis 10 (ausgezeichnet) nach ihrer Gesamtbeurteilung der teilstationären Rehabilitation gefragt. Im Mittel wurde die Behandlung mit 6,09 ($SD=2,37$) beurteilt. Die Verteilung der Gesamturteile ist zur Veranschaulichung in Abbildung 48 dargestellt.

5.3.4.2 Belastungen während der Behandlung

Bei Entlassung aus der teilstationären Rehabilitation wurden die Patienten gefragt, inwieweit sie sich während ihrer Behandlung durch verschiedene Umstände belastet gefühlt haben. Sie wurden gebeten ihre Belastung auf einer Skala von 1 = gar nicht bis 5 = sehr einzuschätzen. Außerdem hatten sie die Möglichkeit anzugeben, dass bestimmte Belastungen auf sie nicht zutreffen, daher variieren die Anzahl der Antwortter zwischen den einzelnen Kategorien. Die Ergebnisse sind in Abbildung 49 dargestellt. Die höchsten Belastungen gaben die Patienten hinsichtlich der Problematik „nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen“ sowie in der Versorgung des eigenen Haushalts an (jeweils durchschnittlich mittlere Belastungen).

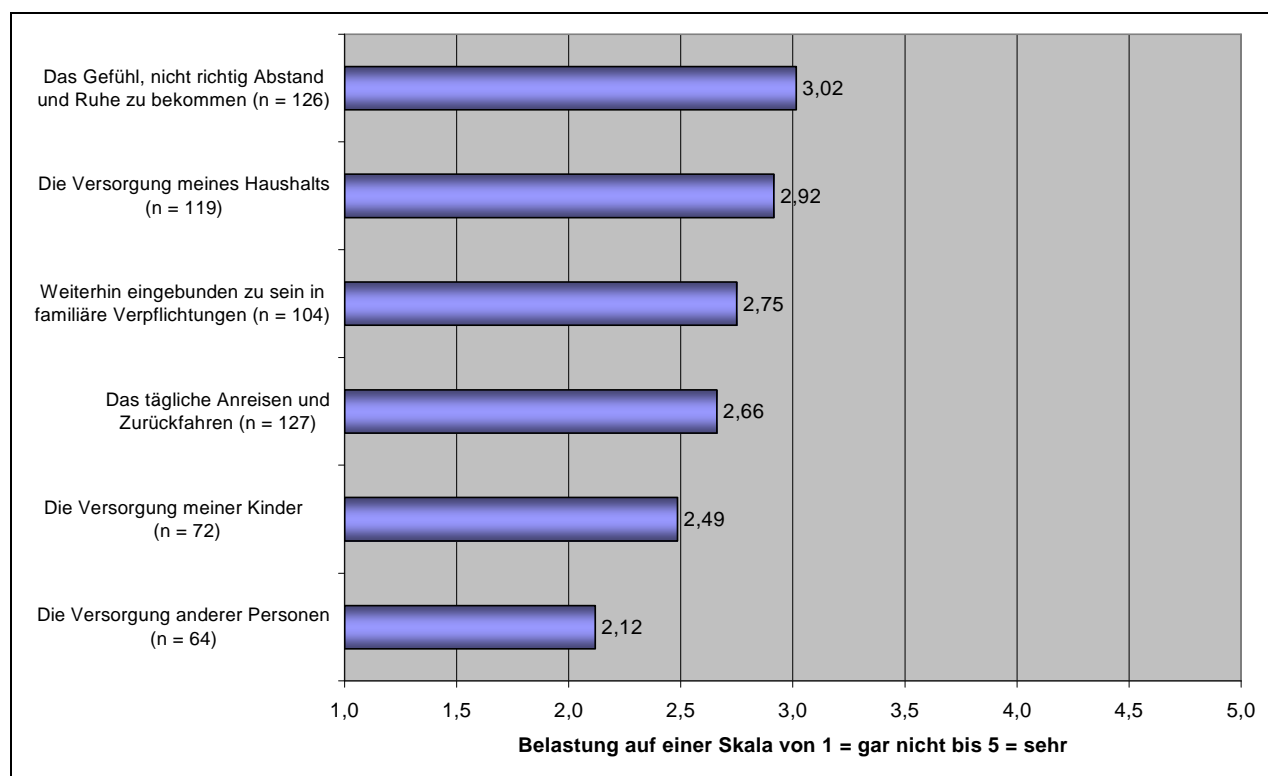


Abbildung 49: Belastungen während der ambulanten Rehabilitation

5.3.4.3 Anfahrtsdauer

Die Patienten gaben bei Entlassung ihre durchschnittliche Anfahrtsdauer zur Tagesklinik an. Diese betrug im Schnitt 45 Minuten ($SD = 23$) und reichte von 10 bis 120 Minuten. Der Großteil der Patienten brauchte zwischen 16 und 60 Minuten (16 bis 30 Minuten, 27,5%; 31 bis 45 Minuten, 22,1%; 46 bis 60 Minuten, 19,8%; vgl. Abbildung 50).

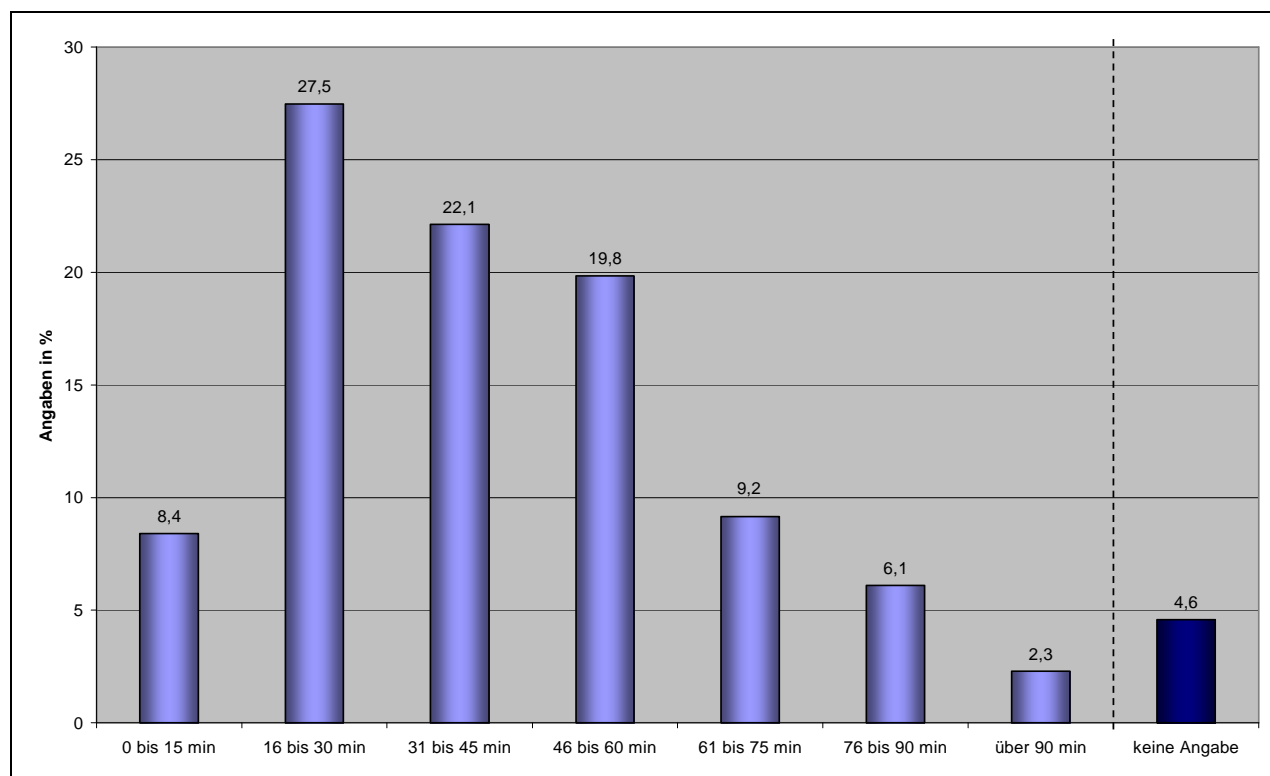


Abbildung 50: Anfahrtsdauer zur Tagesklinik ($N = 131$)

5.3.4.4 Angaben im Patientenzufriedenheitsfragebogen (PaZ)

Die Patientenzufriedenheit wurde mit einem standardisierten Fragebogen auf fünfstufigen Skalen eingeschätzt, wobei hohe Werte für hohe Zufriedenheit stehen.

Besonders hohe Zufriedenheitswerte (4 und höher) berichteten die Patienten in den Bereichen „Klima“ ($M = 4,38$; $SD = 0,71$), „Behandlungen: Sport- und Bewegungstherapie, Krankengymnastik und Physikalische Anwendungen“ ($M = 4,19$; $SD = 0,91$) sowie „Behandlungen im engeren Sinne (Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche)“ ($M = 4,00$; $SD = 0,84$). In allen anderen Bereichen wurden Zufriedenheitswerte zwischen 3 und 4 berichtet (vgl. Abbildung 51).

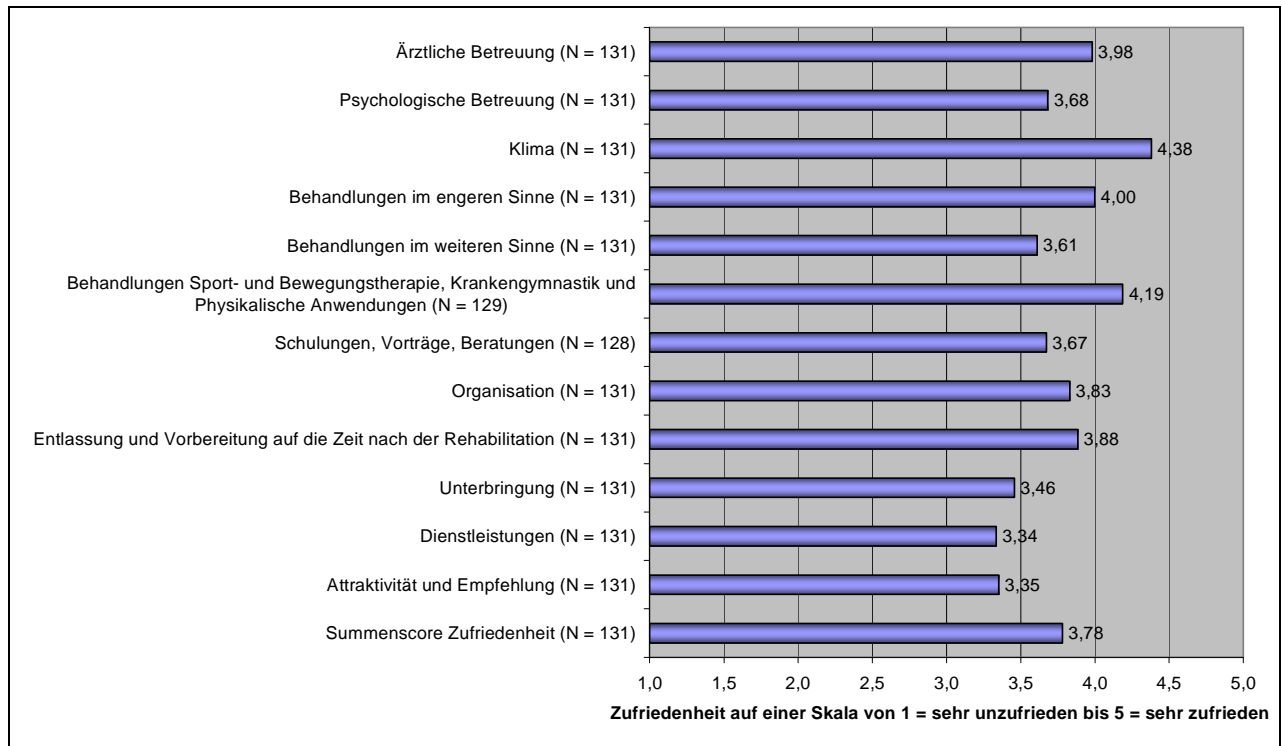


Abbildung 51: Patientenzufriedenheit in verschiedenen Bereichen

Insgesamt 20 Prä-Post-Studienteilnehmer haben an einer EMDR-Behandlung, die ein spezielles Behandlungsangebot des RehaCentrum Hamburg darstellt, teilgenommen und dazu ein Urteil abgegeben. Um die Vergleichbarkeit mit den QS-Reha[®]-Daten zu erhalten, wurde dieses Item nicht in die oben berechneten Skalen einbezogen. Auf der Skala von „1 = sehr schlecht“ bis „5 = sehr gut“ beurteilten die Patienten die EMDR-Behandlung im Mittel mit 4,30 (SD = 0,68).

Auch bei den ereignisorientierten Items zeigt sich eine hohe Patientenzufriedenheit: 86 Prozent fanden ihren Psychotherapeuten selten oder nie so gehetzt, dass er keine Zeit für sie hatte, 88 Prozent gaben an, dass sich die Behandlungstermine selten oder nie überschnitten, 87 Prozent sagten, es kam nur selten oder nie vor, dass der behandelnde Psychotherapeut nicht erreichbar war, obwohl sie ihn dringend gebraucht hätten, 82 Prozent fanden, es kam selten oder nie vor, dass Untersuchungsbefunde gar nicht oder nur unverständlich erklärt wurden und bei 91 Prozent wechselte der behandelnde Psychotherapeut selten oder nie. Es gaben allerdings nur 35 Prozent der Patienten an, dass Änderungen im Therapieplan (sofern es diese gab) mit ihnen vorher besprochen wurden (vgl. Abbildung 52).

Bis zur ärztlichen Aufnahmeuntersuchung dauerte es bei 84,8 Prozent der Patienten einen halben oder einen Tag. Die Therapie/Behandlung in der Klinik begann bei 88,5 Prozent der Patienten am ersten Tag. Insgesamt 60,3 Prozent der Patienten gaben an, dass Behandlungstermine nie ausfielen, 35,1 Prozent sagten, dies geschähe ca. einmal pro Woche. Fast alle Patienten (95,4%) hatten bis zu einmal pro Woche Einzelpsychotherapie. Gruppentherapie fand bei 29,8 Prozent der Patienten zwei- bis dreimal pro Woche, bei 39,7 Prozent vier- bis fünfmal pro Woche und bei 29,8 Prozent mehr als fünfmal pro Woche statt (vgl. Tabelle 13).

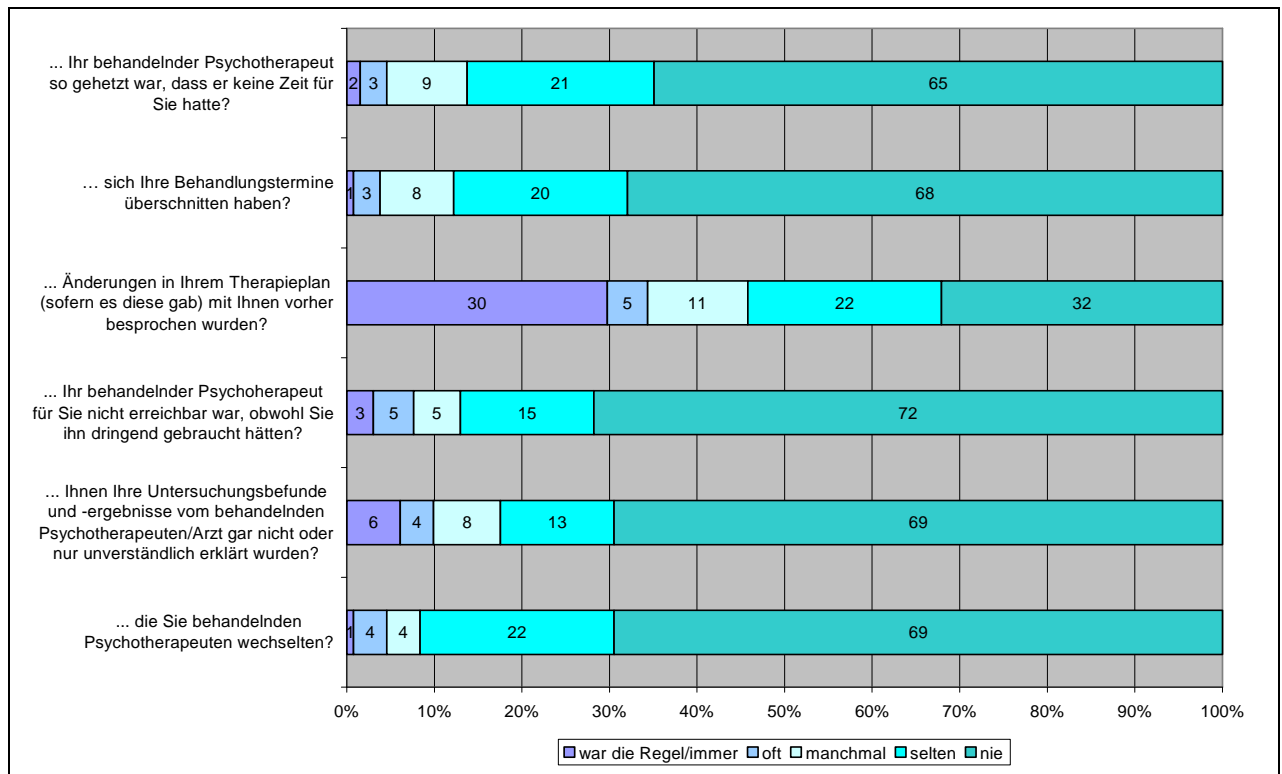


Abbildung 52: Häufigkeiten der Antworten auf die ereignisorientierten Items bezüglich (Psychotherapie („Wie häufig kam es vor, dass ...“; $N = 131$)

Tabelle 13: Häufigkeit der Antworten auf die ereignisorientierten Items bezüglich des Therapieablaufs ($N = 131$)

Wie viel Zeit verging zwischen Ihrer Ankunft in der Klinik und der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung?	
bis 1/2 Tag	55,0%
1 Tag	29,8%
2 - 3 Tage	14,5%
mehr als 3 Tage	0,8%
Wann - gerechnet ab dem Tag Ihrer Ankunft - begann Ihre Therapie/Behandlung in der Klinik?	
am 1. Tag	88,5%
am 2. Tag	9,9%
am 3. Tag	0,0%
erst nach dem 3. Tag	1,5%
Wie häufig kam es vor, dass Behandlungstermine ausfielen?	
kam nie vor	60,3%
ca. 1 mal pro Woche	35,1%
ca. 2 mal pro Woche	3,1%
ca. 3 mal pro Woche oder häufiger	1,5%
Wie oft pro Woche hatten Sie im Durchschnitt ein Psychotherapiegespräch (Einzeltherapie)?	
bis 1 mal pro Woche	95,4%
2-3 mal pro Woche	4,6%
4-5 mal pro Woche	0,0%
mehr als 5 mal pro Woche	0,0%
Wie oft pro Woche hatten Sie im Durchschnitt eine Gruppentherapie?	
bis 1 mal pro Woche	0,8%
2-3 mal pro Woche	29,8%
4-5 mal pro Woche	39,7%
mehr als 5 mal pro Woche	29,8%

5.4 Wie stellen sich die Effekte ambulanter Rehabilitation im Vergleich zu den Behandlungsergebnissen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen dar (Effizienz)?

Um die Effizienz der ambulanten/teilstationären psychosomatischen Rehabilitation beurteilen zu können, werden ihre Effekte mit denen der stationären psychosomatischen Rehabilitation verglichen, die bislang den Standard in der rehabilitativen Versorgung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen darstellt.

5.4.1 Vergleichbarkeit der ambulanten und stationären Vergleichsstichproben

Die Katamnese-Stichprobe der ambulanten Patienten des RehaCentrums Hamburg wird der gematchten Zufallsstichprobe stationärer Patienten aus dem QS-Reha[®]-Verfahren in Tabelle 14 hinsichtlich zentraler soziodemografischer, sozialmedizinischer und klinischer Charakteristika und Behandlungsmerkmale gegenüber gestellt. Die hohe Übereinstimmung dieser Merkmale bzw. die Nicht-Existenz signifikanter Unterschiede belegt ein gelungenes Matching-Verfahren, das die Voraussetzung für einen aussagekräftigen direkten Vergleich der Behandlungsergebnisse der beiden Stichproben darstellt.

5.4.2 Vergleich der Effektivität ambulanter und stationärer Rehabilitation

5.4.2.1 Vergleich der Behandlungsergebnisse im Patientenurteil

5.4.2.1.1 Veränderungen der psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49)

Bezüglich des Hauptzielkriteriums, dem *Gesamtwert des HEALTH-49*, erweist sich über alle drei Messzeitpunkte hinweg sowohl der Haupteffekt (Zeit: $F_{(2, 167)}=44,79$; $p<.001$; $\eta^2=0,35$) als auch der Interaktionseffekt (Zeit x Gruppe: $F_{(2, 167)}=7,5$; $p=.001$; $\eta^2=0,08$) als signifikant (vgl. Abbildung 53). Der signifikante Interaktionseffekt ist allerdings nur auf Unterschiede im kurzfristigen Outcome zurückzuführen: Während sich der Effekt der ambulanten/teilstationären Rehabilitation zum Entlassungszeitpunkt im Bereich einer kleinen Effektstärke bewegt ($d_{t_0-t_1}=0,45$), erzielt die stationäre Rehabilitation im selben Zeitraum große Effekte ($d_{t_0-t_1}=0,88$). Zum Katamnesezeitpunkt finden sich jedoch nahezu identische mittelfristige Behandlungseffekte ($d_{t_0-t_2}=0,54$ bzw. $0,53$; Zeit x Gruppe: $F_{(1, 167)}=0,00$; $p=.97$; $\eta^2=0,00$; vgl. Tabelle 15).

Vergleichbare Muster finden sich auch in allen sonstigen überprüften Skalen des HEALTH-49 (vgl. Abbildung 54; auf eine Auswertung der kaum veränderungssensitiven Skalen „*Soziale Unterstützung/Soziale Belastung*“ wurde an dieser Stelle verzichtet). Lediglich in der Skala „*Interaktionelle Schwierigkeiten*“ ergeben sich auch bei Berücksichtigung aller drei Messzeitpunkte keine Gruppenunterschiede (vgl. Tabelle 15).

Obwohl sich die Behandlungseffekte von der Aufnahme bis zur Katamnese in einzelnen Skalen des *HEALTH-49* deskriptiv zwischen den Vergleichsstichproben zu unterscheiden scheinen (vgl. Abbildung 55), ergeben sich bezüglich des mittelfristigen Outcomes durchwegs keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 14: Vergleich der gematchten ambulanten vs. stationären Katamnese-Stichproben hinsichtlich soziodemografischer, sozialmedizinischer, klinischer und behandlungsbezogener Merkmale

	ambulant (N = 85)	stationär (N = 85)	
Soziodemografische Merkmale			
Alter Jahre (M, SD)	47,7 (7,8)	47,2 (8,5)	$t_{(168)} = 0,35, p = .73$
Geschlecht männlich (%)	24,7	30,6	$X^2_{(1)} = 0,74; p = .35$
Nationalität Ausländer (%)	3,5	1,2	$X^2_{(1)} = 1,02; p = .31$
Partnerschaft fester Partner (%)	69,4	71,8	$X^2_{(1)} = 0,11; p = .74$
Schulbildung Haupt-, Sonder- oder kein Schulabschluss (%)	40,0	35,3	$X^2_{(1)} = 4,01; p = .53$
Berufstätigkeit arbeitslos (%)	23,5	21,2	$X^2_{(1)} = 0,14; p = .71$
Sozialmedizinische Merkmale			
Krankheitszeiten Wochen in den 6 Monaten vor Aufnahme (M, SD)	18,2 (8,7)	16,7 (9,8)	$t_{(168)} = 1,03, p = .30$
Reha-Motivation (M, SD)	2,6 (1,4)	2,7 (1,9)	$t_{(168)} = -0,46, p = .65$
Rentenbegehren (%)	10,6	7,1	$X^2_{(1)} = 0,66; p = .42$
Klinische Merkmale			
Chronifizierung Jahre (M, SD)	4,1 (1,4)	4,0 (1,4)	$t_{(168)} = 0,43, p = .67$
Vorbehandlung Reha (%)	35,3	35,3	$X^2_{(1)} = 0,00; p = 1.00$
Komorbidität Diagnosen (M, SD)	2,8 (1,5)	2,8 (1,4)	$t_{(168)} = 0,00, p = 1.00$
Zentrale Diagnosen (%)			
Depression (F32-33/F34.1)	75,3	76,5	$X^2_{(1)} = 0,03; p = .86$
PTBS (F43.1)	12,9	12,9	$X^2_{(1)} = 0,00; p = 1.00$
Essstörungen (F50)	9,4	10,6	$X^2_{(1)} = 0,07; p = .80$
Persönlichkeitsstörungen (F60)	2,4	4,7	$X^2_{(1)} = 0,69; p = .41$
Ausgangsbelastung HEALTH-49 Gesamtwert (M, SD)	2,3 (0,7)	2,1 (0,7)	$t_{(168)} = 1,23, p = .22$
Behandlungsmerkmale			
Behandlungsdauer Tage (M, SD)	38,4 (7,0)	38,0 (7,2)	$t_{(168)} = 0,33, p = .74$
Kostenträger RV (%)	94,1	95,3	$X^2_{(1)} = 0,12; p = .73$

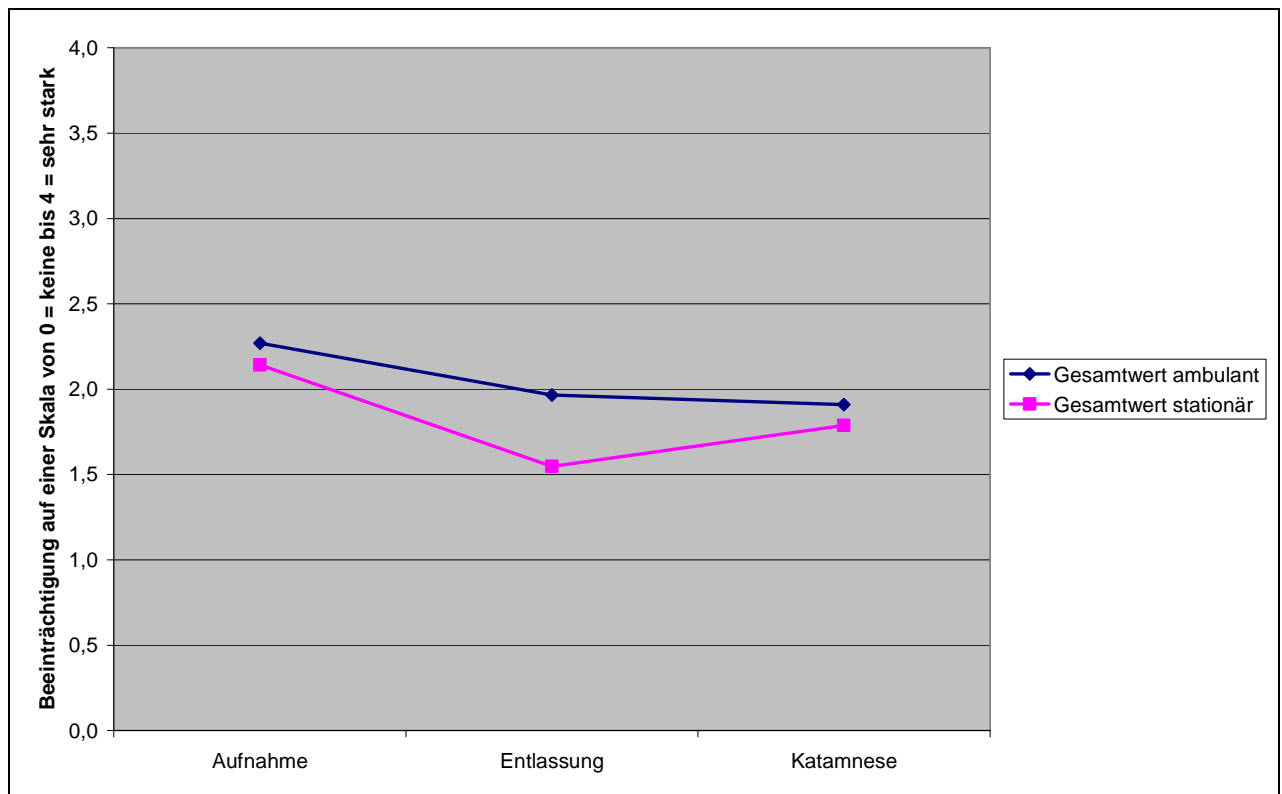


Abbildung 53: Mittelfristige Veränderungen im Gesamtwert des *HEALTH-49* ($N_{amb} = N_{stat} = 85$)

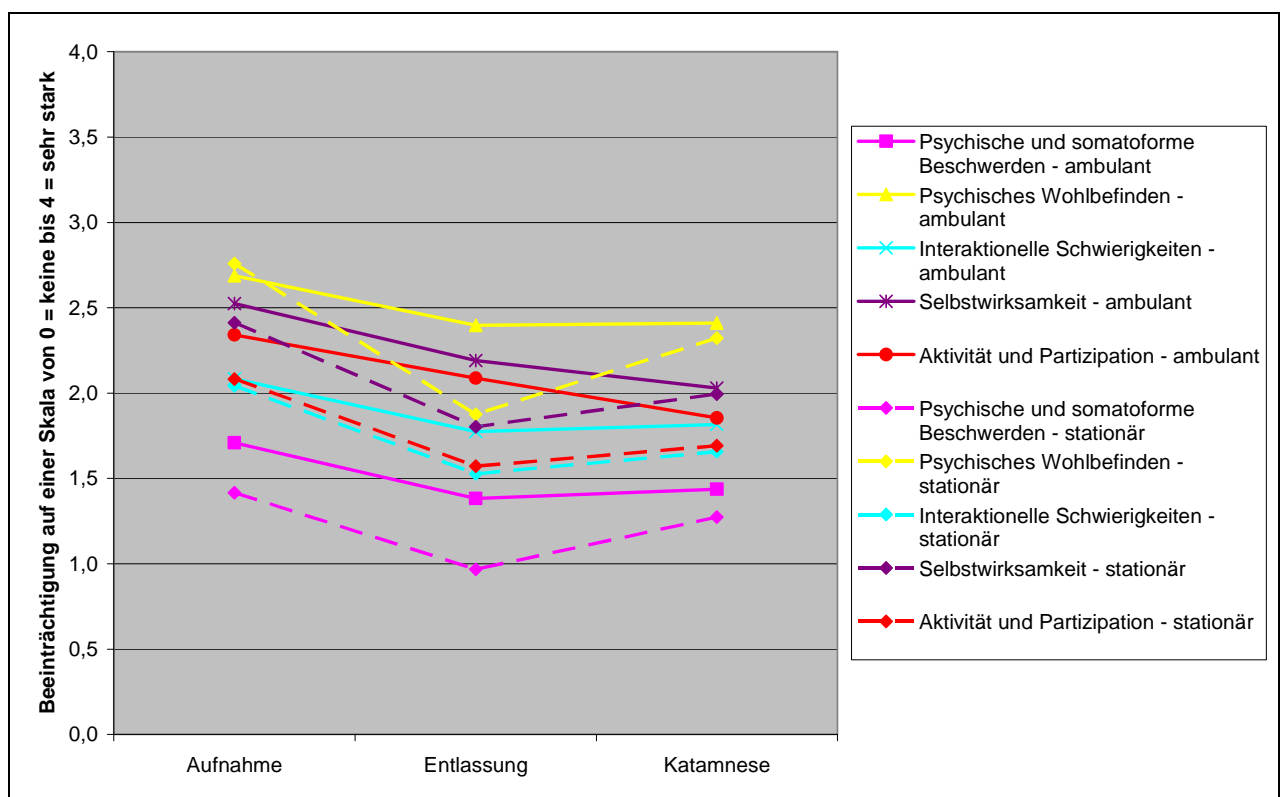


Abbildung 54: Mittelfristige Veränderungen in den Skalen des *HEALTH-49* ($N_{amb} = N_{stat} = 85$)

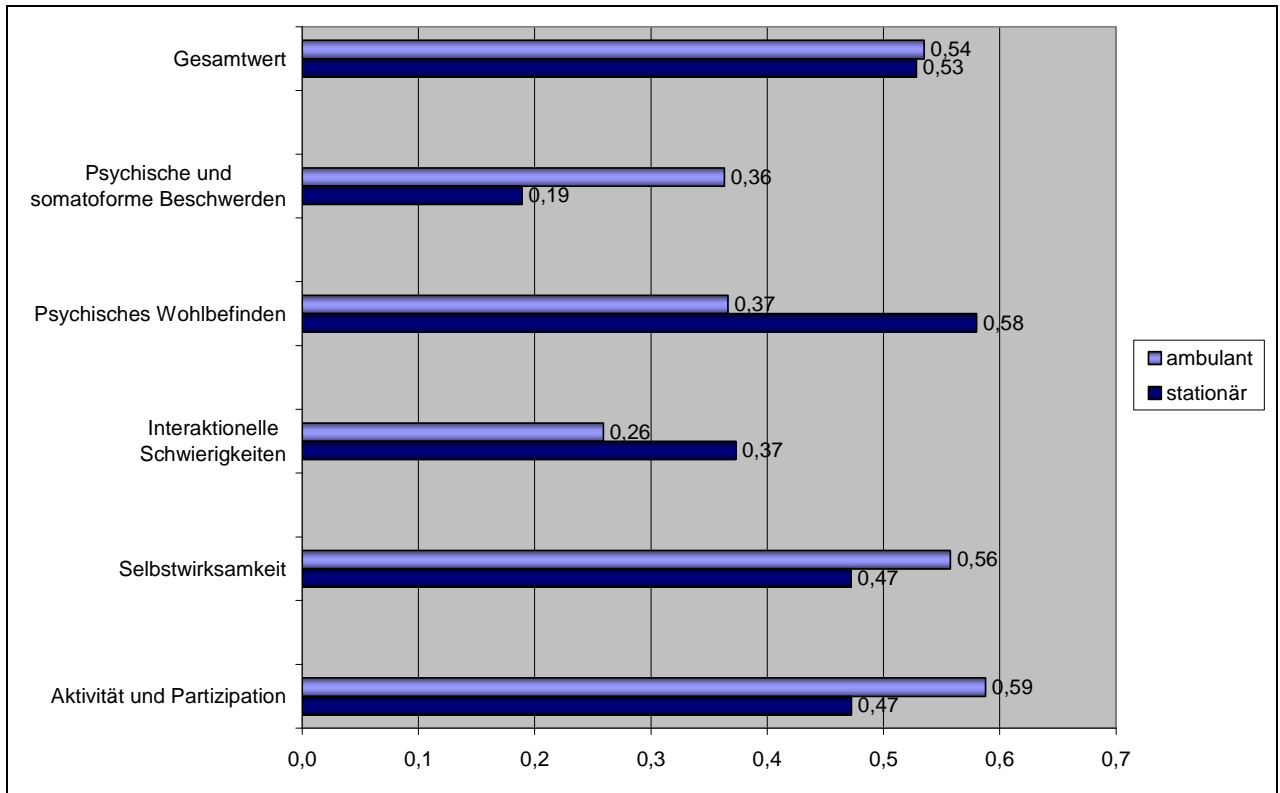


Abbildung 55: Aufnahme-Katamnese Effektstärken (Cohen's d) in den Skalen des *HEALTH-49* ($N_{amb} = N_{stat} = 85$)

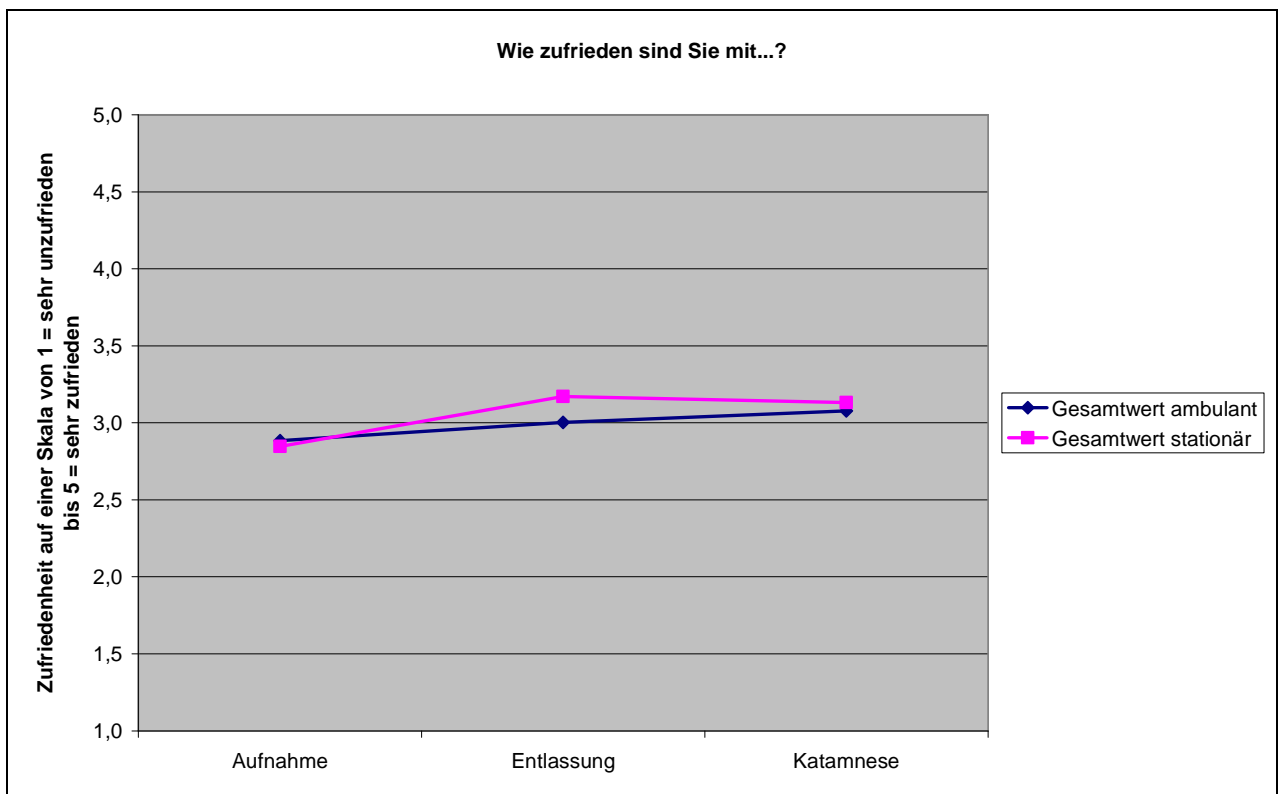


Abbildung 56: Mittelfristige Veränderungen im Gesamtwert des *FLZM* ($N_{amb} = N_{stat} = 85$)

5.4.2.1.2 Veränderungen der Lebenszufriedenheit (FLZM)

Auch hinsichtlich der Lebenszufriedenheit erweist sich der Haupteffekt über alle drei Messzeitpunkte hinweg als signifikant (Zeit: $F_{(2, 165)}=15,52$; $p<.001$; $\eta^2=0,16$), der Interaktionseffekt erreicht die Signifikanzgrenze knapp (Zeit x Gruppe: $F_{(2, 165)}=3,0$; $p=.05$; $\eta^2=0,04$; vgl. Abbildung 56). Der signifikante Interaktionseffekt ist wiederum nur auf Unterschiede im kurzfristigen Outcome zurückzuführen: Während der Effekt der ambulanten/teilstationären Rehabilitation zum Entlassungszeitpunkt die Grenze einer kleinen Effektstärke verfehlt ($d_{t0-t1}=0,17$), erzielt die stationäre Rehabilitation im selben Zeitraum annähernd mittlere Effekte ($d_{t0-t1}=0,47$). Zum Katamnesezeitpunkt gleichen sich die Behandlungseffekte jedoch so weit an, dass kein signifikanter Unterschied mehr besteht ($d_{t0-t2}=0,42$ vs. $0,28$; Zeit x Gruppe: $F_{(1, 166)}=0,86$; $p=.36$; $\eta^2=0,01$).

5.4.2.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse in den standardisierten Skalen

In Tabelle 15 sind die Ergebnisse zum Gruppenvergleich in den standardisierten Skalen nochmals zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 15: Übersicht über die Gruppenvergleiche in den standardisierten Skalen ($N_{amb} = N_{stat} = 85$)

	Gruppe	Aufnahme		Entlassung		Katamnese		d_{t0-t2}	Gruppenvergleich
		M	SD	M	SD	M	SD		T0-T2
									$F(1, 168)/p/\eta^2$
HEALTH-49									
Gesamt	amb.	2,27	0,67	1,97	0,77	1,91	0,81	0,54	0,0/.97/0,00
	stat.	2,14	0,67	1,55	0,77	1,79	0,83	0,53	
Psychische und Somatoforme Beschwerden	amb.	1,71	0,80	1,38	0,79	1,44	0,87	0,36	1,3/.26/0,01
	stat.	1,42	0,69	0,97	0,74	1,27	0,83	0,19	
Psychisches Wohlbefinden	amb.	2,69	0,77	2,40	0,90	2,41	0,79	0,37	1,8/.18/0,01
	stat.	2,76	0,74	1,88	0,85	2,32	0,87	0,58	
Interaktionelle Schwierigkeiten	amb.	2,08	1,00	1,77	0,93	1,82	1,02	0,26	0,7/.41/0,00
	stat.	2,04	1,06	1,53	1,02	1,66	1,09	0,37	
Selbstwirksamkeit	amb.	2,53	0,91	2,19	0,93	2,03	1,06	0,56	0,3/.61/0,00
	stat.	2,41	0,87	1,80	0,92	1,99	0,95	0,47	
Aktivität und Partizipation	amb.	2,34	0,80	2,09	0,96	1,85	0,93	0,59	0,5/.50/0,00
	stat.	2,08	0,85	1,57	0,99	1,69	1,01	0,47	
FLZM Gesamtwert	amb.	2,88	0,67	3,00	0,65	3,08	0,79	0,28	0,9/.36/0,01
	stat.	2,85	0,69	3,17	0,78	3,13	0,76	0,42	

5.4.2.2 Veränderungen sozialmedizinischer Merkmale

5.4.2.2.1 Krankheitszeiten

Bezüglich des Arbeitsunfähigkeitszeiten in den sechs Monaten vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme erweist sich bei den berufstätigen Patienten (ambulant: $n=44$, stationär: $n=49$) nur der Haupteffekt als signifikant (Zeit: $F_{(1,91)}=12,8$; $p=.001$; $\eta^2=0,12$), nicht jedoch der Interaktionseffekt (Zeit x Gruppe: $F_{(1,91)}=0,0$; $p=.98$; $\eta^2=0,00$, vgl. Abbildung 57). In den beiden Vergleichsgruppen werden annähernd mittlere Effekte erzielt ($d_{amb}=0,46$, $d_{stat}=0,45$). Im Gegensatz hierzu fällt bei den nicht berufstätigen Patienten (ambulant: $n=41$, stationär= 35) sowohl der Haupteffekt (Zeit: $F_{(1,74)}=30,3$; $p<.001$; $\eta^2=0,29$) als auch der Interaktionseffekt signifikant aus (Zeit x Gruppe: $F_{(1,74)}=8,9$; $p=.004$; $\eta^2=0,11$, vgl. Abbildung 57). Der signifikante Interaktionseffekt ist hierbei auf einen sehr großen Effekt der stationären Rehabilitation zurück zu führen ($d_{amb}=0,42$, $d_{stat}=1,39$).

5.4.2.2.2 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie

Der Anteil der Patienten, der ambulante Psychotherapie in Anspruch nimmt, vergrößert sich im Anschluss an die Rehabilitation (Zeit: $F_{(1,142)}=12,4$; $p=.001$; $\eta^2=0,08$), zwischen den beiden Vergleichsgruppen bestehen diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede (Zeit x Gruppe: $F_{(1,142)}=1,5$; $p=.23$; $\eta^2=0,01$; vgl. Abbildung 58).

5.4.2.2.3 Psychotherapeutische/psychiatrische Krankenhausaufenthalte

Der Anteil der Patienten, der stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Angebot in Anspruch nehmen musste, verringert sich im Katamnesezeitraum im Vergleich zum halben Jahr vor der Rehabilitation (Zeit: $F_{(1,150)}=11,6$; $p=.001$; $\eta^2=0,07$), wobei sich wiederum kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen nachweisen lässt (Zeit x Gruppe: $F_{(1,150)}=0,7$; $p=.42$; $\eta^2=0,00$; vgl. Abbildung 59).

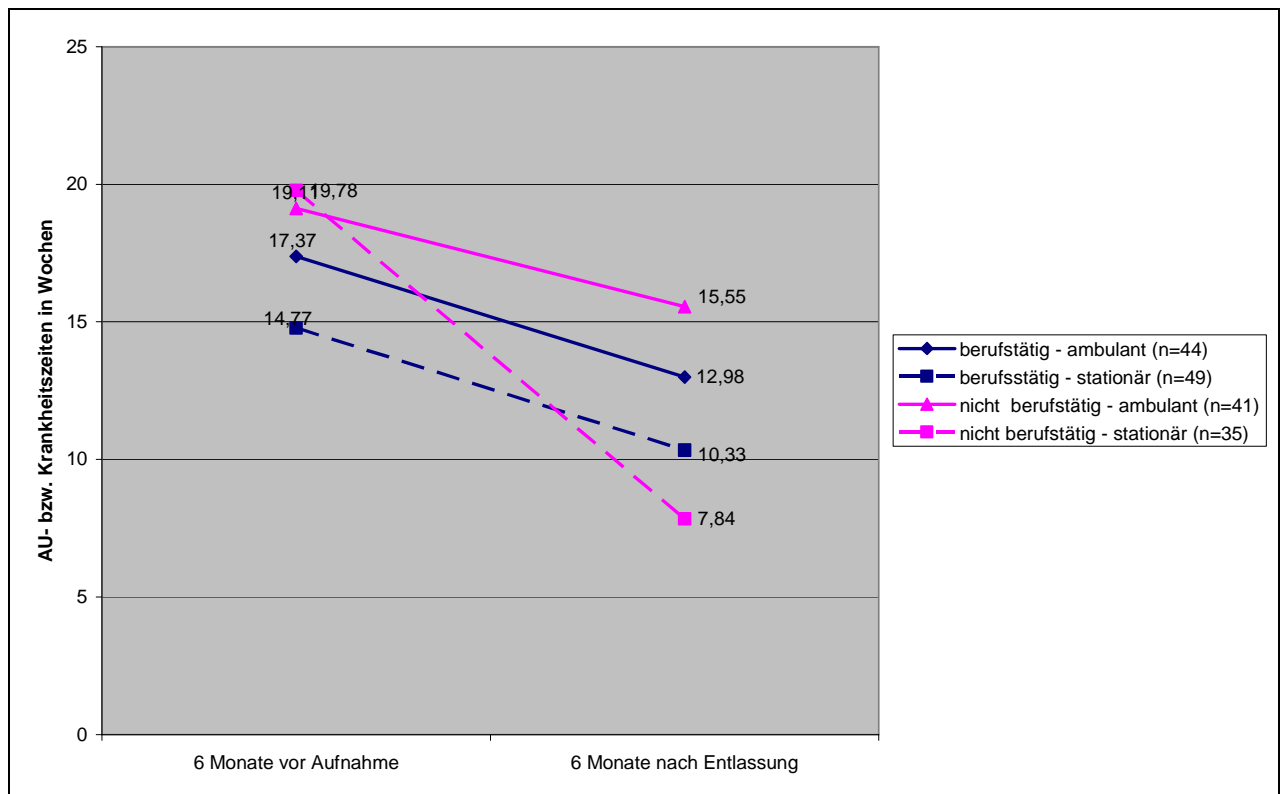


Abbildung 57: Veränderung der mittleren AU- bzw. Krankheitszeiten zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

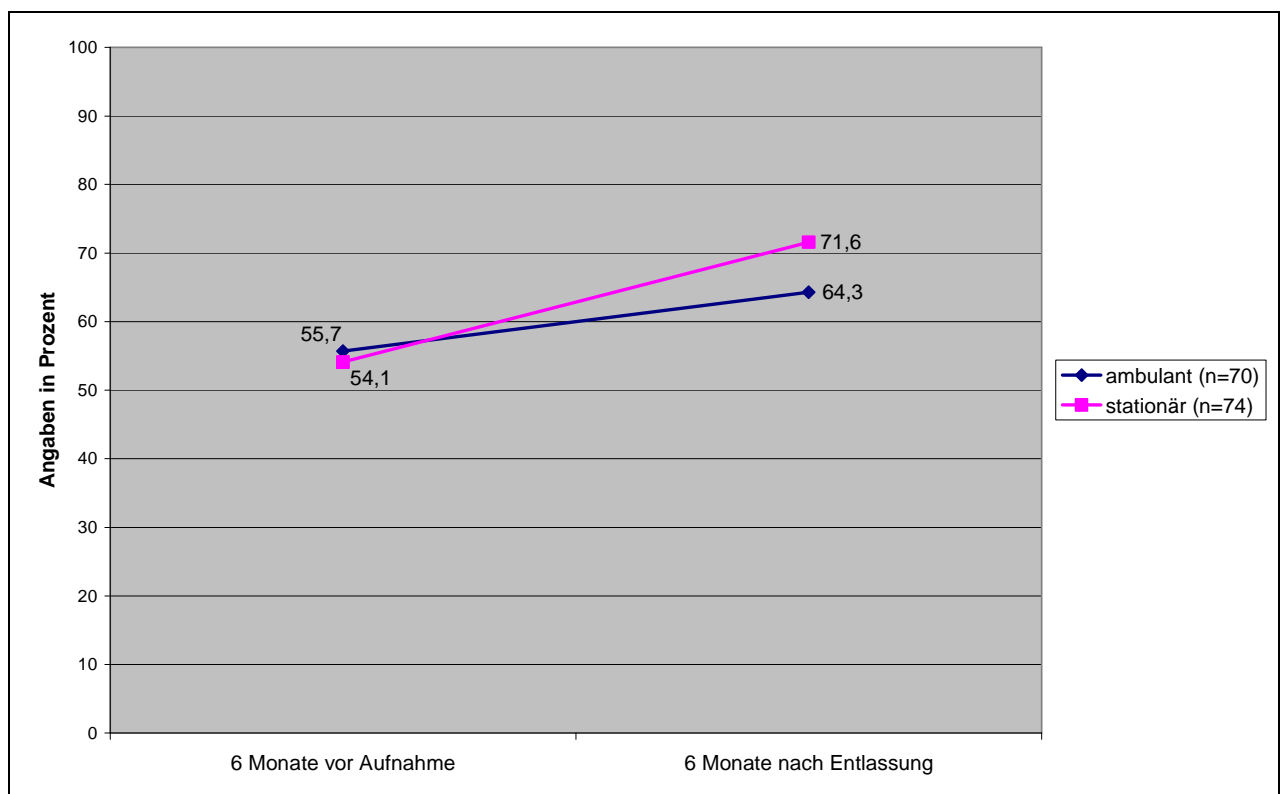


Abbildung 58: Teilnahme an ambulanter Psychotherapie in den sechs Monaten vor Aufnahme und im Katamnesezeitraum

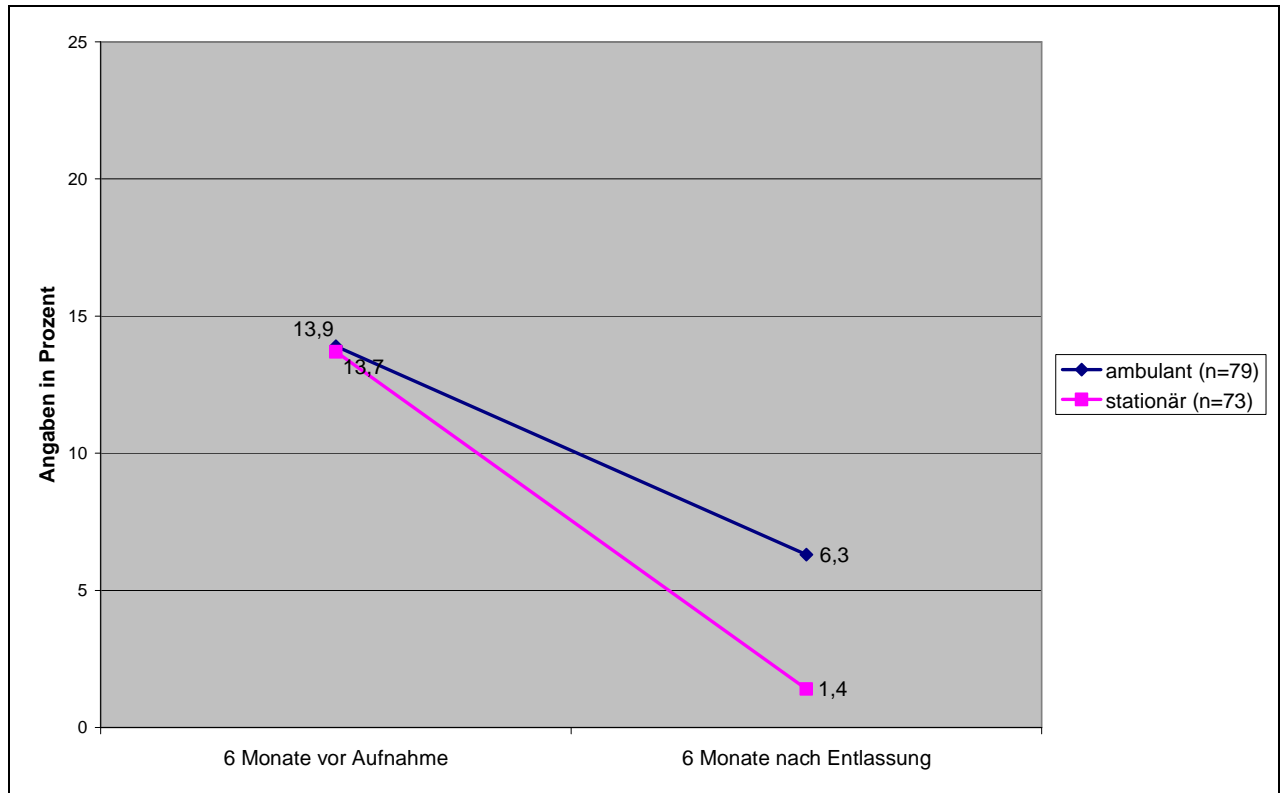


Abbildung 59: Psychotherapeutische und psychiatrische Krankenhausaufenthalte im halben Jahr vor Aufnahme und im Katamnesezeitraum

5.5 Welche Patienten können besonders vom ambulanten Setting profitieren (explizite Indikation)?

Um zu klären, für welche Patienten das Setting der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation besonders indiziert ist, wurde zunächst die Gesamtstichprobe der *ambulanten* Studienteilnehmer anhand des Katamnese-Outcomes im Hauptzielkriterium (Gesamtwert des HEALTH-49) in zwei Gruppen eingeteilt (Mediansplit). Die so gebildeten Teilgruppen wurden sodann in Bezug auf zentrale Stichprobencharakteristika verglichen.

Die Ergebnisse des Gruppenvergleichs sind in Tabelle 16 zusammengefasst. Es zeigt sich, dass sich erfolgreiche von nicht erfolgreichen ambulanten Rehabilitanden hinsichtlich des Alters (höhere Effekte bei jüngeren Patienten), der Schulbildung (höhere Effekte bei Patienten mit höherer Schulbildung) und tendenziell hinsichtlich der Anzahl der Diagnosen (höhere Effekte bei geringerer Komorbidität) unterscheiden. Außerdem wurden in der erfolgreichen Behandlungsgruppe alle Maßnahmen durch die Rentenversicherung getragen, während die nicht erfolgreichen Behandlungen zum Teil von anderen Kostenträgern finanziert wurden (vgl. Tabelle 16).

Unterteilt man die Stichprobe der *stationären* Studienteilnehmer nach demselben Kriterium in mittelfristig erfolgreich vs. nicht erfolgreich Behandelte, so zeigt sich, dass die oben identifizierten Unterscheidungsmerkmale nicht spezifisch für das ambulante Setting sind, sondern sich gleichermaßen im stationären Setting nachweisen lassen (vgl. Tabelle 17). Lediglich der Befund bezüglich unterschiedlich verteilter Kostenträger lässt sich in der stationären Stichprobe nicht replizieren. Zusätzlich zu den signifikanten Befunden im ambulanten Stichprobenvergleich finden sich in der stationären Stichprobe signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts (höhere Effekte bei weiblichen Patienten), der Berufstätigkeit (geringere Effekte bei Arbeitlosen), der Reha-Motivation (höhere Effekte bei höherer Motivation), einem bestehenden Rentenbegehren (geringere Effekte bei Patienten mit laufendem Rentenantrag), der Chronifizierung (geringere Effekte mit zunehmender Erkrankungsdauer), der Vorbehandlungen (höhere Effekte bei Patienten, die erstmals eine Reha in Anspruch nehmen) sowie der Ausgangsbelastung (höhere Effekte bei höherer Ausgangsbelastung). Außerdem wurden die erfolgreichen Patienten in der stationären Stichprobe signifikant länger behandelt als die weniger erfolgreichen. Obgleich sich die aufgeführten Merkmale in der ambulanten Stichprobe nicht signifikant zwischen den Erfolgsgruppen unterscheiden, fallen Richtung und Effektstärke der Unterschiede dort jeweils vergleichbar aus, was dafür spricht, dass auch diese Indikatoren nicht Setting-spezifisch zu sein scheinen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 16: Vergleich mittelfristig erfolgreich vs. nicht erfolgreich behandelter ambulanter Patienten hinsichtlich soziodemografischer, sozialmedizinischer, klinischer und behandlungsbezogener Merkmale (N=85)

	nicht erfolgreich (N = 42)	erfolgreich (N = 43)	
Outcome			
d_{t0-t2} HEALTH-49 Gesamtwert (M, SD)	-0,13 (0,48)	1,19 (0,59)	$t_{(83)} = 11,19, p < .001, d = 1,54$
Soziodemografische Merkmale			
Alter Jahre (M, SD)	49,4 (7,2)	46,0 (8,1)	$t_{(83)} = 2,05, p = .04, d = 0,44$
Geschlecht männlich (%)	28,6	20,9	$X^2_{(1)} = 0,67; p = .41, phi = 0,09$
Nationalität Ausländer (%)	2,4	4,7	$X^2_{(1)} = 0,32; p = .57, phi = 0,06$
Partnerschaft fester Partner (%)	66,7	72,1	$X^2_{(1)} = 0,30; p = .59, phi = 0,06$
Schulbildung Haupt-, Sonder- oder kein Schulabschluss (%)	54,8	25,6	$X^2_{(1)} = 7,54; p = .01, phi = 0,30$
Berufstätigkeit arbeitslos (%)	26,2	20,9	$X^2_{(1)} = 0,33; p = .57, phi = 0,06$
Sozialmedizinische Merkmale			
Krankheitszeiten Wochen in den 6 Monaten vor Aufnahme (M, SD)	18,7 (9,0)	17,7 (8,6)	$t_{(83)} = 0,55, p = .59, d = 0,12$
Reha-Motivation (M, SD)	2,7 (1,5)	2,4 (1,4)	$t_{(83)} = 1,10, p = .28, d = 0,24$
Rentenbegehren (%)	14,3	7,0	$X^2_{(1)} = 1,20; p = .27, phi = 0,12$
Klinische Merkmale			
Chronifizierung Jahre (M, SD)	4,0 (1,5)	4,1 (1,4)	$t_{(83)} = 0,53, p = .60, d = 0,12$
Vorbehandlung Reha (%)	31,0	39,5	$X^2_{(1)} = 0,69; p = .41, phi = 0,09$
Komorbidität Diagnosen (M, SD)	3,1 (1,6)	2,6 (1,4)	$t_{(83)} = 1,73, p = .09, d = 0,37$
Zentrale Diagnosen (%)			
Depression (F32-33/F34.1)	73,8	76,7	$X^2_{(1)} = 0,10; p = .75, phi = 0,03$
Angststörungen (F40-41)	28,6	16,3	$X^2_{(1)} = 1,85; p = .17, phi = 0,15$
PTBS (F43.1)	7,1	18,6	$X^2_{(1)} = 2,48; p = .12, phi = 0,17$
Somatoforme Störungen (F45)	9,5	11,6	$X^2_{(1)} = 0,10; p = .75, phi = 0,03$
Essstörungen (F50)	9,5	9,3	$X^2_{(1)} = 0,00; p = .97, phi = 0,00$
Persönlichkeitsstörungen (F60)	2,4	2,3	$X^2_{(1)} = 0,00; p = .99, phi = 0,00$
Ausgangsbelastung HEALTH-49 Gesamtwert (M, SD)	2,2 (0,6)	2,4 (0,7)	$t_{(83)} = 1,12, p = .27, d = 0,24$
Behandlungsmerkmale			
Behandlungsdauer Tage (M, SD)	38,0 (6,8)	38,8 (7,3)	$t_{(83)} = 0,49, p = .63, d = 0,11$
Kostenträger RV (%)	88,1	100,0	$X^2_{(1)} = 5,44; p = .02, phi = 0,25$

Tabelle 17: Vergleich mittelfristig erfolgreich vs. nicht erfolgreich behandelter stationärer Patienten hinsichtlich soziodemografischer, sozialmedizinischer, klinischer und behandlungsbezogener Merkmale (N=1.787)

	nicht erfolgreich (N = 702)	erfolgreich (N = 1085)	
Outcome			
d_{t0-t2} HEALTH-49 Gesamtwert (M, SD)	-0,21 (0,62)	1,45 (0,74)	$t_{(1785)} = 49,23, p < .001, d = 1,55$
Soziodemografische Merkmale			
Alter Jahre (M, SD)	48,5 (13,4)	46,2 (13,4)	$t_{(1785)} = 3,56, p < .001, d = 0,17$
Geschlecht männlich (%)	29,9	24,2	$X^2_{(1)} = 7,05; p = .01, phi = 0,06$
Nationalität Ausländer (%)	4,8	5,8	$X^2_{(1)} = 0,77; p = .38, phi = 0,02$
Partnerschaft fester Partner (%)	50,6	53,8	$X^2_{(1)} = 1,81; p = .18, phi = 0,03$
Schulbildung Haupt-, Sonder- oder kein Schulabschluss (%)	35,9	23,9	$X^2_{(1)} = 30,19; p < .001, phi = 0,13$
Berufstätigkeit arbeitslos (%)	11,7	6,7	$X^2_{(1)} = 13,20; p < .001, phi = 0,09$
Sozialmedizinische Merkmale			
Krankheitszeiten Wochen in den 6 Monaten vor Aufnahme (M, SD)	9,4 (9,2)	8,7 (8,5)	$t_{(1785)} = 1,76, p = .08, d = 0,09$
Reha-Motivation (M, SD)	2,4 (1,7)	2,2 (1,7)	$t_{(1785)} = 2,53, p = .01, d = 0,12$
Rentenbegehren (%)	4,7	2,9	$X^2_{(1)} = 3,73; p = .05, phi = 0,05$
Klinische Merkmale			
Chronifizierung Jahre (M, SD)	4,3 (1,4)	4,1 (1,5)	$t_{(1785)} = 2,90, p < .01, d = 0,15$
Vorbehandlung Reha (%)	47,3	38,2	$X^2_{(1)} = 14,33; p < .001, phi = 0,09$
Komorbidität Diagnosen (M, SD)	3,1 (1,4)	2,9 (1,4)	$t_{(1785)} = 3,01, p < .01, d = 0,15$
Zentrale Diagnosen (%)			
Depression (F32-33/F34.1)	55,6	59,1	$X^2_{(1)} = 2,17; p = .14, phi = 0,04$
Angststörungen (F40-41)	12,0	12,7	$X^2_{(1)} = 0,22; p = .64, phi = 0,01$
PTBS (F43.1)	5,7	7,5	$X^2_{(1)} = 2,11; p = .15, phi = 0,03$
Somatoforme Störungen (F45)	16,7	15,5	$X^2_{(1)} = 0,45; p = .51, phi = 0,02$
Essstörungen (F50)	11,3	12,3	$X^2_{(1)} = 0,41; p = .52, phi = 0,02$
Persönlichkeitsstörungen (F60)	13,5	11,6	$X^2_{(1)} = 1,45; p = .23, phi = 0,03$
Ausgangsbelastung HEALTH-49 Gesamtwert (M, SD)	1,8 (0,7)	2,2 (0,6)	$t_{(1785)} = 12,41, p < .001, d = 0,58$
Behandlungsmerkmale			
Behandlungsdauer Tage (M, SD)	41,2 (23,5)	44,2 (27,3)	$t_{(1785)} = 2,39, p = .02, d = 0,12$
Kostenträger RV (%)	29,9	32,1	$X^2_{(1)} = 0,93; p = .34, phi = 0,02$

Entsprechend der mangelnden Spezifität der als potentielle Erfolgsprädiktoren identifizierten Merkmale ergeben sich bezüglich dieser Charakteristika auch im Vergleich der erfolgreich behandelten Teilgruppen der gematchten Vergleichsstichproben keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 18). Gleiches gilt für den Vergleich der nicht erfolgreich behandelten Teilstichproben (nicht näher dargestellt).

Tabelle 18: Vergleich mittelfristig erfolgreich ambulant vs. stationär behandelter Patienten hinsichtlich soziodemografischer, sozialmedizinischer, klinischer und behandlungsbezogener Merkmale (N=89)

	erfolgreich ambulant (N = 43)	erfolgreich stationär (N = 46)	
Outcome			
d_{10-12} HEALTH-49 Gesamtwert (M, SD)	1,19 (0,59)	1,32 (0,84)	$t_{(87)} = 0,86, p = .39, d = 0,18$
Soziodemografische Merkmale			
Alter Jahre (M, SD)	46,0 (8,1)	47,1 (8,6)	$t_{(87)} = 0,61, p = .54, d = 0,13$
Geschlecht männlich (%)	20,9	23,9	$X^2_{(1)} = 0,11; p = .74, phi = 0,04$
Nationalität Ausländer (%)	4,7	0,0	$X^2_{(1)} = 2,19; p = .14, phi = 0,16$
Partnerschaft fester Partner (%)	72,1	76,1	$X^2_{(1)} = 0,19; p = .67, phi = 0,05$
Schulbildung Haupt-, Sonder- oder kein Schulabschluss (%)	25,6	26,1	$X^2_{(1)} = 0,00; p = .96, phi = 0,01$
Berufstätigkeit arbeitslos (%)	20,9	17,4	$X^2_{(1)} = 0,18; p = .67, phi = 0,05$
Sozialmedizinische Merkmale			
Krankheitszeiten Wochen in den 6 Monaten vor Aufnahme (M, SD)	17,7 (8,6)	15,6 (10,0)	$t_{(87)} = 1,05, p = .30, d = 0,22$
Reha-Motivation (M, SD)	2,4 (1,4)	2,7 (1,8)	$t_{(87)} = 0,96, p = .34, d = 0,20$
Rentenbegehren (%)	7,0	4,3	$X^2_{(1)} = 0,29; p = .59, phi = 0,06$
Klinische Merkmale			
Chronifizierung Jahre (M, SD)	4,1 (1,4)	4,2 (1,5)	$t_{(87)} = 0,32, p = .75, d = 0,07$
Vorbehandlung Reha (%)	39,5	32,6	$X^2_{(1)} = 0,46; p = .50, phi = 0,07$
Komorbidität Diagnosen (M, SD)	2,6 (1,4)	2,6 (1,3)	$t_{(87)} = 0,25, p = .80, d = 0,05$
Zentrale Diagnosen (%)			
Depression (F32-33/F34.1)	76,7	80,4	$X^2_{(1)} = 0,18; p = .67, phi = 0,05$
Angststörungen (F40-41)	16,3	4,3	$X^2_{(1)} = 3,48; p = .06, phi = 0,20$
PTBS (F43.1)	18,6	17,4	$X^2_{(1)} = 0,02; p = .88, phi = 0,02$
Somatoforme Störungen (F45)	11,6	13,0	$X^2_{(1)} = 0,04; p = .84, phi = 0,02$
Essstörungen (F50)	9,3	15,2	$X^2_{(1)} = 0,72; p = .40, phi = 0,09$
Persönlichkeitsstörungen (F60)	2,3	2,2	$X^2_{(1)} = 0,00; p = .96, phi = 0,01$
Ausgangsbelastung HEALTH-49 Gesamtwert (M, SD)	2,4 (0,7)	2,3 (0,6)	$t_{(87)} = 0,45, p = .65, d = 0,10$
Behandlungsmerkmale			
Behandlungsdauer Tage (M, SD)	38,8 (7,3)	38,1 (6,9)	$t_{(87)} = 0,47, p = .64, d = 0,10$
Kostenträger RV (%)	100,0	93,5	$X^2_{(1)} = 2,90; p = .09, phi = 0,18$

6 Diskussion

Vor dem Hintergrund einer bislang sehr zurückhaltenden Implementierung ambulant/teilstationärer Rehabilitationsangebote für psychisch und psychosomatisch Kranke soll die vorliegende Studie dazu beitragen, den bestehenden Mangel an empirischen Daten zur Wirksamkeit und Indikation dieser Behandlungsoption zu beseitigen. Unseres Wissens handelt es sich um die erste Studie, die dabei neben den kurzfristigen auch längerfristige Behandlungsergebnisse einbezieht. Die Untersuchung soll Fragen nach der Effektivität und Effizienz sowie der impliziten und expliziten Indikation der ambulanten Rehabilitation beantworten und damit eine wichtige Grundlage für zukünftige Entscheidungen bezüglich des Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen liefern.

Entsprechend der Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung sollen im Folgenden zunächst die zuvor berichteten Ergebnisse aufgegriffen und eingeordnet werden, bevor auf Einschränkungen der Studie und weiteren Forschungsbedarf eingegangen wird.

6.1 Implizite Indikation ambulanter psychosomatischer Rehabilitation

Die Frage nach der impliziten Indikation ambulant/teilstationärer psychosomatischer Rehabilitation lässt sich beantworten, indem untersucht wird, welche Patienten das bestehende ambulante Reha-Angebot unter den Bedingungen der aktuellen Versorgungspraxis in Anspruch nehmen. Hier zeigt sich in der untersuchten Tagesklinik trotz großer Überschneidungen mit der Klientel stationärer psychosomatischer Rehabilitationseinrichtungen eine Vielzahl von Besonderheiten: Die ambulanten Patienten weisen in Gegenüberstellung mit einer stationären Vergleichsgruppe ein signifikant geringeres Bildungsniveau auf, sind häufiger arbeitslos und berichten extrem hohe Krankheits- bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vorfeld der Reha. Zu Behandlungsbeginn sind sie häufiger von akuter Arbeitsunfähigkeit bzw. entsprechend eingeschränkter Gesundheit betroffen, berichten in allen Bereichen psychosozialer Gesundheit signifikant höhere Beeinträchtigungen und werden von den Therapeuten als weniger motiviert beschrieben. Einem Behandlungsschwerpunkt der ambulanten Einrichtung entsprechend, werden häufiger Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) behandelt; ein erhöhter Anteil von Patienten mit depressiven Störungen, ein niedrigerer Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und eine insgesamt etwas geringere Zahl vergebener Diagnosen scheinen eher auf die diagnostischen Standards der ambulanten Einrichtung als auf einen tatsächlichen Setting-Unterschied zurückzuführen zu sein (Stichwort „Vermeidung von Stigmatisierung“). Die Tatsache, dass der Anteil von Patienten, die zum ersten Mal eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, in der ambulanten Gruppe signifikant höher

ausfällt, kann gegebenenfalls als Indiz für die Niederschwelligkeit des wohnortnahen und dadurch alltagskompatibleren Behandlungsangebotes gewertet werden. Ein besonders hervorzuhebendes Merkmal der hier untersuchten ambulanten Einrichtung ist mit Sicherheit die nahezu ausschließliche Belegung durch die Rentenversicherung (in der stationären Vergleichsgruppe aus dem QS-Reha[®]-Verfahren, die überwiegend in Kliniken rekrutiert wurde, welche federführend durch die Gesetzliche Krankenversicherung belegt werden, beträgt der Anteil der Rentenversicherung nur etwa ein Drittel der Kostenträger). Auf diese Besonderheit lässt sich auch die (trotz nahezu identischer mittlerer Ausprägung) begrenzte Altersspanne der ambulanten Patienten zurückführen, die sich wiederum in diversen Unterschieden hinsichtlich des Familienstandes bzw. der Partnersituation niederschlägt (z.B. mehr feste Partnerschaften, weniger Verwitwete). Insgesamt bestätigen die vorliegenden Daten die in der Literatur berichteten Beschreibungen ambulant/teilstationär behandelter Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden als deutlich beeinträchtigte Klientel (z.B. Geiselman & Linden, 2001; Rüddel et al., 2002). Im Gegensatz zu den Befunden von Geiselman und Linden (2001) weist die ambulante Stichprobe in der vorliegenden Studie jedoch zusätzlich einen höheren Beschwerdegrad als die stationäre Vergleichsgruppe auf.

Obwohl die meisten der aufgeführten Charakteristika der ambulanten Klientel dafür sprechen, dass es sich hier um eine vergleichsweise schwerer beeinträchtigte und entsprechend schwerer zu behandelnde Patientengruppe handelt, fallen die ambulanten Behandlungszeiten im Vergleich zu den stationären signifikant kürzer aus. Dies mag auch auf die Aktualität der Referenzdaten aus dem stationären Bereich zurückzuführen sein, deren Erfassung bis ins Jahr 2005 zurückreicht, ist aber in jedem Falle in Hinblick auf die Bewertung der Effizienz der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation von Bedeutung.

6.2 Effektivität ambulanter psychosomatischer Rehabilitation

Um die Effektivität der ambulant/teilstationären psychosomatischen Rehabilitation beurteilen zu können, wurden die Behandlungsergebnisse zunächst isoliert betrachtet. Bezüglich der Hauptzielgröße, nämlich der patientenseitig erfassten Verbesserung der psychosozialen Gesundheit, zeigt sich, dass durch die ambulante Rehabilitation kurzfristig, d.h. bis zum Ende der Maßnahme, nur kleine Behandlungseffekte erzielt werden können. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch bezüglich der verschiedenen Nebenzielgrößen. Angesichts der Tatsache, dass während stationärer psychosomatischer Rehabilitation zumeist mittlere bis große Behandlungseffekte erreicht werden, erscheint dieser Befund zunächst unbefriedigend. Er deckt sich jedoch mit Berichten aus der Literatur, denen zufolge in stationärer psychosomatischer Rehabilitation höhere Effekte erzielt wurden als in ambulant/teilstationäre Rehabilitation (z.B. Geiselman & Linden, 2001; Rüddel et al., 2002). Ein ähnliches Muster findet sich auch hinsichtlich der patientenseitig beurteilten Zielerreichung. Mittlere bis große Effektstärken finden sich kurzfristig lediglich in den patientenseitigen Globalurteilen sowie in den verschiedenen

therapeutenseitig erfassten Ergebnismaßen. Hier zeigen sich besonders hohe Effekte in den Gesamtbeschwerden und den psychotherapeutischen Kernzielbereichen (Depressivität, andere psychische Probleme) sowie mittlere Effekte im Bereich kognitiver Probleme. In weniger direkt beeinflussbaren Bereichen wie der Teilhabe am sozialen Leben, der Bearbeitung von Beziehungsproblemen, dem Umgang mit körperlicher Erkrankung oder den Bedingungen in Beruf und Alltag finden sich im Therapeutenurteil kurzfristig immerhin kleine Effekte. Die Angaben zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme (sowohl im Globalurteil als auch im Patientenzufriedenheitsfragebogen) fallen zwar durchwegs positiv aus, liegen jedoch ebenfalls zumeist unterhalb des aus dem stationären Setting bekannten Niveaus. Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht allerdings der Bereich der Entlassungsvorbereitung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha. Dies deutet darauf hin, dass die Anbahnung von Nachsorgemaßnahmen und Alltagstransfer eine besondere Stärke der ambulanten Rehabilitation darstellt, die entsprechend positiv bewertet wird.

Im Gegensatz zu den überraschend kleinen Effekten bei Reha-Ende fallen die mittelfristigen Behandlungsergebnisse deutlich erwartungskonformer aus. Im Hauptzielkriterium, also der patientenseitig erfassten Verbesserung der psychosozialen Gesundheit, lässt sich zum Katamnesezeitpunkt eine mittlere Effektstärke nachweisen, wie sie auch im stationären Bereich die Regel darstellt. Die mittelfristigen Outcomes in den anderen patientenseitig erfassten Ergebnismaßen bewegen sich zu diesem Zeitpunkt im Bereich kleiner bis mittlerer Effektstärken. Besonders hohe (mittelgroße) Effekte finden sich bezüglich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitssituation. Positiv ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass die bis zum Ende der ambulanten Rehabilitation erzielten Effekte wenigstens stabil geblieben und deskriptiv im Mittel sogar weiter angestiegen sind (ein signifikanter Anstieg im Katamnesezeitraum findet sich allerdings nur im Bereich *Aktivität und Partizipation*), während nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation in der Regel ein Abfall der Behandlungseffekte zu verzeichnen ist.

Erfreulich sind außerdem die mittelfristigen Behandlungsergebnisse im Bereich der Sozialmedizin: Die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankheitszeiten haben sich im Katamnesezeitraum im Vergleich zum 6-Monats-Zeitraum vor der ambulanten Rehabilitation im Ausmaß einer annähernd mittleren Effektstärke reduziert. Zu begrüßen ist im Sinne einer gelungenen Nachsorge auch eine Steigerung der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapieangebote im Zeitraum nach der Reha. Allerdings bezieht sich diese Steigerung zunächst nur auf die Wahrnehmung einzelner Termine (z.B. Vorgespräche, probatorische Sitzungen), was vermutlich auf die erheblichen Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten zurückzuführen ist. Gleichermäßen positiv zu beurteilen ist die Tatsache, dass sich die Inanspruchnahme stationärer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Angebote im selben Zeitraum mehr als halbiert hat.

Insgesamt lässt sich somit zunächst festhalten, dass ungewöhnlich niedrigen *kurzfristigen* Behandlungseffekten deutlich befriedigendere *mittelfristige* Behandlungsergebnisse gegenüber

stehen, die durchaus für die Effektivität der ambulant/teilstationären psychosomatischen Rehabilitation sprechen. Wie diese inkonsistenten Befunde zu bewerten sind, lässt sich jedoch erst durch den Einbezug einer aussagekräftigen Vergleichsgruppe aus dem Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation klären.

6.3 Effizienz ambulanter psychosomatischer Rehabilitation

Um als effizient gelten zu können, müsste die ambulant/teilstationäre psychosomatische Rehabilitation im geringsten Falle bei vergleichbaren Patienten mit einem vergleichbaren Aufwand zu vergleichbaren Ergebnissen führen. Noch eindeutiger wäre sie als effizient zu bewerten, wenn sie entweder mit vergleichbarem Aufwand in besseren Ergebnissen resultieren würde oder aber identische Ergebnisse mit geringerem Aufwand erzielen kann.

Um diese Voraussetzungen zu überprüfen, wurde der im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Gruppe ambulanter Rehabilitanden eine nach soziodemografischen, sozialmedizinischen und klinischen Merkmalen vergleichbare Patientengruppe gegenüber gestellt, die in identischem zeitlichen Umfang im stationären Setting behandelt wurde.

Der direkte Vergleich der gematchten Stichproben verfestigt das Bild, das sich bereits im Rahmen der Effektivitätsanalysen angedeutet hat. Bezüglich der Hauptzielgröße ergeben sich mittelfristig identische Behandlungsergebnisse von mittlerer Effektstärke, Unterschiede bestehen lediglich bezüglich des kurzfristigen Outcomes. Während in der stationären psychosomatischen Rehabilitation kurzfristig große Effekte erreicht werden, die poststationär wieder stark abfallen, erzielt die ambulante Rehabilitation kurzfristig nur kleine Effekte, die sich nach Abschluss der Maßnahme jedoch weiter entfalten bzw. zumindest stabil bleiben. Dieser Befund erscheint unmittelbar plausibel: Da Patienten während der stationären Behandlung vorübergehend von ihren Alltagsroutinen und einem gegebenenfalls belastenden Umfeld befreit werden, können sie sich voll und ganz auf die Therapie konzentrieren und entsprechend schnellere Fortschritte erzielen. Zugleich kann es jedoch passieren, dass bestehende Alltagsprobleme nicht angemessen bearbeitet werden (können), wodurch nach Entlassung eine erhöhte Rückfallgefahr gegeben ist. Im umgekehrten Fall werden die Patienten während der tagesklinischen Behandlung zwar auch in ein therapeutisches Milieu aufgenommen, verbleiben jedoch gleichzeitig in ihrem gegebenenfalls belastenden sozialen Umfeld, was eine Doppelbelastung darstellt, die mit langsameren Fortschritten in der Therapie einhergehen kann. Da die ambulanten Patienten trotz der intensiven Behandlung weiterhin ihre sozialen Rollen ausfüllen, kann der Transfer der therapeutischen Fortschritte in den Alltag nach der Rehabilitation jedoch besser gelingen (Geiselman & Linden, 2001).

Das beschriebene Muster bestätigt sich in allen untersuchten Bereichen psychosozialer Gesundheit sowie hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Lediglich in Bezug auf die Teilhabe am öffentlichen Leben, die sich zwangsläufig erst im Anschluss an eine (v.a. stationäre)

Rehabilitation entfalten kann, zeigt sich auch kurzfristig kein Unterschied zwischen dem ambulanten und stationären Setting.

Die Vergleichbarkeit der mittelfristigen Behandlungsergebnisse beschränkt sich jedoch nicht nur auf die psychometrisch erfassten Outcomekriterien, sondern bestätigt sich auch in Bezug auf die sozialmedizinischen Parameter. So schlagen sich ambulante und stationäre psychosomatische Rehabilitation etwa in einer identischen Reduktion der Arbeitsunfähigkeitszeiten nieder und resultieren in vergleichbaren Veränderungen der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer psychotherapeutischer und psychiatrischer Angebote.

Gemessen am entscheidenden mittelfristigen Outcome ist die ambulante Rehabilitation somit als effizient zu beurteilen, da sie nicht nur mit gleichem zeitlichen Aufwand zu gleichen Behandlungsergebnissen führt, sondern aufgrund der nicht beanspruchten Hotelleistungen ein deutlich besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist als eine stationäre Rehabilitation.

6.4 Explizite Indikation ambulanter psychosomatischer Rehabilitation

Die explizite Indikation betrifft die Frage, welche Patienten besonders vom Setting der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation profitieren könnten.

Um mögliche Indikatoren einer differentiellen Zuweisung zu identifizieren, wurden zunächst Teilgruppen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Rehabilitanden miteinander verglichen. Dabei konnte eine Vielzahl potentieller Determinanten des Reha-Erfolges identifiziert werden. In Übereinstimmung mit der Literatur lässt sich belegen, dass sich erfolgreiche von nicht erfolgreichen Rehabilitanden hinsichtlich des Alters (höhere Effekte bei jüngeren Patienten), des Geschlechts (höhere Effekte bei weiblichen Patienten), der Schulbildung (höhere Effekte bei Patienten mit höherer Schulbildung), der Berufstätigkeit (geringere Effekte bei Arbeitlosen), der Reha-Motivation (höhere Effekte bei höherer Motivation), einem bestehenden Rentenbegehren (geringere Effekte bei Patienten mit laufendem Rentenanspruch), der Chronifizierung (geringere Effekte mit zunehmender Erkrankungsdauer), der Vorbehandlungen (höhere Effekte bei Patienten, die erstmals eine Reha in Anspruch nehmen), der Ausgangsbelastung (höhere Effekte bei höherer Ausgangsbelastung) und tendenziell hinsichtlich der Anzahl der Diagnosen (höhere Effekte bei geringerer Komorbidität) unterscheiden. Allerdings zeigt sich, dass all die ermittelten Erfolgs-Indikatoren gleichermaßen unspezifisch für das ambulante wie für das stationäre Setting gelten und somit keine differentielle Indikationsstellung erlauben.

Vor diesem Hintergrund kann die vorliegende Studie zwar keinen expliziten Beitrag zur empirischen Klärung der Frage nach der differentiellen Indikation ambulanter psychosomatischer Rehabilitation leisten. Sollten sich die hier dargestellten Befunde zur Effektivität und Effizienz ambulanter psychosomatischer Rehabilitation jedoch in weiteren Studien replizieren lassen, könnte sich die ambulante Rehabilitation als grundsätzlich gleichwertige Alternative zur stationären Rehabilitation etablieren. Die Zuweisung könnte sich dann vornehmlich am Bedarf bzw. den Präferenzen der Patienten sowie an ökonomischen Erwägungen orientieren.

6.5 Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung

6.5.1 Repräsentativität der Untersuchungsstichproben

Angesichts eines nicht unerheblichen Anteils ambulanter Patienten, die nicht oder nur teilweise an der vorliegenden Studie teilgenommen haben, stellt sich die Frage nach der Repräsentativität der Teilnehmerstichproben und damit zugleich nach der Generalisierbarkeit der ermittelten Befunde.

Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass die Teilnahmequoten im ambulanten Setting zum Reha-Ende wie auch zur Katamnese vergleichsweise niedrig ausfielen. Während in der ambulanten Einrichtung nur 60 Prozent der aufgenommenen Patienten bis zur Entlassung an der Untersuchung teilnahmen (Katamnese: 39%), waren dies in den stationären Vergleichseinrichtungen durchschnittlich 73 Prozent (bzw. 47% zur Katamnese). Bezieht man die Teilnahmequoten zu Entlassung und Katamnese allerdings nur auf diejenigen Patienten, die zu Reha-Beginn in die Teilnahme zur Studie eingewilligt und einen Aufnahmebogen ausgefüllt haben, ergeben sich zwischen den Settings vergleichbare Rücklaufquoten (ambulant: 88/57%, stationär: 89/57%). Die verhältnismäßig geringe Teilnahmequote im ambulanten Setting wäre demnach weniger auf Studienabbrüche während der laufenden Untersuchung bzw. Behandlung, sondern eher auf eine grundsätzlich geringer ausgeprägte Bereitschaft zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung zurückzuführen. Wahrscheinlich ist es im stationären Setting aber auch besser möglich, neue Patienten für die Teilnahme an einer Studie zu motivieren, da diese auch außerhalb der Kernbehandlungszeiten ansprechbar sind (z.B. durch das Pflegepersonal, das im ambulanten Bereich fehlt) und in dieser Zeit auch eher Gelegenheit zum Ausfüllen der umfangreichen Erhebungsinstrumente haben, während die ambulanten Patienten außerhalb der Behandlungszeiten ihren alltäglichen Verpflichtungen am Wohnort nachkommen müssen.

Die durchgeführten Repräsentativitätsanalysen ergaben in den meisten überprüfbaren Merkmalen keine signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Studien-Dropouts. Dies betrifft neben grundlegenden soziodemografischen Merkmalen insbesondere die therapeutenseitig eingeschätzte Ausgangsbelastung. Ein besonders ausgeprägter Gruppenunterschied findet sich jedoch hinsichtlich des Anteils von Patienten mit somatoformen Störungen, der in der Gruppe der Studienverweigerer oder –abbrecher deutlich erhöht war. Dies könnte möglicherweise damit zusammenhängen, dass der Zugang zur Auseinandersetzung mit psychologischen Themen bei dieser Patientengruppe häufig erst im Rahmen der Behandlung angebahnt werden muss. Unter den Katamneseteilnehmern fand sich außerdem ein erhöhter Anteil weiblicher und älterer Patienten, was am ehesten durch erhöhte Tendenzen sozialer Verantwortung bzw. Erwünschtheit in dieser Gruppe erklärt werden könnte. Weitere Unterschiede fanden sich in Hinblick auf die Behandlungsdauer und den therapeutenseitig eingeschätzten Behandlungserfolg, was darauf hindeutet, dass Patienten, die ihre Behandlung abgebrochen oder als weniger hilfreich erlebt haben, eher dazu neigten nicht weiter an der Untersuchung

teilzunehmen. Während sich für die betroffenen Patientenmerkmale in der ambulanten Stichprobe kein direkter Hinweis auf einen systematischen Zusammenhang zum Behandlungsergebnis nachweisen ließ, legen die behandlungsbezogenen Merkmale (Behandlungsdauer und –erfolg) nahe, dass die in der Stichprobe der Studienteilnehmer ermittelten Befunde zur Wirksamkeit der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation die wahren Effekte möglicherweise etwas überschätzen. Dies ist bei der Interpretation der entsprechenden Ergebnisse zu berücksichtigen.

6.5.2 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Um die Generalisierbarkeit der ermittelten Befunde beurteilen zu können, ist neben der Repräsentativität der Teilnehmerstichproben für die Gesamtheit der in den jeweiligen Einrichtungen behandelten Patienten auch die Repräsentativität der untersuchten Einrichtungen für die Versorgungspraxis relevant. Hierzu ist einschränkend anzumerken, dass der Bereich der ambulant/teilstationären psychosomatischen Rehabilitation in der vorliegenden Studie nur durch eine einzelne Einrichtung repräsentiert wurde, die zudem aufgrund ihrer Behandlungsschwerpunkte, u.a. für Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, als speziell gelten kann. Um generellere Aussagen zur ambulanten psychosomatischen Rehabilitation treffen zu können, wäre der Einbezug mehrerer ambulanter Einrichtungen wünschenswert gewesen, der sich im Rahmen der vorliegenden Studie jedoch nicht realisieren ließ. Der Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation war mit 21 beteiligten Kliniken zwar multizentrisch vertreten, kann aufgrund des überwiegenden Anteils federführend durch die Gesetzliche Krankenversicherung belegter Einrichtungen aber auch nicht ohne weiteres als repräsentativ für die Gesamtheit stationärer psychosomatischer Rehabilitationsangebote in Deutschland angesehen werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die stationären Referenzdaten im Zeitraum 2005-2008 erhoben wurden, während die Datenerhebung in der ambulanten Einrichtung zwischen 2009 und 2011 stattfand. Die unmittelbare Vergleichbarkeit der Daten aus den beiden Settings könnte durch die gegebene zeitliche Verschiebung zusätzlich eingeschränkt sein.

6.5.3 Weitere Einschränkungen

Da sich im Bereich der medizinischen Rehabilitation in Deutschland keine randomisiert-kontrollierten Studien zwischen verschiedenen Settings durchführen lassen, musste in der vorliegenden Studie auf ein quasi-experimentelles Design zurück gegriffen werden, indem der ambulanten Stichprobe eine statistisch gematchte stationäre Vergleichsstichprobe gegenüber gestellt wurde. Dieses Verfahren birgt neben den grundsätzlichen Nachteilen einer fehlenden Randomisierung (begrenzte interne Validität) die Einschränkung, dass sich die gebildete Gesamtstichprobe letztlich maßgeblich an der Zusammensetzung der ambulanten Stichprobe

orientiert und die ursprünglich in der stationären Stichprobe enthaltene Variation mit den darin enthaltenen zusätzlichen Informationen möglicherweise stark eingeschränkt wird.

Letztlich ist auch auf die möglichen Implikationen des unplanmäßig kleinen Umfangs der ambulanten (Katamnese-)Stichprobe hinzuweisen, der aus einer unerwartet niedrigen Teilnahmequote resultiert. Während die ursprüngliche Fallzahlkalkulation von einer Katamnese-Rücklaufquote von 60 Prozent ausging, welche eine Power von $1-\beta=0,95$ zur Aufdeckung kleiner Effekte sichergestellt hätte, erlaubt die nach der tatsächlichen Rücklaufquote von 39 Prozent resultierende Fallzahl der ambulanten Katamnese-Stichprobe die Aufdeckung kleiner Effekte nur noch mit einer Power von $1-\beta=0,80$.

6.6 Weitergehender Forschungsbedarf

Vor dem Hintergrund der ermittelten Befunde und ihrer Begrenzungen wären weitergehende Untersuchungen zur Frage der differentiellen Wirksamkeit und Indikation ambulanter psychosomatischer Rehabilitation dringend erforderlich.

Zum einen wäre eine Replikation der vorliegenden Studie in verschiedenen anderen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen wünschenswert, um die Stabilität bzw. Generalisierbarkeit der hier berichteten Befunde beurteilen zu können. Idealerweise sollten diese Studien parallel in ambulanten und stationären Einrichtungen mit vergleichbaren Behandlungsschwerpunkten und –angeboten durchgeführt werden, um eine mögliche Konfundierung zwischen dem Setting und spezifischen Eigenheiten der einbezogenen Einrichtungen oder sonstigen Störeinflüssen zu vermeiden.

Da die Frage nach der expliziten Indikation ambulanter psychosomatischer Rehabilitation in der vorliegenden Studie weitestgehend unbeantwortet bleiben musste, sollten in zukünftigen Studien weitere Merkmale berücksichtigt werden, die einen Einfluss auf die differentielle Wirksamkeit ambulanter vs. stationärer Rehabilitation haben könnten (z.B. Merkmale des sozialen Umfeldes).

Angesichts der ermittelten gegenläufigen Entwicklung der Behandlungseffekte nach Abschluss der Rehabilitation (Abnahme der stationären Effekte, Stabilität oder sogar Zunahme der ambulanten Effekte) wäre es nun von besonderem Interesse, auch den längerfristigen Ergebnisverlauf zu überprüfen. Sollte sich das identifizierte Muster fortsetzen, könnte sich die ambulante Rehabilitation langfristig eventuell sogar als effektiver als die stationäre Rehabilitation erweisen.

C. SCHLUSSTEIL

7 Zusammenfassung

Hintergrund: Psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen inzwischen die zweithäufigste Ursache für (stationäre) Rehabilitationsleistungen dar. Obwohl ambulante Rehabilitationsangebote potentiell eine gewichtigere Stellung in der Versorgung dieser Patientengruppe einnehmen könnten, entwickelt sich ihre Implementierung in die Versorgungslandschaft bislang nur zögerlich. Dies mag nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass bisher nahezu keine gesicherten Erkenntnisse zu ihrer Wirksamkeit und differentiellen Indikation vorliegen; Daten zu längerfristigen Rehabilitationseffekten fehlen bislang gänzlich.

Zielsetzung: Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten Studie die differentielle kurz- und längerfristige Wirksamkeit der ambulant/teilstationären Rehabilitation für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Vergleich zur stationären Rehabilitation untersucht werden. Das Forschungsvorhaben soll Fragen nach der Effektivität und Effizienz sowie der impliziten und expliziten Indikation der ambulanten Rehabilitation beantworten und damit einen wichtigen Beitrag zur empirischen Grundlage für zukünftige Entscheidungen bezüglich des Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen liefern.

Methodik: Untersucht wurde eine konsekutive Stichprobe von $N=218$ Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen, die im RehaCentrum Hamburg ambulant/teilstationär behandelt wurden. Als stationäre Vergleichsgruppe diente eine ebenfalls konsekutiv erhobene Stichprobe von $N=3.840$ Patienten aus 21 verschiedenen Fachkliniken. Als Hauptzielgröße wurde die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit definiert und über den Gesamtscore des HEALTH-49 operationalisiert. Als weitere Zielgrößen wurden die Veränderung verschiedener Gesundheitsaspekte, sozialmedizinisch relevante Veränderungen, die Erreichung von spezifischen Therapiezielen sowie die subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung und ihrem Ergebnis berücksichtigt. Um sowohl kurz- als auch mittelfristige Rehabilitationseffekte bestimmen zu können, erfolgte die Datenerhebung zu drei Erhebungszeitpunkten, nämlich zu Reha-Beginn (T1), bei Reha-Ende (T2) sowie zu einem Katamnesezeitpunkt 6 Monate nach Reha-Ende (T3). Die entsprechenden Erhebungsinstrumente (Fragebögen) wurden zu T1 und T2 jeweils von Patienten und Behandlern sowie zu T3 nur von den Patienten beantwortet.

Aus dem ambulanten Setting liegen vollständige Patientenangaben zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt für $N=131$ Patienten sowie zu allen drei Befragungszeitpunkten für $N=85$ Patienten vor. Entsprechende Daten aus dem stationären Setting liegen für $N=2.784$ (Aufnahme-Entlassung) bzw. $N=1.787$ (Katamnese) vor. Aus der stationären Katamnese-Stichprobe wurde mittels der Methode der Propensity Scores eine gematchte Zufallsstichprobe von $N=85$ Patienten gezogen, die der ambulanten Katamnese-Stichprobe hinsichtlich zentraler soziodemografischer,

sozialmedizinischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Ausgangsbelastung und Behandlungsmerkmale vergleichbar ist.

Ergebnisse: Die durchgeführten Analysen zeigen, dass es sich bei den ambulant behandelten Rehabilitanden um eine vergleichsweise schwer beeinträchtigte und entsprechend schwierig zu behandelnde Patientengruppe handelt. Obgleich in der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation kurzfristig ungewöhnlich niedrige Behandlungseffekte erzielt werden, lassen sich mittelfristig deutlich erwartungskonformere Behandlungsergebnisse nachweisen. Der direkte Vergleich der gematchten ambulanten und stationären Stichproben belegt mittelfristig identische Behandlungsergebnisse von mittlerer Effektstärke, Unterschiede bestehen lediglich bezüglich des kurzfristigen Outcomes. Während in der stationären psychosomatischen Rehabilitation kurzfristig große Effekte erreicht werden, die poststationär wieder stark abfallen, erzielt die ambulante Rehabilitation kurzfristig nur kleine Effekte, die sich nach Abschluss der Maßnahme jedoch weiter entfalten bzw. zumindest stabil bleiben. Obwohl in Extremgruppenvergleichen eine Vielzahl potentieller Determinanten des Reha-Erfolges identifiziert werden konnte, zeigte sich, dass alle ermittelten Erfolgs-Indikatoren gleichermaßen unspezifisch für das ambulante wie für das stationäre Setting gelten und somit keine differentielle Indikationsstellung erlauben.

Diskussion und Ausblick: Die ermittelten Behandlungsergebnisse sprechen für die Effektivität der ambulant/teilstationären psychosomatischen Rehabilitation. Gemessen am zentralen mittelfristigen Outcome kann die ambulante Rehabilitation zudem als effizient bezeichnet werden, da sie nicht nur mit gleichem zeitlichen Aufwand zu gleichen Behandlungsergebnissen führt, sondern aufgrund der nicht beanspruchten Hotelleistungen ein deutlich besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist als eine stationäre Rehabilitation.

In weiterführenden Studien wäre eine Replikation der vorliegenden Untersuchung in verschiedenen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen wünschenswert, um die hier berichteten Befunde zu überprüfen. Da die Frage nach der expliziten Indikation ambulanter psychosomatischer Rehabilitation in der vorliegenden Studie weitestgehend unbeantwortet bleiben musste, sollten in zukünftigen Studien zusätzliche Merkmale berücksichtigt werden, die einen Einfluss auf die differentielle Wirksamkeit ambulanter vs. stationärer Rehabilitation haben könnten (z.B. Merkmale des sozialen Umfeldes). Angesichts der ermittelten gegenläufigen Entwicklung der Behandlungseffekte nach Abschluss der Rehabilitation (Abnahme der stationären Effekte, Stabilität oder sogar Zunahme der ambulanten Effekte) wäre es zudem von besonderem Interesse, auch den längerfristigen Ergebnisverlauf zu überprüfen. Sollte sich das identifizierte Muster fortsetzen, könnte sich die ambulante Rehabilitation langfristig eventuell sogar als effektiver als die stationäre Rehabilitation erweisen.

8 Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Angesichts des voraussichtlich in den nächsten Jahren weiterhin zunehmenden Bedarfs an rehabilitativen Angeboten für psychisch/psychosomatisch Kranke könnten ambulant/teilstationäre Behandlungsangebote eine wichtige Ergänzung zur stationären psychosomatischen Rehabilitation darstellen. Sollten sich die in der vorliegenden Studie ermittelten Befunde zur Effektivität und Effizienz ambulanter psychosomatischer Rehabilitation in weiteren Studien replizieren lassen, könnte sich die ambulante Rehabilitation als grundsätzlich gleichwertige Alternative zur stationären Rehabilitation etablieren. Die Zuweisung könnte sich dann vornehmlich am Bedarf bzw. den Präferenzen der Patienten sowie an ökonomischen Erwägungen orientieren.

9 Weitere Analysen nach Studienende

Im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit sollen die vorliegenden Daten nochmals spezifisch unter besonderer Berücksichtigung des Traumaschwerpunkts des RehaCentrums Hamburg reanalysiert werden. Dabei sollen insbesondere ergänzend eingesetzte traumabezogene Instrumente bzw. Items (z.B. PDS) ausgewertet werden.

10 Literatur

- Andreas, S, Harfst, T, Dirmaier, J, Kawski, S, Koch, U, & Schulz, H (2007). A psychometric evaluation of the German version of the "Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D": On the feasibility and reliability of a clinician-rated measure of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology*, 40, 116-125
- Audin, K, Marginson, FR, Clark, JM, & Barkham, M (2001). Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. *British Journal of Psychiatry*, 178, 561-566
- Bacher, J (2002). Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. *ZA-Informationen*, 51, 38-66.
- BAR (2000). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation*. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- BAR (2004). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bischoff, C, Schmitz, B, & Limbacher, K (1998). Konzept eines teilstationären Angebotes zur Rehabilitation psychosomatischer Patienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 44, 45-51
- Bürger, W, & Koch, U (1999). Aktuelle Entwicklungstrends in der medizinischen Rehabilitation und ihre Bedeutung für den Bereich der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 302-311
- Cohen, J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dilling, H, Mombour, W, & Schmidt, MH (Eds.). (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (3. korr. ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dirmaier, J (2005). *Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen. Konstruktion und psychometrische Überprüfung eines Instruments zur therapeutenseitigen Messung von Therapiezielen*. Universität Hamburg, Hamburg.
- DRV (2010). *Rehabilitation 2009*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- DRV (2011). *Rentenversicherung in Zahlen 2011*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Eikermann, B, & Reker, TH (2004). *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik* (1. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Endicott, J, Spitzer, R, Fliess, L, & Cohen, J (1974). Assessment of social adjustment by patient self report. The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771
- Franke, GH (1995). *SCL-90-R Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.

- Geiselman, B, & Linden, M (2001). Vollstationäre, tagesklinische und kombiniert stationär-teilstationäre psychosomatische Rehabilitation im Vergleich. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 22(4), 432-450
- Hardy, M (1993). Regression with dummy variables. Newbury Park: Sage Publications.
- Hautzinger, M, & Bailer, M (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D*. Weinheim: Beltz.
- Henrich, G, & Herschbach, P (2000). Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZM). In U Ravens-Sieberer & A Cieza (Eds.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung* (pp. 98-110). Landsberg: ecomed.
- Kallert, TW, & Schützwohl, M (2004). Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität tagesklinischer akutpsychiatrischer Behandlung: Eine Ergebnisübersicht. In B Eikelmann & T Reker (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik* (pp. 65-72). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kallert, TW, Priebe, S, McCabe, R, Kiejna, A, Rymaszewska, J, Nawka, P, et al. (2007). Are Day Hospitals Effective for Acutely Ill Psychiatric Patients? A European Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 278-287
- Kallert, TW, Schönherr, R, Schnippa, S, Matthes, C, Glöckner, M, & Schützwohl, M (2005). Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiatrische Praxis*, 32, 132-141
- Koch, U, & Bürger, W (1996). Ambulante Rehabilitation. Ziele, Voraussetzungen und Angebotsstruktur. Expertise im Auftrag des Bundesverbandes deutscher Privatkanneanstalten e.V. *Schriftenreihe zum Gesundheits- und Sozialwesen IV*. Bonn.
- Lang, K, Koch, U, & Schulz, H (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien - Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 267-275
- Linden, M (2004). Das therapeutische Milieu in der teilstationären Rehabilitation. Erkenntnisse aus der Forschung, Umsetzung in die Praxis. In BfA (Ed.), *Ambulante Rehabilitation* (pp. 95-105). Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.
- Little, R & Rubin, D (2002). Statistical Analysis with Missing Data. New York: John Wiley.
- QS-Reha® (2007). *QS-Reha®-Verfahren. Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation. Psychische Indikationen. Methodenhandbuch. Version Februar 2007*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie.
- QS-Reha®. www.qs-reha.de
- Rabung, S, Harfst, T, Kawski, S, Koch, U, Wittchen, H-U, & Schulz, H (2009). 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

- Rabung, S, Harfst, T, Koch, U, Wittchen, HU, & Schulz, H (2007). "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)" - psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 17(3), 133-140
- Raspe, H, Weber, U, Voigt, S, Kosinski, A, & Petras, H (1997). Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen ("Rehabilitandenzufriedenheit"). *Zeitschrift für Rehabilitation*, 36, 31-42
- Rüddel, H, & Jürgensen, T (1998). Teilstationär psychosomatische Rehabilitation in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 44, 39-44
- Rüddel, H, Jürgensen, R, Terporten, G, & Mans, E (2002). Vergleich von Rehabilitationsergebnissen aus einer psychosomatischen Fachklinik mit integriertem vollstationären und teilstationären Rehabilitationskonzept. *Rehabilitation*, 41, 189-191
- Schepank, H (1995). *BSS Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Göttingen: Beltz.
- Schulz, H, & Koch, U (2002). Zur stationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in Norddeutschland. Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, T1-T26
- Schützwohl, M, Koch, R, & Kallert, TW (2007). Zur Effektivität akutpsychiatrischer Behandlung im einjährigen Follow-up-Zeitraum. *Psychiatrische Praxis*, 34, 34-37
- Seidler, KP, Garlipp, P, Machleidt, W, & Haltenhof, H (2006). Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. *European Psychiatry*, 21(2), 110-117
- Smith, HL (1997). Matching with Multiple Controls to Estimate Treatment Effects in Observational Studies. *Sociological Methodology*, 27, 325-353.
- Steffanowski, A, Löschmann, C, Schmidt, J, Wittmann, WW, & Nübling, R (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie* (Vol. Band 48). Bern: Hans Huber.
- Wing, JK, Beever, AS, Curtis, RH, Park, SBG, Hadden, S, & Burns, A (1998). Health of the nation outcome scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18
- Zielke, M (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.