

Evaluation in der medizinischen Rehabilitation
psychischer Störungen in Österreich
anhand des Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf

Rafael Rabenstein
Masterlehrgang „Psychotherapie“
ARGE Bildungsmanagement Wien
2010

Florianigasse 50/1/13

1080 Wien

Abstract

Die Anzahl der „Frühpensionen“ aufgrund psychiatrischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Darum ist die medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen ein wichtiger Beitrag für die Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration.

Eine der zu diesem Zweck geschaffenen Einrichtungen, der Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf wurde auf die Wirksamkeit des Rehabilitationsaufenthaltes untersucht.

Mit Effektstärken bis zu 0,70 (nach Cohen, 1969, S. 38; 1992, S. 157) bei affektiven Störungen zwischen Aufnahme und Entlassung und einem Durchschnitt von 0,53 über alle Diagnosen hinweg, ist die Wirksamkeit vergleichbar mit ähnlichen Einrichtungen in Österreich und entspricht auch den Ergebnissen der deutschen MESTA Studie von Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling 2006.

The number of people taking early retirement on grounds of psychiatric illness has significantly increased during the last years. Therefore, medical rehabilitation for people with mental health problems is an important step in order to improve integration on a social and employment level.

One of the institutions created for that purpose, the Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf, was subjected to a study concerning the effectiveness of a rehabilitation program.

With effect sizes up to 0.7 (after Cohen, 1969, p. 38; 1992, p. 157) for mood disorders in the time between admission and discharge, and an average 0.53 for all diagnoses, effectiveness is comparable to similar institutions in Austria and also corresponds to the results of the German MESTA study by Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann and Nübling, 2006.

Inhaltsverzeichnis

I) EINLEITUNG.....	3
II) MEDIZINISCHE REHABILITATION BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN.....	4
1) Geschichte der psychiatrischen Rehabilitation in Österreich.....	4
2) Allgemeines.....	5
2.1. Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Frühpensionen.....	5
2.3. Definition medizinische Rehabilitation.....	5
2.4. Phasenmodell der Rehabilitation der WHO.....	7
2.5. Ziele der medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen.....	9
2.6. Pensionsverfahren.....	10
2.7. Indikation – Zielgruppe.....	11
2.8. Leistungen.....	12
2.9. Zuweisungsmodus.....	13
3) Versorgungslage in Österreich.....	14
3.1. Betten für stationäre Rehabilitation in Österreich - ÖBIG Plan.....	14
3.2. Einrichtungen.....	15
4) Evaluation der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen Studien in Österreich.....	17
4.1. Überblick.....	17
4.2. Evaluation medizinischer Rehabilitation für psychisch Erkrankte. Eine prospektive Katamnese Studie über 12 Monate.....	18
4.3. Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich – eine katamnestische Studie.....	22
4.4. Prädiktoren und Outcomekriterien für den Erfolg stationärer psychiatrischer Rehabilitation.....	24
4.5. Evaluationsergebnisse: Reha-Klinik für seelische Gesundheit, Klagenfurt 2006-2007.....	29
4.6. Evaluationsergebnisse: Sonnenpark Bad Hall 2007-2009.....	34
4.7. Mesta-Studie: Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation.....	44
4.8. Studienergebnisse: störungsspezifische Psychotherapie bei Schizophrenie.....	47

III) EMPIRISCHER TEIL: EVALUATION SONNENPARK NEUSIEDLERSEE PODERSDORF 2009.....	48
1. Hypothesen.....	48
1.1. Haupthypothese:	48
1.2. Nebenhypothese:	48
2. Studiendesign:.....	49
2.1. Datenerhebung	49
2.2. Testverfahren	50
2.3. Statistische Verfahren	52
2.4. Therapeutisches Angebot für die psychiatrische Rehabilitation Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf.....	53
2.5. Stichprobenbeschreibung:	58
3. Auswertung und Testergebnisse	65
3.1. Brief Symptom Inventory – BSI	65
3.2. Global Assessment of Functioning – GAF	68
3.3. World Health Organization Quality of Life Bref – WHOQOL Bref.....	70
4. Interpretation der Datenlage.....	74
IV) ZUSAMMENFASSUNG.....	77
V) LITERATURVERZEICHNIS	80
VI) TABELLENVERZEICHNIS	86
VII) ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	89

I) Einleitung

Immer wieder sind in letzter Zeit Meldungen zum Thema psychische Erkrankungen und Arbeitsplatz durch die Medien gegangen. Steigende Zahlen bei Pensionsanträgen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen und steigende Medikamentenkosten bei Psychopharmaka wurden wiederholt konstatiert. Auch der Begriff „Burn Out“ ist in aller Munde.

Im Jahre 2002 wurden in Österreich in Zusammenarbeit mit der Pensionsversicherungsanstalt die ersten beiden Einrichtungen für die medizinische Rehabilitation für psychische, bzw. psychiatrische Störungen eröffnet. Pro Mente Oberösterreich und Pro Mente Kärnten waren die ersten beiden Anbieter. Seit 2002 sind einige Einrichtungen hinzugekommen. Ziel ist es, Menschen die durch psychiatrische Erkrankungen im Arbeitsleben beeinträchtigt sind vor einer vorzeitigen Pensionierung zu bewahren, und sie wieder in das Berufsleben zu integrieren. Diese Rehabilitationsmaßnahme umfasst mehrere Therapiebausteine, insbesondere Psychotherapie, Ergotherapie und Physiotherapie. Neben der Reduktion der Symptome steht auch die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben im Vordergrund. Um die Wirksamkeit dieser Rehabilitationsmaßnahme zu gewährleisten, wurden von Anfang an, Evaluationsprojekte durchgeführt und eine laufende Evaluation der Einrichtungen durch die Pensionsversicherungsanstalt vorgeschrieben.

Im August 2008 wurde der Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf als vierte Einrichtung dieser Art eröffnet. Diese war als Vorlaufprojekt für ein 100- Betten-Haus in Rust geplant, das mit dem Jahreswechsel 2010/2011 eröffnet werden soll. Der Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf wurde in einem ehemaligen Sporthotel untergebracht und umfasste 28 Rehabilitationsplätze. In diesem Rehabilitationszentrum arbeitete ich bis März 2010 als Pflegedienstleiter und Psychotherapeut. Ich war ab Mitte 2008 schon in der Projektphase dieser Einrichtung tätig und auch am therapeutischen Konzept beteiligt.

Als unmittelbar Involvierter bin ich an der Wirksamkeit und am Nutzen der Rehabilitationsmaßnahmen interessiert.

In dieser Arbeit sollen des Weiteren die Evaluationsergebnisse aus dem Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf 2009 vorgestellt werden. Die Daten für diese Arbeit wurden von der Pro Mente Reha GmbH. zur Verfügung gestellt und vom Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität Linz adaptiert und vorbereitet.

Im weiteren Text wird für die Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet, wobei diese geschlechtsneutral zu verstehen ist.

II) Medizinische Rehabilitation bei psychischen Störungen

1) Geschichte der psychiatrischen Rehabilitation in Österreich

2002 wurden in Österreich die ersten beiden stationären Einrichtungen für psychiatrische Rehabilitation eröffnet. Der Sonnenpark Bad Hall von pro mente Oberösterreich, jetzt Pro Mente Reha GmbH. wurde als erstes Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit der Pensionsversicherungsanstalt geführt. Das Zentrum für seelische Gesundheit in Klagenfurt von pro mente Kärnten ist die zweite Einrichtung dieser Art. Seit dem sind weitere Einrichtungen entstanden. In Wien entsteht derzeit die erste ambulante psychiatrische Rehabilitation, ebenfalls in Kooperation mit der Pensionsversicherungsanstalt. Anbieter ist das Berufsbildungs- und Rehabilitationszentrum Med, kurz BBRZ.Med. Maßgeblich an der Entstehung der medizinischen psychiatrischen Rehabilitation war Dr. Michael Haberfellner beteiligt, der 2009 verstarb.

2) Allgemeines

2.1. Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Frühpensionen

Die Anzahl an Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Störungen nimmt stetig zu.

Laut Angaben der Pensionsversicherungsanstalt lag der Anteil psychischer Störungen 2008 als Ursache der vorzeitigen Pension bei Arbeitern bei 29,6%. Diese Zahl wird nur von Krankheiten des Bewegungsapparates (30,8%) übertroffen, Bei Angestellten stellen psychische Erkrankungen sogar die Hauptursache für eine vorzeitige Pensionierung mit einem Prozentsatz von 42,4% dar. Das bedeutet, 36% der Neuzugänge insgesamt erfolgten wegen psychischen Erkrankungen, 2004 waren es noch 25,5%.

Laut dem Statistikjahrbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger 2009 waren im Jahr 2008 insgesamt 81.943 Personen aufgrund psychischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen in Pension. Dies entspricht einem Prozentsatz von 22,4% (N=366.332), also beinahe einem Viertel.

Von 16.501.373 Krankenhausaufenthaltstagen entfielen 1.866.827 auf psychiatrische Diagnosen, das entspricht 11,3%.

(vgl. Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 2009, S. 100ff)

2.3. Definition medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation befasst sich, im Gegensatz zur Akutmedizin bzw. Kurativmedizin, mit der Teilhabe der Patienten am sozialen und beruflichen Leben. Ausgangslage ist das bio-psycho-soziale Modell. Ziel ist es die aktive Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

(vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S 6.ff)

Die International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz ICF Modell (vgl. www.dimidi.de, 2010) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) befasst sich über die Diagnose nach der International Classification of Diseases (ICD, vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2008), bzw. Beeinträchtigung der Körperfunktionen hinaus mit den Aktivitäten und der Teilhabe des einzelnen Menschen.

Den Patienten soll ein Leben möglichst ohne fremde Hilfe ermöglicht werden, das heißt Pflegebedürftigkeit und Pensionierung sollen vermieden werden.

Neben medizinischen Maßnahmen stehen auch soziale und berufliche im Mittelpunkt. Eine Abgrenzung zu anderen Bereichen, wie der Akutversorgung somatischer und psychischer Probleme ist nicht immer möglich.

Ob eine medizinische Rehabilitation angezeigt ist, ist an mehrere Faktoren gebunden wie

1. die Rehabilitationsbedürftigkeit,
2. Rehabilitationsfähigkeit und
3. ob eine günstige Rehabilitationsprognose besteht.

Rehabilitationsbedürftigkeit wird vom behandelten Arzt eingeschätzt und an den Kostenträger mittels Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt übermittelt.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bzw. bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus ein multimodales Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlechterung hintanzuhalten.

(WHO, zit. n. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S. 12)

Rehabilitationsfähigkeit bedeutet, ob es jemandem möglich ist eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Neben der Indikation der ICD 10 Diagnose (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2008), muss auch die sprachliche, körperliche und geistige Möglichkeit für eine Reha Maßnahme gegeben sein.

Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung der Rehabilitandin / des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme (Motivation und Belastbarkeit).

(WHO, zit. n. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S. 12)

Unter **Rehabilitationsprognose** versteht man, dass eine realistische Erreichbarkeit des Rehabilitationszieles möglich ist. Für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme ist eine ausreichende Motivation Voraussetzung.

Die WHO (zit. n. Sinhuber et al., 2009) definiert wie folgt:

Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials, der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen einschließlich psychosozialer Faktoren (Rehabilitationspotenzial). Sie gibt Auskunft über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels in einem bestimmten Zeitraum.

(WHO, zit. n. Sinhuber et al., 2009, S.12)

2.4. Phasenmodell der Rehabilitation der WHO

Das Phasenmodell der WHO wurde aus dem Herz-Kreislaufbereich für alle Indikationsbereiche außer der neurologischen Rehabilitation übernommen.

Es gibt 4 Phasen, die den Prozess charakterisieren: von der Frühmobilisation im Akutspital bis zur ambulanten Versorgung von Patienten, wie zum Beispiel Physiotherapie im niedergelassenen Bereich. Im Folgenden werden die einzelnen Phasen beschrieben:

Phase I – Akutrehabilitation: Diese beschreibt die sogenannte Frühmobilisation nach Operationen oder längerer Bettlägerigkeit. Diese Leistung umfasst neben der medizinischen Behandlung Physiotherapie, Logotherapie und/oder Ergotherapie. Durch möglichst frühe Interventionen soll verhindert werden, dass es zu funktionalen Beeinträchtigungen kommt, die eine spätere langfristige Rehabilitation erfordern würden.

Ebenfalls ist es durch frühe Interventionen möglich, spätere Beeinträchtigungen abzuschwächen. Diese Maßnahmen finden im Akutkrankenhaus statt, und sind somit Teil der Krankenbehandlung, d.h. fallen in den Leistungsbereich der Anstaltspflege. Somit entsprechen sie nicht der Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn. (vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.8ff)

Phase II – Anschlussheilverfahren, Rehabilitation: Diese erfolgt im Anschluss an das Akutkrankenhaus entweder im Sinn eines Anschlussheilverfahrens oder als Rehabilitation nach Unfällen, bzw. als Rehabilitationsverfahren nach einer akuten Krankenbehandlung im extramuralen Bereich. Diese Phase findet vorwiegend stationär in Sonderkrankenanstalten statt, welche vorwiegend der Rehabilitation dienen, statt. Eine ambulante Rehabilitation kann bei ausreichender Stabilität des Patienten eine Alternative dazu darstellen.

Die psychiatrische Rehabilitation der Phase II wurde bislang ausschließlich stationär durchgeführt, eine ambulante Einrichtung wurde im September 2010 in Wien eröffnet. Ein Anschlussheilverfahren sollte entweder unmittelbar, aber spätestens 12 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus erfolgen, sofern ausreichende Stabilität erlangt wurde. Rehabilitationsmedizinische Maßnahmen sollten im Ausmaß zwei bis drei Stunden täglich erfolgen.

(vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.8ff)

Phase III- Rehabilitationsnachsorge: Diese erfolgt in Form der ambulanten Rehabilitation und dient der Stabilisierung der in Phase II erzielten Effekte und einer langfristig positiven Veränderung des Lebensstils. Dadurch soll eine Vermeidung neuer Erkrankungen bzw. der Verschlechterung der Bestehenden erfolgen.

(vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.8ff)

Die ambulante Rehabilitation sollte, zum einen wohnortnah erfolgen und zum anderen unmittelbar im Anschluss an Phase II durchgeführt werden.

(vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.8ff)

Phase IV – Langzeitrehabilitation: Diese Phase stellt die langfristige ambulante Nachsorge dar. Diese findet wohnortnah statt und kann ohne ärztliche Aufsicht erfolgen. Ziele sind die weitere Verbesserung der Teilhabe am Sozialleben und eine Festigung der Effekte aus Phase I-III. Obwohl diese Phase **Langzeitrehabilitation** genannt wird, handelt es sich dabei nicht um eine Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn. Die Maßnahmen werden grundsätzlich so angeboten, dass sie in der Eigenmotivation und -verantwortlichkeit der Patienten bleiben.

(vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.8ff)

2.5. Ziele der medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen

Das Ziel der stationären Rehabilitation in Phase II ist nach Sinnhuber et al. (2009) eine bestmögliche Reintegration in das berufliche und soziale Umfeld der Betroffenen. Im Sinne des ICF Modells (siehe www.dimidi.de, 2010) sollen die Teilhabe und Aktivität verbessert werden und vorhandene Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus beseitigt, verbessert oder hintangehalten werden.

Diese Ziele können durch die Verbesserung des Kommunikationsverhaltens, des gesundheitsbezogenen Verhaltens, der Beziehungsfähigkeit, durch Krankheitsbewältigung, Aufbau und Verbesserung sozialer Kompetenzen, den Erwerb von Problemlösefähigkeiten, besseren Umgang mit Belastungssituationen und die Steigerung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung erreicht werden.

Ebenfalls sollten präventive Maßnahmen und die Weiterführung bzw. Erstellung langfristiger Therapie- und Rehabilitationskonzepte erfolgen.

Eine Pflegebedürftigkeit soll vermieden werden.

Darüber hinaus sieht die Pensionsversicherung in ihrem Leistungsprofil für stationäre medizinische Rehabilitation bei psychischen Störungen folgende Zielsetzungen vor.

(vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.8ff)

Die individuellen Rehabilitationsziele sollen zwischen Rehabilitationsteam und Rehabilitanden gemeinsam erstellt werden, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Angehörigen.

Wichtig dabei ist, dass diese Ziele die volle Zustimmung des Rehabilitanden haben, diese sollen erreichbar sein und eine zeitliche Dimensionierung in kurz-, mittel- und langfristige Ziele, aufweisen. Sie sollen im Konsens erarbeitet werden und transparent für alle Beteiligten sein. Der Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen liegt in der Psychotherapie. Nahezu die Hälfte der Therapieeinheiten entfallen darauf. Da Psychotherapie als Prozess stattfindet, sollen und können die Zielsetzungen dynamisch angepasst werden. (vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth 2009, S. 6 ff)

2.6. Pensionsverfahren

Die Begriffe Erwerbsunfähigkeits-, Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension sind Synonyme für die im Volksmund bezeichnete „Frühpension“ [Anm.: In Zukunft soll der Begriff „Frühpension“ synonym für die Begriffe Erwerbsunfähigkeits-, Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension verwendet werden], bzw. eine vorzeitige Pensionierung aufgrund einer Erkrankung.

Unabhängig vom Alter ist es grundsätzlich möglich, Invaliditätspensionen (Arbeiter) bzw. Berufsunfähigkeits- (Angestellte) bzw. Erwerbsunfähigkeitspensionen (Selbstständige) zu beantragen und bewilligt zu bekommen. Ebenso ist eine Pensionierung möglich, wenn die dazu notwendigen Versicherungsjahre vorhanden sind. In jedem Fall muss eine körperliche oder seelische Erkrankung und Beeinträchtigung vorliegen.

Derzeit werden vorwiegend befristete Pensionen bewilligt. Nach einem bzw. zwei Jahren werden die Bedingungen für eine Pensionierung evaluiert und gegebenenfalls verlängert.

Mit dem Antrag auf „Frühpension“ bei der Pensionsversicherungsanstalt wird automatisch ein Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt in die Wege geleitet.

Das heißt, die Patientinnen werden einer Einrichtung für psychiatrische Rehabilitation von Seiten der PVA zugewiesen.

Darüber hinaus können im Falle psychischer Erkrankungen weitere Therapien, wie zum Beispiel Psychotherapie, psychiatrische Behandlungen, etc. von der PVA vorgeschlagen werden.

2.7. Indikation – Zielgruppe

Voraussetzungen für die Rehabilitation sind nach Antragstellung eine Rehabilitationsbedürftigkeit, die festgestellte Rehabilitationsfähigkeit, welche auch die Motivation für die Durchführung einer Psychotherapie beinhaltet, sowie eine positive Rehabilitationsprognose, also eine mögliche Wiedereingliederung und Teilhabe am sozialen Leben.

Indikationen

Hauptindikationen nach ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) sind F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Suchterkrankungen F1 und Hirnorganische Störungen F0 sind nicht primäre Indikationen für eine psychiatrische Einrichtung da es für Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen gibt. Hirnorganische Störungen werden zum Teil in neurologischen Rehabilitationseinrichtungen behandelt.
(vgl. Müller, Kollmann & Fock-Putschi, 2006, S 5 ff)

Absolute Kontraindikationen

Eine Kontraindikation kann entweder auf Dauer, oder vorübergehend festgestellt werden, wenn zum Beispiel aufgrund einer akuten somatischen oder psychischen Krise eine Akutbehandlung in einem Krankenhaus vonnöten ist.
Auch bei akuter Selbst- bzw. Fremdgefährdung ist eine Rehabilitation kontraindiziert.
(vgl. Müller, Kollmann & Fock-Putschi, 2006, S 5 ff)

Andere Gründe, die gegen einen Reha Aufenthalt sprechen sind fehlende Therapiemotivation, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, wenn spezialisierte Institutionen erforderlich oder vorhanden sind (F1 nach ICD 10, Dilling et al., 2008), akute oder dekompenzierte Krankheitszustände (z. B. Herzinsuffizienz, floride Infektionskrankheiten, unbehandelte hormonelle Entgleisungen), laufende Chemo- bzw. Strahlentherapie, andere belastende und zeitintensive Therapieformen sowie Organische Störungen (F0 nach ICD 10, Dilling et al., 2008).

Personen, die einer intensiven Pflege bedürfen, und/oder nicht mobil sind können ebenfalls keinen Rehabilitationsaufenthalt in Anspruch nehmen.

Weitere Kontraindikationen stellen fehlende geistige oder sprachliche Fähigkeiten dar. (vgl. Müller, Kollmann & Fock-Putschi, 2006, S 5 ff)

2.8. Leistungen

Die Leistungen der psychiatrischen Rehabilitation sind im Sozialversicherungsgesetz geregelt, wobei es zwischen Krankenkassen, Unfallversicherung und Pensionsversicherung einige Überschneidungen in den Kompetenzen gibt.

Die Unfallversicherung übernimmt eine Unfallheilbehandlung bei Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten. Die Pensionsversicherungsanstalt führt Maßnahmen der Rehabilitation durch wenn ansonsten eine Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit folgen würde. Die Krankenkassen führen Rehabilitationsmaßnahmen in Ergänzung zur Unfallversicherung und Pensionsversicherung durch im Anschluss an die Krankenbehandlung. (vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.13 ff)

Die Pensionsversicherungsanstalt gibt für ihre Einrichtungen einen Leistungskatalog vor, in welchem alle Mindestanfordernisse aus ihrer Sicht angeführt sind.

Die Anbieter in der psychiatrischen Rehabilitation sind Vertragspartner der Pensionsversicherungen und rechnen über Tagsätze mit den Sozialversicherungsträgern ab. Über die gesetzlichen Rahmenbedingungen geben Sinhuber et al., 2009, S.13 ff einen Überblick.

2.9. Zuweisungsmodus

Die Zuweisung kann auf mehreren Wegen erfolgen:

Ärzte der Pensionsversicherungsträger weisen Patienten im Sinne von „Rehabilitation vor Rente“ zu. Dies geschieht automatisch mit einem Antrag auf Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitspension. Ebenso werden Patienten mit einer befristeten Pension zu Rehabilitationsaufenthalten zugewiesen. Die geschieht einerseits um versuchshalber eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erzielen, und andererseits um diagnostische Zusatzinformationen für eine Begutachtung durch den Amtsarzt der Pensionsversicherung zu sammeln. Darüber hinaus wird die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und Teilhabe am sozialen Leben mittels SOFAS bzw. GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) an die Pensionsversicherung durch die Reha Einrichtungen übermittelt

Niedergelassene Ärzte (sowohl Fachärzte für Psychiatrie als auch Allgemeinmediziner) können einen Rehabilitationsantrag stellen. [Anm.: „Antrag auf Rehabilitations- bzw. Erholungsaufenthalt“]. Dieser wird im Sinne einer Kur zweimal in 5 Jahren ermöglicht. Wobei jeweils erst nach 2 Jahren erneut um einen Kur-, Erholungs- oder Rehabilitationsaufenthalt angesucht werden kann.

„**Früherfassungsfälle**“ sind Patienten, die den Chefärzten der Krankenkassen durch lange oder gehäufte Krankenstände auffallen. In diesen Fällen können die Chefärzte ein Rehabilitationsverfahren anregen.

Ein „**Anschlussheilverfahren**“ kann nach einer akuten psychischen Erkrankung sinnvoll sein. Patienten, die nach einer stationären psychiatrischen Behandlung noch nicht ausreichend stabil sind, um ihre Arbeit wieder aufzunehmen, können von den **behandelnden Ärzten des psychiatrischen Krankenhauses** zugewiesen werden.

Niedergelassene Ärzte, Krankenanstalten oder psychiatrische Nachsorgeeinrichtungen weisen Patienten zu. In all diesen Fällen muss beim zuständigen Versicherungsträger (meist Pensionsversicherungsanstalt) vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme ein Antrag gestellt werden.

3) Versorgungslage in Österreich

3.1. Betten für stationäre Rehabilitation in Österreich - ÖBIG Plan

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheit hat im Auftrag des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger einen Bedarfsplan für die medizinische Rehabilitation in Österreich erhoben. In diesem, als „ÖBIG Plan“ bezeichneten, Werk werden für jede Indikationsgruppe Bedarf und die Versorgungslage angeführt.

Zentraler Kern des Rehabilitationsplans 2009 ist die Abschätzung des bundesweiten, regional gegliederten Versorgungsbedarfes in den jeweiligen Indikationsgruppen für die Planungshorizonte 2010, 2015 und 2020. Er nimmt Bezug auf die Notwendigkeiten der stationären Rehabilitation sowie auf die Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation und erstellt einen nach Versorgungszonen und Indikationsgruppen gegliederten „Rehabilitationsplan 2009“. (Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.1)

In Tabelle 1 ist der errechnete Bedarf für die psychiatrische Rehabilitation angeführt.

Tab. 1 ÖBIG-Plan (Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.112)

Plätze für stationäre psychiatrische Rehabilitation in Österreich				
Jahr	2007	2010	2015	2020
Ist Zustand	302			
Soll Zustand		394	555	669
Differenz		-155	-253	-367

Nach Angaben der Betreiber gibt es mit Juli 2010 120 Plätze im Sonnenpark Bad Hall Oberösterreich, 26 Betten im Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf Burgenland, 26 im Sonnenpark Igls/Lans Tirol, 15 Betten in der Landeslinik St. Veit in Salzburg, 81 Betten in der Rehaklinik für seelische Gesundheit Klagenfurt Kärnten, 120 Betten in der Privatklinik St. Radegund und ca. 60 Betten im Lebensresort Ottenschlag Niederösterreich.

Für das Jahr 2010 ergibt sich somit eine Gesamtbettenanzahl von ca. 450 Betten, das bedeutet ein Plus von ca. 54 Betten im Vergleich zum ÖBIG Plan.

(vgl. Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth, 2009, S.112)

3.2. Einrichtungen

3.2.1. Pro Mente Reha GesmbH.

Eigentümer von Pro Mente Reha sind Pro Mente Oberösterreich, Tirol, Wien und Salzburg. Derzeit gibt es 4 Einrichtungen in Bad Hall (OÖ), Podersdorf/Rust (B), Lans/Igls (T) und St. Veit (S).

In Summe stellt somit pro mente reha ca. 200 Betten zur Verfügung. Durch den Ausbau beider Standorte in Podersdorf und Igels soll die Kapazität auf ca. 340 Betten ausgebaut werden.

Pro Mente Oberösterreich stellt seit 2002 mit dem Sonnenpark Bad Hall eine der ersten beiden Einrichtungen für psychiatrische Rehabilitation in Österreich, neben Pro Mente Kärnten dar.

Erst 2008 wurde Pro Mente Reha als Dachgesellschaft für einige regionale Pro Mente Vereine gegründet, worauf 2009 der Sonnenpark Bad Hall von Pro Mente Oberösterreich übernommen wurde.

Die therapeutischen Konzepte sind sehr ähnlich und einander angeglichen. Es gibt halboffene bis offene Psychotherapiegruppen mit inhomogener Diagnoseverteilung. Therapieschulen sind nahezu alle vertreten. Ein übergeordnetes Psychotherapiekonzept ist nicht vorhanden, da jeder Therapeut sein eigenes therapeutisches Konzept umsetzt.

Einzigste Ausnahme war eine manualisierte verhaltenstherapeutische Psychose Gruppe in Podersdorf/See 2009, welche im weiteren Text (S. 52) näher beschrieben wird, ebenfalls das Konzept der Sonnenparks.

3.2.2. Pro Mente Kärnten

Diese ist Eigentümer der Rehaklinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt seit 2002. Es gibt 120 Betten in zwei verbundenen Gebäudekörpern.

Ein wesentlicher therapeutischer Schwerpunkt in Kärnten ist die Posttraumatische Belastungsstörung. Das Konzept ist verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Im Unterschied zu Pro Mente Reha und anderen Anbietern gibt es eine aktive Pflegeperson im Nachtdienst, im Gegensatz zu einem Bereitschaftsdienst. Dadurch ist diese Einrichtung auch für schwerer kranke Patienten geeignet.

Es gibt mehrere Publikationen zu den aktuellen Evaluationsdaten sowie andere Forschungsergebnisse der Einrichtung, welche im Internet veröffentlicht werden (siehe unten).

3.2.3. Sanlas Gruppe

Die Sanlas ist ein privater Rehaklinik Anbieter, der ein Haus mit 120 Betten in St. Radegund betreibt und ist der einzige Anbieter welcher nicht aus dem psychiatrischen oder psychosozialen Bereich kommt.

Das therapeutische Konzept ist ähnlich den Einrichtungen von Pro Mente Reha

3.2.4. Lebens.Resort Ottenschlag

Seit Ende 2009 bietet das Lebensresort Ottenschlag ca. 60 Betten für die medizinische Rehabilitation von psychischen Störungen an.

Diese Einrichtung bietet auch ein Burn Out Programm für Menschen an, welche keine medizinische Rehabilitation beantragt haben.

3.2.5. BBRZ Med GesmbH.

Im 3. Quartal 2010 eröffnet in Wien die erste Einrichtung für ambulante psychiatrische Rehabilitation. In dieser Einrichtung werden Phase II und Phase III Rehabilitationen

durchgeführt. Das Programm der Phase II ist dem der stationären Einrichtungen gleich, d.h. die inhaltlichen Therapiebausteine sind identisch. Phase III bildet eine Rehabilitationsnachsorge, wobei angedacht ist, ein Stundenkontingent von 100 Einheiten im Laufe eines Jahres zur Verfügung zu stellen.

4) Evaluation der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen Studien in Österreich

4.1. Überblick

Über die Wirksamkeit der medizinischen psychiatrischen Rehabilitation wurden in Österreich zwei große Evaluationsstudien durchgeführt. Diese betreffen Pro Mente Kärnten und Pro Mente Oberösterreich. Sie dienten der Evaluation der damals noch als Pilotprojekte geführten Einrichtungen in Bad Hall und Klagenfurt.

Die Pensionsversicherungsanstalt schreibt darüber hinaus vor, jede Rehabilitationseinrichtung laufend zu evaluieren. Dazu werden soziodemographische und psychometrische Daten erhoben.

Neben dem Datensatz aus Podersdorf wurden dem Autor die Ergebnisse aus den laufenden Evaluationen in Bad Hall von Pro Mente Reha zur Verfügung gestellt, die zum Teil unveröffentlicht sind. Es wird darin ein Gesamtüberblick aus den Jahren 2007–2009 gegeben.

Zum Vergleich: Eine große metaanalytische Untersuchung gab es zuletzt in Deutschland die 2006 veröffentlicht wurde. In dieser groß angelegten und von der Deutschen Rentenversicherung finanzierten Studie wurden zahlreiche Einzelstunden eingeschlossen.

Von besonderer Relevanz sind dabei vor allem der berufliche Status, die Dauer etwaiger Krankenstände und Krankenhausaufenthalte, neben den Effekten, die auf psychischer Ebene zu beschreiben sind

Leider war es keinem der Studienautoren möglich, „harte“ und objektive Daten von den Sozialversicherungsträgern zu erhalten, lediglich die Daten zur Pensionierung konnten unter bestimmten Voraussetzungen erhoben werden.

Alle Angaben beruhen auf Selbstbeurteilungsinstrumenten, die wenig differenzierte Aussagen über Ursache von Krankenständen und Krankenhausaufenthalten liefern, da Patienten oft nicht wissen, welche Diagnosen bei Krankenständen vergeben werden, bzw. diese auch nicht immer umfassend dokumentiert werden.

Weiters gibt es die Evaluationsergebnisse aus Klagenfurt aus den Jahren 2006 und 2007, die auf der Website der Rehaklinik für seelische Gesundheit veröffentlicht wurden. Auch die Gruppe um E.M. Haberfellner hat für 2003 umfassende Ergebnisse publiziert, die hier angeführt werden.

4.2. Evaluation medizinischer Rehabilitation für psychisch Erkrankte. Eine prospektive Katamnese Studie über 12 Monate

2002 öffnete der Sonnenpark Bad Hall in Oberösterreich, der 2 Jahre als Pilotprojekt geführt wurde. Hauptzuweiser war und ist die Pensionsversicherung, welche eine Evaluation vorschreibt. Mit dieser Evaluation wurde das Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität Linz beauftragt, Pro Mente Oberösterreich.

2006 wurden die Ergebnisse jener ersten Evaluation von Alfred Grausgruber, Egon Michael Haberfellner und Rosemarie Grausgruber-Berner veröffentlicht.

Studiendesign: Die Studie wurde als Vollerhebung durchgeführt und alle Teilnehmer 2002 als Studienpopulation herangezogen. Ausschlusskriterien waren die Verweigerung der Teilnahme und mangelnde kognitive und sprachliche Fertigkeiten. Vorzeitige Abbrüche wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Die ersten Erhebungen zu Aufnahme und Entlassung erfolgten bereits in der Klinik, die weiteren mittels Briefbefragung.

Drei primäre Erfolgskriterien wurden herangezogen die berufliche Integration, die gesundheitliche Stabilisierung und die Lebensqualität.

Ebenfalls wurde die Behandlungszufriedenheit erhoben und als sekundäres Erfolgskriterium mit einbezogen.

(vgl. Haberfellner, Grausgruber & Grausgruber-Berner, 2006, S.193ff)

Die berufliche Integration wurde in Form von Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben, in welchen auch Krankenstandstage und Krankenhausaufenthalte erfasst wurden. Zudem stellte die Pensionsversicherungsanstalt Daten über den Status eines möglichen Pensionsverfahrens oder einer erfolgten Pensionierung bereit.

(vgl. Haberfellner, Grausgruber & Grausgruber-Berner, 2006, S.193ff)

Die Lebenszufriedenheit wurde mit WHOQOL BREF (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) als Selbstbeurteilungsinstrument erhoben, die gesundheitliche Stabilisierung mit dem Brief Symptom Inventory, dem BSI (Franke, 2000), als Kurzform des SCL –R 90 (Franke, 2002).

Das Global Assessment of Functioning - GAF des DSM IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) wurde für die Messung des allgemeinen Funktionsniveaus verwendet, das von den behandelten Therapeuten als Fremdbeurteilungsinstrument ausgefüllt wurde.

Die Behandlungszufriedenheit wurde mit dem ZUF 8 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Schmidt & Wittmann, 2002) gemessen.

Zusätzlich wurde die Therapiemotivation mit Hilfe des FMP – Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (Schneider, Basler & Beisenherz, 1989) erhoben.

(vgl. Haberfellner, Grausgruber & Grausgruber-Berner, 2006, S. 194)

Es handelte sich um ein quasi-experimentelles Design ohne Kontrollgruppe, da es aus ethischen Gründen nicht möglich war Patienten einen Reha Aufenthalt vorzuenthalten.

Es gab vier Erhebungszeiträume, Aufnahme t1, Entlassung t2 und zwei Katamnese Zeitpunkte mit 6 Monaten t3 und 12 Monaten t4.

Analyseverfahren war das SPSS 11.5 und das ALMO ein Statistik Programm der Universität Linz.

Es wurde die Intra Gruppen-Effektstärke der gesamten Untersuchungsgruppe berechnet. Der Prä Post Wert wurde mittels gepoolter Standardabweichung der Referenzgruppe dividiert.

Werte um 0,8 oder größer gelten als starker Effekt, Werte um 0,5 als mittlerer Effekt und Werte unter 0,2 als geringer Effekt (Cohen, 1969, S. 38; 1992, S. 157)

(vgl. Haberfellner, Grausgruber & Grausgruber-Berner, 2006, S.194ff)

Studienpopulation: 2002 unterzogen sich 341 Personen einer Rehabilitation. Bei der Befragung nach 6 bzw. 12 Monaten wurden 296 Fragebögen ausgesandt. Die Differenz resultierte aufgrund der Verweigerung der Teilnahme bzw. Sprachschwierigkeiten. Drei Personen verstarben innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung.

Bei der 6 Monats- Katamnese gab es 228, bei der 12-Monats-Katamnese 187 beantwortete Fragebögen. Es wurden 147 vollständige Datensätze von allen 4 Erhebungszeitpunkten mit einbezogen was einen Rücklauf an vollständigen Daten von 49,7% ergab.

Es zeigte sich, das, das Beantwortungsverhalten von wenigen Variablen abhängig war. Das Alter war signifikant aber unwesentlich höher, als dies der unvollständigen Datensätze. Allerdings gab es die größten Differenzen bei der Erwerbstätigkeit. Menschen im Berufsleben zeigten eine höhere Bereitschaft zur Beantwortung als Menschen mit laufendem Pensionsverfahren oder befristeter Pensionierung. (vgl. Haberfellner, Grausgruber & Grausgruber-Berner, 2006, S.196ff)

Soziodemographische Daten: Es liegen Daten von 341 Probanden vor. Das durchschnittliche Alter beträgt 39,7 Jahre. Die Zuweisung erfolgte in 15,8% der Fälle durch den Hausarzt, 34,9% kamen über einen Facharzt, 33,1% wurden von einem Krankenhaus, 13,5% von der Pensionsversicherungsanstalt und 9% über die Gebietskrankenkasse zugewiesen. Ein Pensionsantrag wurde von 24,9% der Personen gestellt.

(vgl. Haberfellner et al., 2006, S. 196ff)

Die ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt 2008) Entlassungsdiagnosen waren bei 17,9% Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, 54,9% Affektive Störungen, 22,7% neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und 15% „Andere“. Der Erwerbsstatus bei der Aufnahme war wie folgt: 34,9% waren berufstätig, 29% arbeitslos, 16,4% in Pension, 5,3% im Haushalt und 14,1% hatten einen anderen Erwerbsstatus.

(vgl. Haberfellner et al., 2006, S.198ff)

Ergebnisse:

Nach der Katamnese nach 12 Monaten stieg der Anteil der Erwerbstätigen von 31,7% auf 42,8%, wobei sich die Anzahl der vorhandenen Daten verringerte.

Die Anzahl der Pensionierungen stieg von 17,4% bei der Aufnahme auf 34,7% nach 12 Monaten. Die Arbeitslosigkeit verringerte sich von 30,4% auf 12,8%.

Von den zunächst erhobenen Daten von 321 Personen, sind nach 12 Monaten 187 Personen übrig geblieben.

Der GSI Globalwert des BSI (Franke, 2000) ergab bei A-E einen Effekt von 0,68 und sank im Zeitraum von Aufnahme zur 12.Monats-Katamnese auf 0,31.

Die vier Subdimensionen Zwanghaftigkeit (0,36), Unsicherheit bei Sozialkontakten (0,36), Depressivität (0,39) und Ängstlichkeit (0,42) von Aufnahme bis Entlassung ergaben mittlere Effektgrößen, die anderen Subdimensionen zeigten schwache Effekte. Betreffend Somatisierung gab es hingegen keine statistisch signifikanten Veränderungen nach 12 Monaten mit 0,06 Effektstärke.

Lebensqualität: Der Globalwert Aufnahme-Entlassung ergab eine Effektstärke von 0,62 (nach 12 Monaten 0,55), was einer mittleren Effektgröße entspricht.

Globales Funktionsniveau: Der GAF Wert (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003), welcher das allgemeine Funktionsniveau, die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen, erfasst, wurde bei Aufnahme und Entlassung als Fremdbeurteilungsinstrument vom behandelten Psychotherapeuten erhoben.

Ein Punktwert über 60 auf einer Skala von 0-100 entspricht einer möglichen Teilnahme am sozialen und beruflichen Leben. Ein Wert von 70 bildet den Übergang von leichter Beeinträchtigung zum gesunden Bereich.

Das heißt, Werte darunter gehen mit einer Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus einher, die eine Arbeitsfähigkeit in Frage stellen.

Der Anteil der Patienten, die einen GAF (Saß, et al., 2003) Wert >60 erreichten, stieg von 27% auf 76%.

Einen Wert von über 70 erreichten 40,1%, im Vergleich 4,1% bei Beginn der Rehabilitationsmaßnahme.

Die durchschnittliche Verbesserung betrug 13 Punkte.

(vgl. Haberfellner, Grausgruber & Grausgruber-Berner, 2006, S.199ff)

Die Rate der Patienten, die stationär behandelt wurden, sank von 57% auf 21%, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 7 Wochen unverändert blieb.

In Anbetracht der geringen Rücklaufquote sind diese Ergebnisse nur eingeschränkt aussagekräftig. Die Ergebnisse der Studienteilnehmer lassen aber eine optimistische Haltung zu.

(vgl. Haberfellner, Grausgruber & Grausgruber-Berner, 2006, S.199ff)

4.3. Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich – eine katamnestiche Studie

E.M. Haberfellner, J. Jungmayer, R. Grausgruber-Berner und A. Grausgruber veröffentlichten 2008 eine weitere Studie zur Wirksamkeit psychiatrischer Rehabilitation im Sonnenpark Bad Hall. Die Daten wurden aus 2003 herangezogen. Das Studiendesign gleicht der Studie selbiger Autoren aus dem Jahr 2006.

Studienpopulation: Teilgenommen haben 355 von 412 aufgenommen Patienten, davon 34,6% männlich (N=123) und 65,1% weiblich (N=231). Das durchschnittliche Alter beträgt 41,13 Jahre (N=355).

Die häufigste Entlassungsdiagnose waren mit 40,3% (N=143) die unipolare affektive Störung, gefolgt von 31% (N= 110) neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4 nach ICD 10). Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) belegten mit 14,4% (N=51) die dritte Stelle, gefolgt von 9,3% (N=33) bipolaren affektiven Störungen. Weiters gab es 3,1% (N=11) der Patienten die eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung als Entlassungsdiagnose bekommen. Sonstige Entlassungsdiagnosen wurden 2% (N=7) erhielten.

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 79,47 Monate (N=355) bei den Studienteilnehmern, 81,30 Monate (N= 412) bei allen aufgenommenen Patienten. Berufstätig waren 36,3% (N=129) bei Aufnahme, wobei 25 Personen, d.h. 19,4% der Berufstätigen, einen Antrag auf Pensionierung gestellt haben.

(vgl. Haberfellner, Jungmayer, Grausgruber-Berner & Grausgruber, 2008, S.3ff)

Arbeitslos zu sein gaben 35,5% (N=126) der Studienteilnehmer an, wobei 32,5% (N=41) der Arbeitslosen einen Pensionsantrag vor Aufnahme gestellt hatten. In Pension befanden sich 19,2% (N=68), in Ausbildung und Haushalt jeweils 1,4% (N=5), keine Angaben oder anders gaben 6,2% (N=22) an. (vgl. Haberfellner, Jungmayer, Grausgruber-Berner & Grausgruber, 2008, S.3ff)

Ergebnisse: Der Globalwert des BSI (Franke, 2000) ergab bei Aufnahme-Entlassung mit 0,59 einen mittleren Effekt, bei 3 Monaten nach Entlassung verringerte sich die Effektstärke auf 0,29, 1 Jahr nach Entlassung ergab sich 0,21 Effektstärke. Die Lebenszufriedenheit wurde mit dem WHOQOL-Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000) erhoben. Der Globalwert ergab bei Entlassung einen Effekt von 0,62, bei 3 Monate Katamnese 0,24 und nach 12 Monaten 0,25 Effektstärken. Das allgemeine Funktionsniveau, gemessen mit dem GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) verbesserte sich von 54,69 (SD 8,24) bei Aufnahme auf 66,53 (SD 9,14) bei Entlassung. 20,8% erreichten bei der Aufnahme einen GAF Wert (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) von über 60 (61-70 Punkte), nach Entlassung waren es 70,6% aller Patienten. (vgl. Haberfellner et al., 2008, S.4ff)

In der ein Jahres Katamnese liegen 244 Datensätze zur beruflichen Situation vor. Von jenen Studienteilnehmern die bei der Aufnahme berufstätig waren sind ein Jahr nach Entlassung 65,80% (N=52) berufstätig, 6,3% (N=5) arbeitslos, 13,9% (N=11) in Pension und 8,9% (N=7) haben einen Pensionsantrag gestellt.

Von den arbeitslosen Patienten (N= 53) sind nach einem Jahr nach Reha Ende 20% (N=16) berufstätig, und 22,6% (N= 12) in Pension, 18,9% (N=10) sind weiterhin ohne Arbeit und 13,2% (N=7) haben einen Pensionsantrag gestellt.

Von den Personen die zum Zeitpunkt der Aufnahme in Pension waren, sind 84,9% (N=35) weiterhin berentet.

Die kostenrelevanten Faktoren wie Krankenstände und Krankenhausaufenthalte wurden nur für Arbeitende und Arbeitslose berechnet. Der Anteil von 53% jener Personen, die ein Jahr vor Antritt der Rehabilitation im Krankenstand waren, sank auf 17% ein Jahr nach Ende der Behandlung.

(vgl. Haberfellner et al., 2008, S. 3ff)

Die Dauer der Krankenstände sank von 20,5 Wochen (SD 12,76) auf 6,5 Wochen (SD 11,06), was einer Reduktion von 68% entspricht.

Die Anzahl von Patienten die einen Krankenhausaufenthalt hatten, sank von 51% ein Jahr vor Antritt auf 22,5% ein Jahr nach Ende der Behandlung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sank von 3 Wochen (SD 5,54) auf 1,5 Wochen (SD 2,71).

(vgl. Haberfellner, Jungmayer, Grausgruber-Berner & Grausgruber, 2008, S.3ff)

Zusätzlich wurde eine Kovarianzanalyse mit den Daten vollzogen, um Zusammenhänge zwischen dem beruflichen Status, der Lebensqualität und der Symptombelastung zu untersuchen. Für die berufliche Situation bei der Aufnahme und der Subskala „Krankheitserleben“ des FMP - Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (Schneider, Basler & Beisenherz, 1989), ließen sich unabhängig vom Rechenmodell durchgängig statistisch signifikante Ergebnisse finden. Alle anderen unabhängigen Variablen wie Alter, Geschlecht, etc. und einem Teil der abhängigen Variablen wie Zuweisungsmodus waren nicht statistisch signifikant. Patienten mit bereits gestelltem Pensionsantrag waren statistisch signifikant länger im Krankenstand als Berufstätige und Arbeitslose. Auch im Hinblick auf die Lebensqualität und Symptombelastung schneiden Pensionisten bzw. Antragsteller schlechter ab, bzw. haben schlechtere Ausgangswerte. Es gab zwar Verbesserungen die sich aber nicht bis zur 1-Jahres-Katamnese halten konnten. Somit kann davon ausgegangen werden, dass arbeitende und arbeitslose Personen mehr von der Rehabilitation profitieren und auch eher bereit sind, an einer Studie teilzunehmen. Die mittleren Effekte zum Zeitpunkt der 12- Monats-Katamnese nahezu verschwunden. (vgl. Haberfellner et al., 2008, S.3ff)

4.4. Prädiktoren und Outcomekriterien für den Erfolg stationärer psychiatrischer Rehabilitation

Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit wurde 2002 eröffnet. 2007 veröffentlichten Birgit Senft und Tanja Klautzer (vgl. Senft & Klautzer, 2007) die Ergebnisse der Evaluation der Einrichtung und untersuchten Prädiktoren für eine erfolgreiche Rehabilitation.

Die Daten stammen aus der Erstevaluation zur Überprüfung der Wirksamkeit dieser psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen.

Studienpopulation: Ein überwiegender Teil der Patienten (61%) wurden affektiven Störungen diagnostiziert, gefolgt von Neurotischen und Belastungs- und somatoformen Störungen mit 19%. 11% der Patienten litten unter Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen (F3: 61%; F4: 19%; F2: 11%; nach ICD 10) Von den 639 an der Studie teilnehmenden Patienten sind 38% männlich und 62% weiblich der Altersdurchschnitt liegt bei 42,3 Jahren.

Ziel war einerseits die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen, andererseits aber auch, brauchbare Kriterien für Therapieerfolge, also möglichst verlässliche Prädiktoren zu finden. Die klinische Signifikanz sollte auch auf Einzelfallebene und nicht nur durch Effektstärke auf der Gesamtebene erhoben werden.

Vorgehen/Methode: Bei Aufnahme und Entlassung wurde allen Patienten der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FMP, Schneider, Basler & Beisenherz, 1989), der Fragebogen zur Lebensqualität (WHOQOL-BREF, Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000), das Brief Symptom Inventory (BSI, Franke, 2000), das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001) und das State-Trait-Angstinventar (STAI, Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981), sowie ein Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF8, Schmidt & Wittmann, 2002) vorgelegt, sowie ein zusätzliches, selbst erstelltes Instrument zur Erfassung soziodemographischer und krankheitsbezogener Daten. Es folgten Nachuntersuchungen nach dem Rehabilitationsaufenthalt nach 3 und 12 Monaten als Katamnese. Der Rücklauf betrug ca. 60% und ist somit höher als in anderen Einrichtungen. Neben der Effektstärke wurden auch Krankenstände und stationäre Aufenthalte ein Jahr vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme erhoben, ebenso wie der berufliche Status im Verlauf des Erhebungszeitraumes.

Um auf Einzelfallebene eine Aussage über die Wirksamkeit des Aufenthaltes treffen zu können wurde für alle Patienten der RCI (Reliable Change Index nach Jacobson und Truax) für die wichtigsten psychometrischen Verfahren berechnet und weiteren Analysen unterzogen.

(vgl. Senft & Klautzer 2007, S.1ff)

4.4.1.Outcomekriterien

Veränderung psychometrischer Testkennwerte: Beim BSI (Franke, 2000), N=590, zeigte sich zum Entlassungszeitpunkt bei 49% (RCI>1,65) nach dem Reliable Change Index aller Probanden eine signifikante Verbesserung und bei 8% (RCI<1,96) eine Verschlechterung. Drei Monate und ein Jahr nach Reha Ende war bei 35% aller Patienten eine signifikante Verbesserung zum Ausgangswert vorhanden. Responder und Nonresponder unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Ausgangswerte.

Das BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001) zeigte bei 35% der Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung eine klinisch signifikante Verbesserung, nach drei Monaten noch bei 21% und nach einem Jahr 24%.

Dabei zeigt sich bei Nonrespondern ein höherer Ausgangswert. Beim Fragebogen zur Lebensqualität der WHO in der Kurzfassung zeigen 17% zum Entlassungszeitpunkt signifikante Verbesserungen, 12% nach 3 Monaten und 15% nach einem Jahr.

(vgl. Senft & Klautzer, 2007, S. 3ff)

Im Krankenstand waren 12 Monate vor der Rehabilitationsmaßnahme 59% (N=325) aller Patienten, nach 12 Monate lag der Prozentsatz bei 53 (N=160).

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer betrug vor der Rehabilitationsmaßnahme 18 (SD= 15) Wochen, ein Jahr nach Ende 14 Wochen (SD=15). Die stationären Aufnahmen reduzierten sich von 61% im Jahr davor auf 16% ein Jahr nach dem Ende des Aufenthaltes. Die durchschnittliche Verweildauer verringerte sich von 8 Wochen (SD=8) auf 5,9 Wochen (SD=6,2).

Mittels des ZUF8 (Schmidt & Wittmann, 2002) einem Fragebogen zur Zufriedenheit zeigte sich, dass 82 bis 95% aller Patienten sehr bzw. eher zufrieden mit dem Aufenthalt waren. (vgl. Senft & Klautzer 2007)

Beruflicher Status im Verlauf: Der Anteil an Berufstätigen betrug bei der Aufnahme 33% und konnte mit 29% bei der 1-Jahres-Katamnese annähernd gehalten werden. Der Anteil der Arbeitslosen verringerte sich von 19% bei der Aufnahme auf 14% ein Jahr nach Entlassung. Von den 16% Pensionsantragsstellern gab es nach einem Jahr noch 9%. Der Anteil der Pensionsempfänger stieg von 28% auf 45%.

(vgl. Senft et al., 2007, S. 3ff)

Unter Berücksichtigung der Symptombelastung sehen die Autoren eine erfreuliche Verbesserung im Sinne des Erhalts der Arbeitsfähigkeit. Bei 90% ist eine Hintanhaltung einer Verschlechterung gelungen.

(vgl. Senft & Klautzer, 2007, S. 3ff)

Globale Selbst- und Fremdeinschätzung des Therapieerfolgs: Die Behandlung wurde von 26% der Therapeuten und 25% der Patienten (N=610) als „sehr erfolgreich“ eingeschätzt. 59% der Therapeuten und 57% der Patienten sehen einen „teilweisen Erfolg“. Als „kaum erfolgreich“ sehen 13% der Therapeuten und 14% der Patienten den Rehabilitationsaufenthalt an.

2% der Therapeuten und 4 % der Patienten geben den Aufenthalt als „nicht erfolgreich“ an. Weniger Übereinstimmung gibt es bei der Teilnahme an der störungsspezifischen Hauptgruppe, die 60% der Therapeuten aber nur 46% der Patienten diese als sehr oder ziemlich hilfreich angegeben.

(vgl. Senft et al., 2007, S. 3ff)

Therapiezieleerreichung: Die Erreichung der Therapieziele wurde auf einer vierstufigen Ratingskala eingeschätzt (mehr erreicht als das Therapieziel, Therapieziel erreicht, teilweise erreicht, nicht erreicht). Bei 4% von 1536 angegebenen Therapiezielen wurde mehr erreicht, 23% erreichten die Ziele, 47% wurden teilweise erreicht und 26% nicht erreicht. Es ergibt sich eine mittlere, überzufällige Übereinstimmung.

(vgl. Senft et al., 2007, S.6)

4.4.2. Ergebnisse zu den Prädiktoren:

Dauer der Erkrankung, Diagnose und Ausgangsbelastung: Es gibt nahezu eine Nullkorrelation zwischen der Dauer der Erkrankung und den RCI-Werten des BSI (Franke, 2000), BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001) und der WHOQOL Daten (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000). Der Zeitpunkt des ersten Arztbesuches spielte ebenso wenig eine Rolle.

(vgl. Senft et al., 2007, S.6ff)

Es sind keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Diagnosegruppen feststellbar. Ebenso ist der Ausgangswerte des BSI (Franke, 2000) und BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001), also der Symptombelastung nur bedingt als Prädiktor den Erfolg geeignet. Der WHOQOL-Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000) zeigt kaum signifikante Veränderungen.
(vgl. Senft & Klautzer, 2007, S.6ff)

Therapiemotivation und Leidensdruck: Hinsichtlich der Therapiemotivation und des Leidensdrucks, erfasst im Aufnahmegespräch der Psychotherapeuten, gab es keine Korrelation mit der globalen Einschätzung des Therapieerfolges, eingeschätzt von Psychotherapeuten und Patienten, am Ende des Aufenthaltes. Auch gab es keinen Zusammenhang mit den RCI-Werten von BSI (Franke, 2000) und BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001). Die Summe des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation korreliert nicht mit den RCI-Werten des BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001) und BSI (Franke, 2000), Cronbach's ist $\alpha = .53$
(vgl. Senft et al., 2007, S. 6ff)

Beruflicher Status: In den vorhandenen Untersuchungen wurde die berufliche Integration als wichtiger Prädiktor für den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme angesehen.

Berufstätige und arbeitslose Patienten waren motivierter als Pensionsantragssteller oder Pensionierte. Ihre Ausgangsbelastung war auch signifikant niedriger als in der Gruppe der Antragssteller oder Pensionsempfänger.

Pensionsempfänger (N=182) weisen hingegen signifikant niedrigere Veränderungswerte im RCI des BSI (Franke, 2000) auf. Beim RCI des BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001) zeigen Arbeitslose (N=107) und Pensionsempfänger signifikant schlechtere Werte zu allen Messzeitpunkten. Bei der Lebensqualität gibt es nur Unterschiede in der Ausgangsbelastung.

(vgl. Senft et al., 2007, S.7)

Interpretation/Diskussion: Der überwiegende Teil der erhobenen Daten beruht auf Selbsteinschätzung der Patienten, objektive Daten können aus Datenschutzgründen nicht erhoben werden. Dadurch ergibt sich eine Unsicherheit hinsichtlich der Angaben in Bezug auf die Ursachen von Krankenhausaufenthalte und Krankenständen.

Eine Kontrollgruppe war nicht möglich da alle Patienten einen Rehabilitationsaufenthalt absolvierten. Zuverlässige Prädiktoren wurden keine gefunden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen positive Resultate bei der Behandlung, wobei auch in dieser Studie eine nicht unwesentliche Abnahme der Effekte nach einem Jahr festgestellt wurde. Bei den kostenrelevanten Faktoren wie Krankenstandstage und Krankenhausaufenthalte zeigte sich hingegen eine Reduktion.

Der Berufsstatus kann als Indikator für eine erfolgreiche Rehabilitation gesehen werden, da Berufstätige eine niedrigere Ausgangsbelastung aufwiesen und höhere Therapieeffekte erzielten.

(vgl. Senft & Klautzer, 2007, S.7ff)

Zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich Prädiktoren bzw. Indikatoren für eine erfolgreiche Rehabilitation kamen E.M. Haberfellner, J. Jungmayer, R. Grausgruber-Berner und A. Grausgruber, 2008, S. 191-208.

4.5. Evaluationsergebnisse: Reha-Klinik für seelische Gesundheit, Klagenfurt 2006-2007

Die Reha-Klinik für seelische Gesundheit hat auf ihrer Website die laufende Evaluation für die Jahre 2006, 2007 und 2002/2003 veröffentlicht.

In der Folge soll näher auf die Ergebnisse 2006 und 2007 eingegangen werden. Die Ergebnisse 2002/2003 fanden bereits Eingang in die Studie von Birgit Senft und Tanja Klautzer 2007 und werden daher einzeln berücksichtigt.

4.5.1. Ergebnisse aus dem Jahr 2006

Aus dem Jahr 2006 gibt es Daten von 213 Patienten. Sieben Personen haben den Aufenthalt vorzeitig abgebrochen (3%), 14 Patienten haben zwei aufeinanderfolgende Turnusse absolviert (6%) und von 5 (2%) Personen liegen aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen, sprachlichen Probleme und Verweigerung keine verwertbaren psychometrischen Daten vor.

Von den 213 Patienten sind 38% (N=80) männlich und 62% (N=133) weiblich. Die Pensionsversicherungsanstalt stellte mit 85% (N=182) den größten Anteil an Zuweisungen, gefolgt von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter die 10% (N=22) der Patienten zuwies.

Der Rest wurde von insgesamt vier Krankenversicherungsanstalten finanziert.

Die Angaben zum beruflichen Status zum Aufnahmezeitpunkt basieren auf den Angaben der Patienten.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren 26% (N=55) der Personen (26%) berufstätig, 33 Personen oder 15% arbeitslos, 18% (N=39) hatten einen laufenden Pensionsantrag und 35% (N=74) beziehen eine befristete Pension.

12 Personen oder 6% waren Schüler, im Haushalt tätig, oder anderweitig versichert. (vgl. Senft, 2007, S. 3ff)

Die häufigsten Diagnosen waren affektiven Störungen F3 nach ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt 2008) mit 58% der Entlassungsdiagnosen, gefolgt von 30% der Patienten die an einer Neurotischen, Belastungs- oder Somatoformen Störung F4 litten. An Schizophrenie F2 litten 6 %, an einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung 3%. Mit 1% sind Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Faktoren F5 vertreten. (vgl. Senft, 2007, S. 7ff)

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes betrug 10 Jahre (SD=9,2 Jahre). In den Jahren 2002 bis 2005 betrug das Durchschnittsalter 10,8 Jahre (SD=8,9 Jahre). Die Angaben über den Beginn der Beschwerden bewegen sich zwischen einem halben Jahr und 50 Jahren vor Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes.

Durchschnittlich nahmen Patienten 8 Jahre vor der Aufnahme erstmals ärztliche Hilfe wegen psychischen Problemen in Anspruch.

(vgl. Senft, 2007, S.8ff)

Ergebnisse: BSI (Franke, 2000): Der GSI-Wert verbesserte sich während des Aufenthalts signifikant von durchschnittlich 1,36 (SD=0,76) auf durchschnittlich 1,01 (SD=0,75; N=207).

Das ergibt eine Effektgröße von 0,48, was als mittelmäßig eingeschätzt werden kann.

WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000): Die Werte im Bereich „Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit verbesserten sich von durchschnittlich 41,7 (SD=19,4) auf durchschnittlich 52,8 (SD=21,4; N=200). Die Effektgröße beträgt 0,54. Es ergibt sich somit für beide Skalen eine mittlere Effektgröße.

BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001): Der Durchschnittswert bei der Aufnahme im BDI (Hautzinger et al., 2001) lag bei 21,4 (SD=10,8) und somit im klinisch relevanten Bereich. Der Mittelwert zum Entlassungszeitpunkt lag bei 15,22 (SD=10,6) und entspricht einer mittelstark ausgeprägten Depression.

Es kam zu einer signifikanten Reduktion der Depressionssymptome während des Aufenthalts. Daraus ergibt sich eine mittlere Effektgröße von 0,58.

(vgl. Senft, 2007, S.9ff)

Beurteilung des Behandlungserfolges: Zum Zeitpunkt der Studie lagen nur Daten von 64 Katamnesen vor, da die Erhebung noch drei Monate über deren Verfassungsdatum andauerte. Von bis dahin befragten Patienten betrachteten 11% drei Monate nach dem Reha-Ende die Behandlung als sehr gut (Entlassung: 30%), 67% als teilweise erfolgreich (Entlassung 57%), 16% als kaum erfolgreich (Entlassung 10%) und 6% als nicht erfolgreich (Entlassung 3%).

(vgl. Senft, 2007, S.12ff)

Drei Monate nach dem Entlassungszeitpunkt beschrieben etwa drei Viertel aller Befragten die Behandlung als zumindest teilweise erfolgreich, zum Entlassungszeitpunkt waren es 87%. Zur Entwicklung des Therapieerfolges liegen 60 Antworten vor. 14 (7%) der Probanden beschreiben nach der Entlassung eine weitere Verbesserung, 33 Personen (55%) geben an, dass der Zustand gehalten werden konnte und 13 Personen (6%) geben an, dass der Therapieeffekt nicht mehr bemerkbar ist. (vgl. Senft, 2007, S.12ff)

4.5.2. Ergebnisse aus dem Jahr 2007

Für das Jahr 2007 sind Daten von 582 Patienten vorhanden. (Senft 2008 S.1 ff)
Im Jahr 2007 brachen 29 Patienten den Aufenthalt vorzeitig ab, 69 Patienten absolvierten zwei Turnusse nacheinander (Verlängerungen werden nur einmal im Datensatz gezählt) und von 21 Personen liegen keine verwertbaren psychometrischen Daten. Grund sind kognitive Beeinträchtigungen, sprachliche Probleme, Verweigerung oder keine vorhandene Entlassungsevaluation.
Von den 582 Patienten sind 35% (N=201) männlich und 65% (N=381) weiblich
Das durchschnittliche Alter beträgt 43,03 Jahre (SD=9,34).
Die Pensionsversicherungsanstalt war für 86% der Zuweisungen verantwortlich, 13% wurden von sonstigen Sozialversicherungsträgern getätigt.
(vgl. Senft, 2008, S. 3ff)

Den *Erwerbsstatus* bei der Aufnahme gaben 23% mit berufstätig und, 19% mit arbeitslos an, 32% waren Pensionempfänger, 10% „andere“ In der Rubrik „andere“ sind Personen erfasst, die mitversichert sind, weder ein Dienstverhältnis haben (oder keine Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung beziehen), noch ein Einkommen durch die Leistungen der Pensionsversicherungsanstalt beziehen.
(vgl. Senft, 2008, S. 6ff)

Die *Hauptdiagnosen* sind wie folgt verteilt, F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen 8%, F3 affektive Störungen 59% und F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 28%. Sonstige Diagnosen sind: 5% bzw. F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen kommt bei einer Person vor, F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren bei 11 Personen, F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei 16 Personen und F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bei einer Person.

Die *durchschnittliche Erkrankungsdauer* beträgt 9,6 Jahre (SD=8,4) bei N=527, die Spanne der Erkrankungsdauer reicht von 3 Monaten bis zu 45 Jahren.

Ein Viertel der Patienten gab an, seit mindestens 14 Jahren psychisch krank gewesen zu sein, ein weiteres Viertel seit bis zu 3 Jahren und die Hälfte liegt bei unter, bzw. über 7 Jahren Erkrankungsdauer.

(vgl. Senft, 2008, S.7ff)

BSI (Franke, 2000): Der Global Severity Index-GSI verbesserte sich während des Aufenthalts signifikant von durchschnittlich 1,46 (SD=0,74) auf durchschnittlich 1,15 (SD=0,79; N=567), was eine Effektgröße von 0,42 ergibt, die als schwach bis mittelmäßig eingeschätzt werden kann.

WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000): Für die Skala „Global“ zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt ergibt sich eine Effektstärke von 0,61 und in der Skala „Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit“ 0,46, und kann somit als mittelmäßig bezeichnet werden.

Die Effektstärke des Beck Depressions Inventars BDI (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001) zwischen Aufnahme und Entlassung kann mit einer Größe von 0,41 als schwach mittelmäßig eingestuft werden.

(vgl. Senft, 2008, S.9ff)

Selbstbeurteilung Behandlungserfolg: 3 Monate nach der Entlassung wurde der Behandlungserfolg von 63 Personen bzw. 22% als „sehr erfolgreich“ eingeschätzt nach 12 Monaten sind es 17%, „teilweise erfolgreich“ gaben 59% (N=171) nach 3 Monaten an, nach 12 Monaten waren es 60%.

(vgl. Senft, 2008, S.12ff)

„Kaum erfolgreich“ fanden den Behandlungserfolg 14% (N=40) nach 3 Monaten und 12% nach 12 Monaten. Keinen Behandlungserfolg also „nicht erfolgreich“ (N=15) bemerkten nach drei Monaten 5% und 11% nach 12 Monaten.

Der Therapieerfolg verbesserte sich bei 33% nach 3 Monaten weiter (34% nach 12 Monaten). Gleich bleibend war er bei 52% nach 3 Monaten und bei 50% nach 12 Monaten. Nicht bemerkbar war der Therapieerfolg schließlich bei 16% drei Monate nach Entlassung und unverändert nach 12.

(vgl. Senft, 2008, S.12ff)

4.5.3 Zusammenfassung:

Die Stichprobe ist in beiden Jahren ähnlich, es gibt mehr Frauen, die Diagnosen sind ähnlich verteilt, die affektiven Störungen waren die größte Diagnosegruppe. Die Pensionsversicherung stellte mit 85%, bzw. 86% die meisten Zuweisungen aus. Insgesamt kann im Bereich der Symptombelastung und der Lebensqualität von mittleren Effekten ausgegangen werden.

Der Behandlungserfolg wird von mehr als der Hälfte der Patienten als zumindest teilweise erfolgreich angesehen.

(vgl. Senft, 2008, 2ff)

4.6. Evaluationsergebnisse: Sonnenpark Bad Hall 2007-2009

Von den Jahren 2007 bis 2009 liegen die Daten aus Bad Hall in SPSS 11.5 vor.

In den Datensätzen sind die Stammdaten, Daten über den Erwerbsstatus, Krankheitsverlauf und psychometrische Werte von der Aufnahme und Entlassung aufgezeichnet.

Die Datensätze wurden nach Jahren getrennt übermittelt und für diese Arbeit nach einer Umcodierung zusammengefasst. Dabei wurden dieselben statistischen Verfahren verwendet die weiter unten für Podersdorf (S.50) beschrieben werden.

4.6.1 Stichprobenbeschreibung

Zwischen 2007 und 2009 nahmen 2625 Patienten an der stationären Rehabilitation in Bad Hall teil. Es liegen aber nicht zu jedem Punkt bzw. Frage in den Fragebögen vollständige Daten vor, weshalb unterschiedliche Stichprobengrößen vorhanden sind. Von den 2625 Patienten waren 62,9% (N=1650) weiblich und 37,1% (N=975) männlich.

Das *Durchschnittsalter* beträgt 45,36 Jahre (SD=9,38), davon 41,7% (N=1095) zwischen 41 und 50 Jahren, 30,6% (N=803) zwischen 51 und 60 Jahren, 19,9% (N=522) zwischen 31 und 40 Jahren, 7,5% (N=196) zwischen 21 und 30 Jahren und 0,3% (N=9) 0 bis 20 Jahre alt.

Die *Hauptdiagnosen* nach ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) [Anm.: diese Angaben sind nur von 2607 Personen vorhanden] bei der Entlassung waren zu 66,3% (N=1729) F3 - Affektive Störungen, bei 21,9% (N=571) F4 – Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, bei 7,2% (N=188) F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, bei 2,3% (N=60) F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie 1,3% (N=33) F7 – Intelligenzminderung, 0,6% (N=15) F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren, 0,4% (N=10) F1 – Psychische und Verhaltensauffälligkeiten durch psychotrope Substanzen und eine Person mit der Diagnose F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit.

Die durchschnittliche Dauer der Beschwerden lag bei 8,91 Jahren (SD=8,50), die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei 6,85 Jahren (SD=7,53).

Der *berufliche Status* bei der Aufnahme wurde von 34% (N=893) als berufstätig angegeben, davon 12% (N=107) solche, die bereits einen Antrag auf Pensionierung gestellt. Arbeitslos zu sein gaben 19,2% (N=503) an, 33% (N=164) davon haben einen Pensionsantrag gestellt hatten. In Pension befanden sich 22,6% (N=594). Im Haushalt tätig zu sein gaben 2,5% (N=65) an. In Ausbildung waren 0,6% (N=15), 0,9% (N=23) im Arbeitstraining und 0,8% (N=22) in einem geschützten Arbeitsplatz tätig. Eine „andere“ berufliche Situation gaben 2,9% (N=75) an und keine Angaben gab es bei 16,6% (N= 435). (Siehe Tab. 2)

Tab. 2 : Stichprobenbeschreibung Bad Hall 2007-2009

Soziodemographische Daten		
Geschlecht	N	%
männlich	975	37,1%
weiblich	1.650	62,9%
Alter	M=45,36	SD=9,38
bis 20 Jahre	9	0,3%
21 – 30 Jahre	196	7,5%
31 – 40 Jahre	522	19,9%
41 – 50 Jahre	1.095	41,7%
51 – 60 Jahre	803	30,6%
Hauptdiagnosen bei Entlassung nach ICD 10	N	%
F1 - Psych. und Verhaltensstör. durch psychotrope Substanzen	10	0,4%
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige St.	188	7,2%
F3 - Affektive Störungen	1.729	66,3%
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	571	21,9%
F5 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen oder Faktoren	15	0,6%
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	60	2,3%
F7 - Intelligenzminderung	33	1,3%
F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit	1	0,0%
Dauer der Erkrankung		
Dauer der Beschwerden in Jahren	M=8,91	SD=8,50
Dauer der Behandlung in Jahren	M=6,85	SD=7,53
Berufliche Situation bei Aufnahme	N	%
berufstätig*	893	34,0%
arbeitslos*	503	19,2%
Pension	594	22,6%
Haushalt	65	2,5%
in Ausbildung	15	0,6%
Arbeitstraining	23	0,9%
geschützter Arbeitsplatz	22	0,8%
anderes	75	2,9%
keine Angabe	435	16,6%
*davon Pensionsantragsteller	N	%
berufstätig	107	12,0%
arbeitslos	164	33%

4.6.2 BSI (Franke, 2000)

Vollständige Daten zum BSI (Franke, 2000) sind von 1734 Personen vorhanden. Die Effektstärke der Gesamtgruppe (N=1734) beträgt 0,46 und kann somit als mittlerer Effekt gesehen werden. Die Effektstärke für F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=108) ist mit 0,29 als schwach anzusehen. Bei F3 – Affektive Störungen (N=1183) ergibt sich ein mittlerer Effekt von 0,50. In der Diagnosegruppe F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=393) beträgt die Effektstärke 0,42 und ist somit schwach bis mittel. Mit 0,73 liegt die Effektstärke im mittleren bis starken Bereich für F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7). Bei sonstigen Diagnosen (N=43) ergibt sich eine Effektgröße von 0,51 und ist somit als mittlere Effektstärke anzusehen. (Siehe Tab. 3 und Abb. 1)

Tab.3: Ergebnisse BSI Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) Bad Hall 2007-2009

BSI Brief Symptom Inventory	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
Prä-Post Gesamtgruppe	1,27	0,77	0,93	0,72	1.766	27,58	<.001	0,46
nach Diagnosegruppen								
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=108)	0,82	0,62	0,65	0,56	107	4,08	<.001	0,29
F3 - Affektive Störungen (N=1.183)	1,33	0,78	0,96	0,72	1.182	23,32	<.001	0,50
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=393)	1,22	0,73	0,92	0,72	392	12,34	<.001	0,42
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7)	1,54	0,78	0,98	0,76	29	7,07	<.001	0,73
Sonstige Diagnosen (N=43)	0,96	0,73	0,60	0,70	43	4,96	<.001	0,51

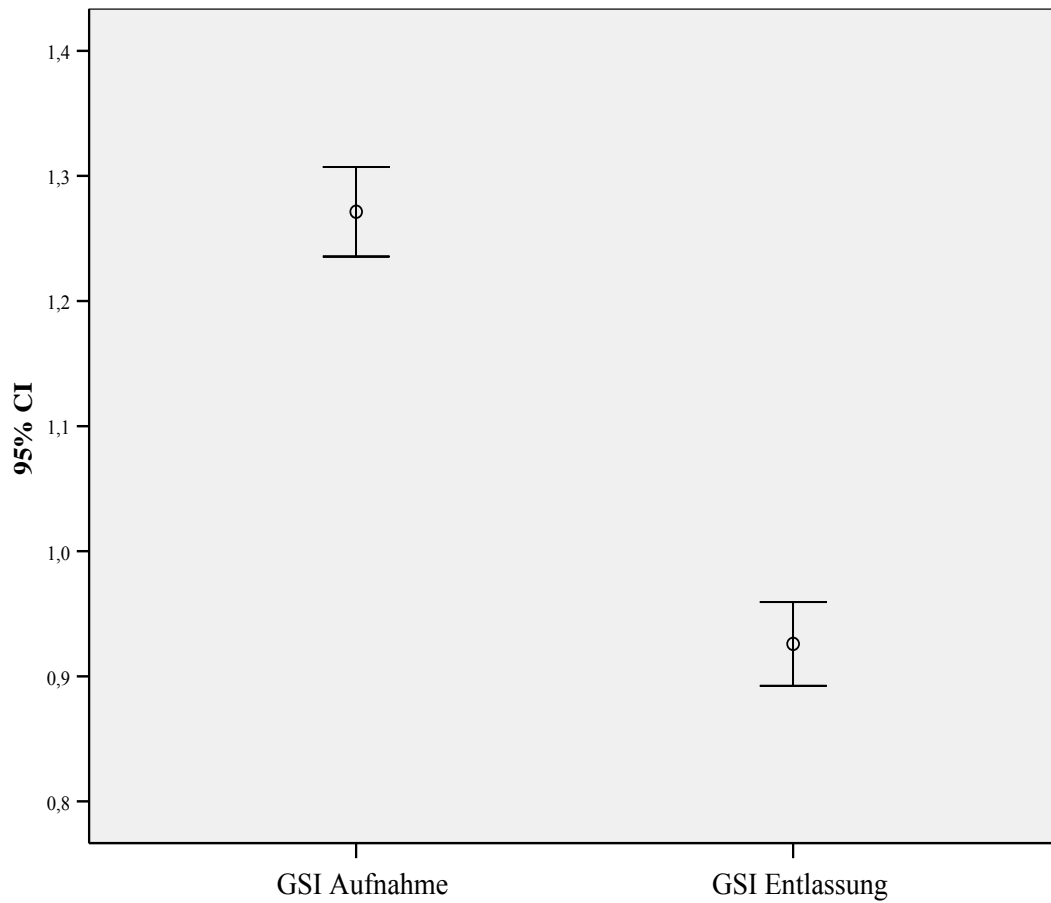


Abb. 1: Boxplot, Streuung und Mittelwerte BSI (Franke, 2000) Bad Hall 2007-2009

4.6.3. GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003)

Der Durchschnittswert des GAF (Saß et al., 2003, beurteilt durch Ärzte) bei der Aufnahme lag bei 53,41 (N=2016). Bei der der Entlassung lag der Durchschnittswert bei 59,88 (N=1808), ist somit also gestiegen. (Siehe Tab. 4)

Tab. 4: Descriptive Statistics GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) Aufnahme
Entlassung

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
GAF Aufnahme Ärzte	2016	53,41	8,693	11	85
GAF Entlassung Ärzte	1808	59,88	9,257	5	99

Bei insgesamt 1606 vorhandenen Datensätzen gab es in 173 (10,8%) Fällen negative Veränderungen, d.h. einen niedrigeren Wert als bei der Aufnahme, bei 1318 (82%) positive Veränderungen, d.h. einen höheren Wert und bei 115 (7,2%) keine Veränderungen im GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). (Siehe Tab. 5)

Tab. 5: Wilcoxon Test für den GAF (Saß, et al., 2003) Bad Hall

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
GAF Entlassung Ärzte - GAF Aufnahme Ärzte	Negative Ranks	173 ^a	500,43	86574,00
	Positive Ranks	1318 ^b	778,23	1025712,00
Ties		115 ^c		
Total		1606		

a. GAF Entlassung Ärzte < GAF Aufnahme Ärzte

b. GAF Entlassung Ärzte > GAF Aufnahme Ärzte

c. GAF Entlassung Ärzte = GAF Aufnahme Ärzte

Einen Wert über 60 Punkte erreichten bei der Aufnahme 18,5%, bei der Entlassung waren es 45,9%. Die Anzahl von Werten zwischen 81 bis 90 Punkte stieg von 0,4% bei der Aufnahme auf 1,2% bei der Entlassung, bei Punkten zwischen 71 bis 80 stieg der Anteil von 2,1% auf 9,6%, zwischen 61 bis 70 von 16% auf 35,1%. Zwischen 51 bis 60 sank der Anteil von 46,5% auf 38,2%, zwischen 41 und 50 Punkten sank er von 29% auf 14,1%, im Bereich 31 bis 40 Punkte von 5,7% auf 1,5%. Im Bereich zwischen 21 und 30 Punkten gab es keine Veränderung mit gleichbleibenden 0,3%. (Siehe Abb. 2)

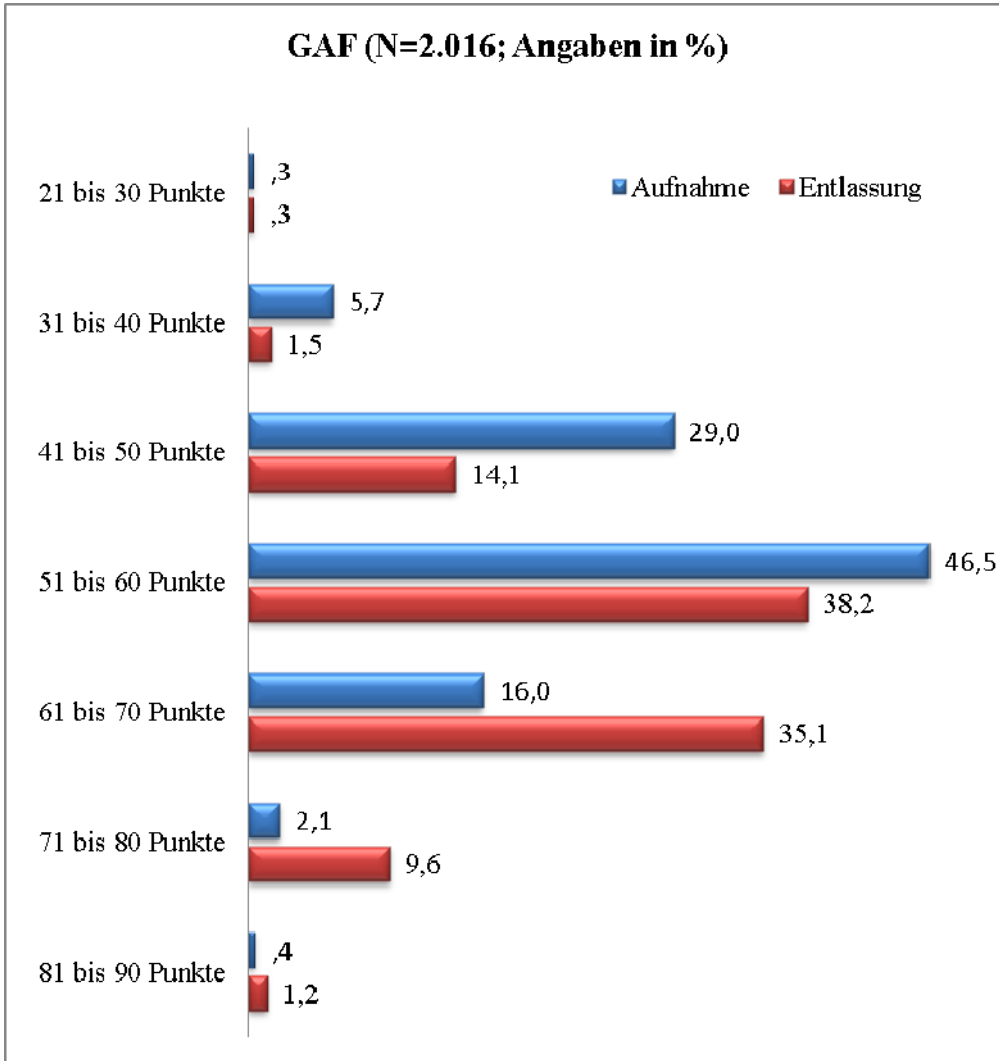


Abb. 2: Balkendiagramm, GAF Punkteverteilung (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003)
Bad Hall 2007-2009

4.6.4. WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000)

Für die Gesamtgruppe der Patienten ergibt sich in der Domäne „global“ ein mittelmäßiger Effekt mit 0,56 Effektstärke, in der Domäne „physisch“ mit 0,42 ein mittlerer bis schwacher, in der Domäne „psychisch“ mit 0,52 ein mittlerer, in „soziale Beziehungen“ mit 0,23 und in „Umwelt“ mit 0,17 ein schwacher Effekt. (Siehe Tab. 6)

Tab. 6: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)
Gesamtgruppe Bad Hall 2007-2009

Gesamtgruppe	M _A	SD _A	M _E	SD _E	df	t	p	ES
global	45,40	20,86	57,35	21,67	1.727	-25,75	<.001	0,56
physisch	53,51	19,69	61,93	20,02	1.713	-24,68	<.001	0,42
psychisch	44,99	19,09	55,22	20,14	1.725	-27,44	<.001	0,52
soziale Beziehungen	53,97	23,34	59,35	22,54	1.723	-11,05	<.001	0,23
Umwelt	66,61	15,82	69,38	16,10	1.734	-10,31	<.001	0,17

In der Domäne „global“ liegt der Effekt im mittleren bis schwachen Bereich bei F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (N=106) bei 0,44, bei F3 - Affektive Störungen (N=1.153) bei 0,58, bei F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=389) bei 0,56 und bei F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=28) bei 0,43. (Siehe Tab. 7)

Tab. 7: WHOQOL Bref (Angermeyer, et al., 2000) Ergebnisse Domäne „global“ Bad Hall 2007-2009

global	M _A	SD _A	M _E	SD _E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (N=106)	57,19	20,26	65,92	19,09	105	-4,37	<.001	0,44
F3 - Affektive Störungen (N=1.153)	44,28	20,17	56,31	21,26	1.152	-20,94	<.001	0,58
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=389)	44,79	21,67	56,91	21,97	388	-13,17	<.001	0,56
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=28)	40,18	25,77	50,89	24,04	-2,96	-2,96	<.001	0,43

Im Bereich „psychisch“ sind die Effekte bei F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (N=104) 0,34, bei F3 - Affektive Störungen (N=1.146) 0,46, bei F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=384) 0,38 und bei F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=28) 0,33. Die mittlere Effektstärke kann somit als schwach bis schwach mittelmäßig angenommen werden. (Siehe Tab. 8)

Tab. 8: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse

Domäne „physisch“ Bad Hall 2007-2009

physisch	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=104)	64,13	16,09	69,64	16,00	103	-4,09	<.001	0,34
F3 - Affektive Störungen (N=1.146)	52,09	19,13	60,95	19,71	1.145	-20,96	<.001	0,46
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=384)	53,37	20,54	61,20	20,99	383	-11,41	<.001	0,38
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=28)	52,15	22,77	59,18	19,48	27	-2,31	.029	0,33

Für die Domäne „psychisch“ erbeben sich Effektstärken von 0,44 bei F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=104), von 0,55 bei F3 - Affektive Störungen (N=1.146), von 0,47 bei F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=384) und von 0,68 bei F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=28). Die Effektstärke ist mittelmäßig bis schwach. (Siehe Tab. 9)

Tab. 9: WHOQOL Bref (Angermeyer, et al., 2000) Ergebnisse Domäne „psychisch“

Bad Hall 2007-2009

psychisch	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=105)	56,19	16,97	63,94	18,18	104	-6,15	<.001	0,44
F3 - Affektive Störungen (N=1.153)	49,95	18,68	53,55	20,12	1.152	-22,47	<.001	0,55
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=387)	47,92	18,84	56,92	19,55	386	-12,71	<.001	0,47
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=29)	35,78	21,69	50,03	20,34	28	-7,97	<.001	0,68

Für „Soziale Beziehungen“ ergibt sich eine Effektgröße von 0,26 bei F3 - Affektive Störungen (N=1.152) und 0,16 bei F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=384) und ist somit als schwach zu bezeichnen. (Siehe Tab. 10)

Tab. 10: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse
Domäne „soziale Beziehungen“ Bad Hall 2007-2009

Soz. Beziehungen	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=105)	57,70	20,69	59,29	22,32	104	-0,79	.430	/
F3 - Affektive Störungen (N=1.152)	52,61	23,28	58,66	22,77	1.151	-10,16	<.001	0,26
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=384)	52,27	23,78	60,97	21,61	383	-3,54	<.001	0,16
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=30)	49,58	26,22	51,39	28,29	29	-0,61	.547	/

In „Umwelt“ ergibt sich bei F3 - Affektive Störungen (N=1.159) ein schwacher Effekt von 0,21. Für F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=387) und F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=30) ergeben sich Effektstärken von 0,08 und 0,01 und sind somit nicht statistisch signifikant. (Siehe Tab. 11)

Tab. 11: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse
Domäne „Umwelt“ Bad Hall 2007-2009

Umwelt	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=106)	69,40	14,30	71,69	14,20	105	-1,95	.054	/
F3 - Affektive Störungen (N=1.159)	65,97	15,50	69,25	15,72	1.158	-9,98	<.001	0,21
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=387)	67,52	16,64	68,93	16,98	386	-2,55	.011	0,08
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=30)	58,52	19,78	58,23	19,32	29	0,178	<.001	0,01

4.6.5. Zusammenfassung

Insgesamt sind die Ergebnisse vielversprechend und vergleichbar mit anderen Studien derselben Autoren und z.B. von Senft 2007, 2008). Für den GSI des BSI (Franke, 2000) ergeben sich mittlere Effekte von 0,46. Patienten mit affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen scheinen am meisten zu profitieren bei Effektstärken von 0,50 und 0,73. Beim GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) gab es bei 1318 Patienten (N=1606) positive Veränderungen, das entspricht 82%.

Im WHOQOL Bref von Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000 kommt es zu Effektstärken bis 0,56, was somit als mittelmäßig anzusehen.

4.7. Mesta-Studie: Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Die MESTA-Studie wurde als Projekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen mit Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ der Deutschen Rentenversicherung und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Frühjahr 2005 abgeschlossen.

Im Weiteren sollen nun einige Ergebnisse, die auch für diese Arbeit relevant sind näher betrachtet werden.

In der metaanalytischen Studie wurden die Ergebnisse von 65 Outcome-Studien aus dem Versorgungsbereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland zusammengefasst. 56 Studien weisen dabei einen Vergleich von Aufnahme und Entlassung auf. 46 Studien berichten katamnestische Daten (zumindest 1 Jahr Katamnese) und 32 Studien berichten Effekte mittels vollständiger Dreipunktmessungen (Aufnahme, Entlassung, Katamnese) 8 Studien schließlich weisen Ergebnisse für zwei Katamnese Zeitpunkte auf. Mehr als 85% der Studien stammen aus dem Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation zwischen 1995-2004. (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, S. 71 ff, 2006)

Alle 65 berücksichtigten Studien verwenden ein Prä-Post-Design, davon 63 mit Eingruppen-Prä-Post-Ansatz – SGPP Single Group Prä – Post. Zwei Studien haben eine Kontrollgruppe Prä-Post-with-Controllgroup - PPWC wobei es sich um eine Wartekontrollgruppe handelt.

Die therapeutische Orientierung der Behandlung bzw. der Institutionen war in 69,5% eher tiefenpsychologisch und in 30,5% eher verhaltenstherapeutisch.

(Steffanowski., Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, S. 71 ff, 2006)

Stichprobebeschreibung: Insgesamt nahmen 29777 Patienten teil. Davon war die Mehrheit mit 64% weiblich, 36% männlich. Das durchschnittliche Alter betrug 41,8 Jahre.

Die häufigsten Diagnosen waren Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen mit 45,9%, gefolgt von affektiven Störungen mit 30,2%, 5,6% litten an Persönlichkeits- und/oder Verhaltensstörungen, Verhaltensauffälligkeiten - Essstörungen hatten 4,7% der Studienteilnehmer. Störungen durch psychotrope Substanzen waren mit 3,2% vertreten. Der Anteil der Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen mit 0,6% ist besonders gering. In Österreich liegt der Anteil dieser Diagnosegruppe bei ca. 10% der Rehabilitanden.

Die Erwerbstätigkeit lag bei 66,1%, nicht erwerbstätig waren 33,9%, dieser Anteil ist etwas höher als in Österreich

Ergebnisse: 56 Studien von 65 haben Aufnahme-Entlassung Vergleiche der gemittelte Gesamteffekt zum Entlassungszeitpunkt beträgt 0,51.

46 Studien von 65 weisen eine Katamnese auf, wobei ein 12-Monats-Zeitraum in den meisten Studien etabliert ist. Der gemittelte Gesamteffekt über alle Studien beträgt 0,41%.

32 Studien weisen eine 3 Punktmessung auf. Der gewichtete mittlere Gesamteffekt über alle Studien nimmt zwischen dem E- und K-Zeitpunkt von 0,57 auf 0,49 ab, was zwar statistisch signifikant ist, aber mit 0,08 nur geringfügig.

Die Abnahme der Effektstärke ist geringer als in österreichischen Studien.

(vgl. Steffanowski., Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, S. 95 ff, 2006)

Eine Hypothese der Forschergruppe die einen mittleren Behandlungseffekt annimmt wird somit bestätigt. Auch die geringfügige Abnahme der Effekte wird von den Forschern als bestätigt gesehen.

Patienten mit depressiven Störungen profitierten am meisten von einer psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland, der gemittelte Effekt betrug zum E Zeitpunkt 0,84. In der Katamnese ergab sich ein mittlerer Effekt von 0,67 (Cohen, 1969, S. 38; 1992, S. 157). Es wurden auch störungsspezifische Messinstrumente wie das BDI, Beck-Depressionsinventar ausgewertet dadurch ergab (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2001) sich zum Entlassungszeitpunkt ein Behandlungseffekt von über 1,00. Patienten mit einer Angststörung profitierten zum A- und E-Zeitpunkt mit einem mittleren Effekt von 0,70, bei A-K 0,64.

Für diese Arbeit wurde der BSI (Franke, 2004) als Kurzform des SCL-90-R (Franke, 2002) verwendet. Darum sollen nun die Ergebnisse dieses Messinstrumentes näher erläutert werden. Die Ergebnisse des SCL-90-R (Franke, 2002) ergaben bei A-E einen gemittelten Gesamteffekt von 0,72, bei A-K von 0,56. Einbezogen waren 11 Studien die die SCL-90-R (Franke, 2002) anführten.

(vgl. Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, S. 95 ff, 2006)

Der Anteil der Erwerbstätigen verringerte sich zwischen Aufnahme und Katamnesezeitpunkt von 71,7% auf 67,4%. Der Anteil der berenteten Patienten stieg von 2,4% auf 5,6%.

Die Zahl der Krankmeldungstage bei arbeitenden Studienteilnehmern sinkt um 37,5% welches 18,6 Tagen entspricht.

Die Zahl der Krankenhausaufenthaltstage sank um 51,3%, welches einen Rückgang von 3,9 Tagen bedeutet, die Anzahl der Arztbesuche sank um 17,7%, also 2,8 Tage.

Nach dem Ansatz von Wittmann 2002 ergab sich hochgerechnet auf 100.000 Behandelten Patienten ein volkswirtschaftlicher Nettonutzen von drei Milliarden Euro pro Behandlungsjahr. (nach Steffanowski., Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, S. 117 ff, 2006)

Wenn man davon ausgeht das Österreich ca. ein Zehntel der Einwohner Deutschlands hat, kann man immerhin einen Nutzen von 300 Millionen Euro annehmen, wobei die Anzahl der Rehabilitationsplätze geringer ist mit ca. 3900 erfolgten Rehabilitationen pro Jahr, kann man mit immerhin etwa 117 Millionen Euro pro Jahr jährlich rechnen.

4.8. Studienergebnisse: störungsspezifische Psychotherapie bei Schizophrenie

Bäumel, Pitschel-Walz, Berger, Gunia, Heinz & Juckl 2010 geben einen guten Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse betreffend Psychotherapie und Psychoedukation bei Psychosen. Nach Schaub, 2008 (zit. n. Bäumel et al., 2010, S. 181 ff) zeigt sich bei einem Vergleich zwischen supportiver Gesprächstherapie und ihrem verhaltenstherapeutischen Programm mit Psychoedukation und Stressmanagement ein signifikanter besserer Krankheitsverlauf in der bewältigungsorientierten Gruppe (N=197).

Bechdolf et al. 2004 (zit. n. Bäumel et al., 2010, S. 159) verglichen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppe mit einer psychoedukativen Gruppe. Beide Therapieformen führten zu einer signifikanten Besserung im Bereich der Psychopathologie. In der Gruppe der Patienten, die die kognitiv-behaviorale Gruppe besuchten gab es aber eine geringere stationäre Wiederaufnahmerate. (0% vs. 12,5%)

III) Empirischer Teil: Evaluation Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf 2009

1. Hypothesen

1.1. Haupthypothese:

H1: „Es gibt einen signifikanten Unterschied in der medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen zwischen Aufnahme und Entlassung“

H0: „Es gibt keinen Unterschied“

Es werden Effektstärken für den Gesamtscore GSI des BSI (Franke, 2000) zwischen Aufnahme und Entlassung berechnet, ebenso für die einzelnen Dimensionen des WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) hier sind statistisch signifikante Unterschiede zu erwarten. Ebenfalls verglichen wird der GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) zwischen Aufnahme und Entlassung verglichen und dabei Verbesserungen im Punktwert erwartet, bzw. ein Ansteigen bei jenen Patienten, die einen Wert über 60 Punkte erreichen.

Erfolgskriterien sind statistisch signifikante Unterschiede verschiedener Variablen (BSI, Franke, 2000; WHOQOL Bref, Angermeyer et al., 2000) bei Aufnahme und Entlassung. Die Effektgrößenberechnung erfolgt anhand der gepoolten Standardabweichung nach Leonhart 2004. Werte um 0,8 oder größer gelten als starker Effekt, Werte um 0,5 als mittlerer Effekt und Werte unter 0,2 als geringer Effekt. (vgl. Cohen, 1969, S. 38; 1992, S. 157)

1.2. Nebenhypothese:

H1: „Die störungsspezifische verhaltenstherapeutische Psychosegruppe in Podersdorf erzielt bessere Ergebnisse als eine störungsübergreifende Psychotherapiegruppe mit inhomogener Patientenverteilung in anderen vergleichbaren Einrichtungen.“

H0: „Es gibt keinen Unterschied zwischen den Psychotherapiegruppen der verschiedenen Einrichtungen“

Für die Diagnosegruppe F2- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen werden die gemittelten Werte bei Aufnahme und Entlassung für die Effektstärkenberechnung (Leonhart, 2004) des BSI (Franke, 2000) und WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) herangezogen. Darüber hinaus wird die kritische Differenz ermittelt, um Aussagen über die Wirksamkeit zu erzielen. Es wird mit statistisch signifikanten Veränderungen gerechnet. Zur Vergleichbarkeit werden auch Werte der Rehaklinik für seelische Gesundheit Klagenfurt und des Sonnenparks Bad Hall angeführt. Es sollen ähnliche oder signifikant bessere Ergebnisse erzielt werden.

2. Studiendesign:

2.1. Datenerhebung

Die ersten Daten wurden bei der Aufnahme erhoben. Die Studie ist eine Vollerhebung, das heißt alle Patienten werden mit einbezogen. Ausschlusskriterium sind mangelnde sprachliche und kognitive Fertigkeiten, vorzeitige Abbrüche und Verweigerung der Teilnahme.

Die Fragebögen wurden nach kurzer Erklärung der Studie vom Bezugstherapeuten in der ersten psychotherapeutischen Gruppensitzung verteilt.

Die Daten bei der Entlassung werden vom zuständigen Einzeltherapeuten in der letzten Woche ausgeteilt und wieder eingebracht.

[Anmerkung: Da auch die Sozialversicherungsnummer erhoben wird, gibt es immer wieder Bedenken von Seiten der Probanden.]

Die erhobenen Daten werden an das Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität Linz übermittelt.

Die Datensätze für Podersdorf 2009 und Bad Hall 2007-2009 wurden dem Autor vom Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität und Pro Mente Reha GmbH. freundlicherweise dem Autor zur Verfügung gestellt. Die Daten wurden im SPSS 11.5 Format übermittelt worden und werden vom Autor ausgewertet.

Für diese Arbeit standen die soziodemographischen Daten und Veränderungswerte Aufnahme-Entlassung zur Verfügung. Die Einbeziehung der Ergebnisse der Katamnese nach drei Monaten, 6 Monaten und einem Jahr Katamnese war aus zeitlichen Gründen nicht möglich, es liegen also nur die Daten vom Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung vor.

2.2. Testverfahren

Im Weiteren soll kurz näher auf die verwendeten Fragebogen eingegangen werden. Diese werden von der Pensionsversicherung als Hauptzuweiser und Vertragspartner für die laufende Evaluation vorgeschrieben.

Für die Evaluation der Pilotprojekte Bad Hall und Klagenfurt wurden ebenfalls diese Instrumente vorgeschrieben und eine Katamnese von drei bzw. sechs Monaten und einem Jahr vereinbart. Zusätzlich werden die Veränderungen vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung erhoben.

Auf die testtheoretischen Gütekriterien dieser Verfahren wird nicht näher eingegangen, hier sei auf vorhandene Publikationen der Autoren [Anm.: Franke, 2000; Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000; Saß, Wittchen & Zaudig, 2003] verwiesen.

(siehe auch Senft & Klautzer, 2007, S. 4)

2.2.1. BSI – Brief Symptom Inventory

Franke, 2000

Das Brief Symptom Inventory (BSI, Franke, 2000) ist eine Kurzform der SCL-90-R (Franke, 2002). Dieses Instrument dient zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

Es gibt 53 Items, die Aussagen zur Symptombelastung zulassen, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten - analog zur SCL-90-R (Franke, 2002) - zusammengefasst werden. Die Testperson gibt in einer Likertskala zwischen 0 und 4 sein subjektives Befinden an. Die Fragen des Fragebogens sind einfach formuliert, es werden zu komplexe psychopathologische Fachausdrücke bewusst vermieden.

(vgl. Franke, 2000)

Die Zuverlässigkeit wurde in einer Stichprobe von 529 nierensuffizienten Patienten getestet. Es fanden sich bei 9 Subskalen interne Konsistenzen zwischen $\alpha = .63$ und $\alpha = .85$. Bei erneuter Testung – Retest mit 50 Studierenden ergaben sich Werte zwischen $r_{tt} = .73$ und $r_{tt} = .92$.

Senft gibt in ihrer Arbeit 2007 die interne Konsistenz mit .90 an.

(Senft 2007a S. 4) Es gibt geschlechterabhängige Normen, zusätzlich werden T vor und nach Nierentransplantation, sehbeeinträchtigte Patienten und HIV-infizierte Patienten dokumentiert. Die Bearbeitungsdauer liegt zwischen 7 und 10 Minuten. (vgl. Franke, 2000)

2.2.2. WHOQOL-Bref - WHO-Quality of Life

Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000

Der WHOQOL-100 und der WHOQOL-BREF (Angermeyer et al., 2000) sind Instrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. In der Kurzfassung WHOQOL-Bref liegen 26 Items vor, welche die Dimensionen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt erfassen. Die Antworten bestehen aus einer fünfteiligen Skala (1-5) Der WHOQOL-100 hat 100 Items und erfasst die Dimensionen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Religion/Spiritualität.

Grundlage ist die Definition der Lebensqualität nach der Weltgesundheitsorganisation WHO, die die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im jeweiligen kulturellen Kontext und des jeweiligen Wertesystems einbezieht, und auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen eingeht.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Subskalen des WHOQOL Bref (Angermeyer, et al., 2000) liegt zwischen $r = .57$ und $r = .88$.

Die Fragebögen unterscheiden sehr gut zwischen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gesunden, sowie zwischen Personen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 7 Minuten.

(vgl. Angermeyer et al., 2000)

2.2.3. GAF – Global Assessment of Functioning

Saß, Wittchen & Zaudig, 2003

Die Global Assessment of Functioning-Skala (Saß et al., 2003) erfasst das allgemeine Funktionsniveau eines Menschen. Es basiert auf der Achse V des DSM IV. Es werden die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen erfasst. Die Skala geht von einem hypothetischen Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus und reicht von 0-100 Punkten. Bearbeitungsdauer ist ca. 5 Minuten.

(vgl. Saß et al., 2003)

2.3. Statistische Verfahren

Deskriptive Statistik wird zur Beschreibung der Stichprobe angewandt.

Daten zu ökonomischen und gesundheitsrelevanten Faktoren werden dargestellt, auch die Verteilung der GAF Werte (Saß, et al., 2003) sind mittels deskriptiver Statistik beschrieben.

Wilcoxon Test

Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wird für die Auswertung des GAF (Saß, et al., 2003) angewendet. Es wird errechnet, in welchem Ausmaß statistisch signifikante Veränderungen im Vergleich zum Ausgangswert bei der Aufnahme vorhanden sind, diese werden in eine Rangreihe gebracht.

t-Test

Wird zur Überprüfung des Unterschiedes zwischen zweier Stichprobenmittelwerten verwendet. Der t-Test wird für abhängige Stichproben, z.B. Mittelwerte von Aufnahme und Entlassung des BSI (Franke, 2000) und des WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) angewendet. Dabei soll geprüft werden ob sich statistisch signifikante Unterschiede ergeben.

Effektstärken Berechnung

Die Effektstärken wurden anhand der gepoolten Standardabweichung für abhängige Stichproben nach Leonhart (Leonhart, 2004, S.243) für den BSI (Franke, 2000) und den WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) berechnet, jeweils für Podersdorf und Bad Hall.

$$s_{\text{gepoolt}} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Zu diesem Zweck wurde ein Online Tool der Universität des Saarlandes verwendet. (<http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/bedeutung/effektstaerketool.htm> #Effektstaerke_t_abh%C3%A4ngig, 16.6.2010)

2.4. Therapeutisches Angebot für die psychiatrische Rehabilitation im Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf

2.4.1. Allgemeines

Der Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf wurde von der Pro Mente Reha GmbH. Ende August 2008 eröffnet und bietet für 26 Rehabilitanden einen stationären Platz.

Die Einrichtung wurde als Vorlaufprojekt für eine 100 Betten Rehaklinik am anderen Seeufer in Rust konzipiert und wird bis voraussichtlich Ende 2010 betrieben werden.

Danach ist eine Übersiedelung und Ausweitung vorgesehen.

Rechtsform ist eine Ambulanz mit angeschlossenen Hotelbetrieb. Das heißt die Einrichtung ist keine Sonderkrankenanstalt. Konsequenz daraus ist das es keine Ärzte und Pflegenachtdienste gibt sondern einen Bereitschaftsdienst der Pflege die nur im Notfall aktiv wird.

Die Beherbergung der Patienten erfolgt im ehemaligen Sporthotel Seewinkel, dem eine Sporthalle mit Tennis, Squash und Hallenfußball angeschlossen ist.

Der Ambulanzbetrieb findet in einer Containerstadt auf einem Außentennisplatz statt.

Das heißt alle Therapieräume sind in Containern untergebracht.

Der Neusiedlersee befindet sich 10 Gehminuten von der Einrichtung entfernt.

Im Sommer gibt es zahlreiche Aktivitäten wie Surfen, Schwimmen, Segeln und Minigolf, im Winter hingegen ist das Angebot begrenzt, von der neuen Therme in Frauenkirchen abgesehen.

2.4.2. Psychotherapie

Ein wesentlicher Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation ist die Psychotherapie, welche mit 9 von 22 (PVA Vorgaben) Einheiten pro Woche pro Patient den größten Teil des Therapieprogrammes ausmacht.

- Der Schwerpunkt liegt auf Gruppen, Gruppengröße maximal 12 Patienten.
- Es gab die Basisgruppe mit 4 Einheiten, die vom Bezugstherapeuten in seiner erlernten Psychotherapiemethode angeboten wird. Die Basisgruppe ist eine nicht näher definierte Psychotherapiegruppe die inhaltlich vom jeweiligen Bezugstherapeuten strukturiert wird.
- Eine Einheit Einzeltherapie pro Woche wird angeboten.
- Eine psychotherapeutische Morgenrunde findet täglich zwischen 08:30 und 09:00 Uhr statt, in welcher die Ereignisse der vorangegangenen Tage und die Anliegen für den aktuellen Tag besprochen werden. Darüber hinaus werden Konflikte zwischen Patienten oder mit dem Personal thematisiert.
- Zusätzlich gibt es eine Achtsamkeitsgruppe die eineinhalb Einheiten dauert. Inhalt ist eine abgewandelte Form des Moduls Achtsamkeit von Marsha M. Linehans Skillsmanual (1996b).
- Darüber hinaus gibt es sogenannte Triadengruppen, in welchen jeweils drei Patienten zwischen den Gruppensitzungen gemeinsam die Hausübungen besprechen und durchführen.

2.4.3. Medizinische Therapie

Zwei Mal pro Woche findet eine fachärztliche Visite statt. Darüber hinaus wird einmal wöchentlich eine Medikamentengruppe angeboten in welcher die Verbesserung der Compliance angezielt wird.

Darüber hinaus gibt es zusätzliche Gespräche falls Bedarf besteht.

Die meisten somatischen Untersuchungen und Probleme werden von niedergelassenen Ärzten der Umgebung durchgeführt und behandelt, da dies in der Rehaklinik nicht angeboten werden kann.

2.4.4. Andere Therapiebausteine

Neben den Schwerpunkten Psychotherapie und psychiatrisch medizinischer Therapie, sind Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit und Diätberatung wichtige Bausteine des Behandlungsplanes.

Die Ergotherapie setzt an den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ an. Diese umfassen im Allgemeinen alle Tätigkeiten, die zur Bewältigung des Alltagslebens notwendig sind.

Darüber hinaus werden die Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit sowie manueller Fertigkeiten trainiert, um eine bessere berufliche Wiedereingliederung zu erlangen.

Die Physiotherapie befasst sich mit einer gesunden Lebensführung mittels Bewegung.

Sportarten wie Nordic Walking und niederschwellige Bewegungsangebote finden statt.

Niederschwelligkeit soll einen besseren Transfer ins Alltagsleben ermöglichen.

Darüber hinaus wird eine Wirbelsäulengymnastik und Yoga angeboten.

Die Sozialberatung und das Nahtstellenmanagement dienen dazu, die Entlassung und auch einen möglichen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu planen und

Unterstützungsangebote zu finden. Die Nachsorge nach dem Aufenthalt ist ein

wichtiges Ziel da Rehabilitationsmaßnahmen ohne Fortführung wenig erfolgsversprechend wären.

Die Diätberatung soll die Lebensführung positiv beeinflussen und mögliche Nebeneffekte psychischer Erkrankungen, etwa Übergewicht oder Herz-Kreislaufkrankungen durch Inaktivität, beeinflussen.

Die Pflege als Anlaufstelle rund um die Uhr ist speziell geschult um den besonderen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Sie unterstützt auch Co-therapeutisch die Psychotherapie und bietet selbst Gruppenprogramme wie Entspannung und Achtsamkeit an. Beide Verfahren wurden in Fortbildungen erlernt.

2.4.5. Psychosegruppe

Im März 2009 wurde aufgrund der besonderen Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit Schizophrenie und Schizoaffektiven Störungen eine störungsspezifische Psychotherapiegruppe etabliert, die mit Anfang 2010 aus konzeptuellen und personellen Gründen beendet wurde. Dafür wurde ein verhaltenstherapeutischer Schwerpunkt gewählt. Eine Verhaltenstherapeutin, ein Praktikant für das verhaltenstherapeutische Fachspezifikum und ein Verhaltenstherapeut leiteten diese Psychotherapiegruppe.

[Anm.: letztgenannte Funktion wurde vom Verfasser dieser Arbeit erfüllt]

Ziel war es, die oft sehr unterschiedliche Belastbarkeit und Vulnerabilität in einem therapeutischen Konzept zu berücksichtigen.

Gruppengröße bewegte sich zwischen 7 und 10 Teilnehmern. Die Gruppe wurde offen geführt - das heißt ein Einstieg war jederzeit möglich, jeder konnte daran teilnehmen, aber niemand war dazu verpflichtet.

Daraus ergab sich ein relativ flexibles Therapieprogramm. Die Inhalte der einzelnen Termine wurden je nach Bedürfnislage den Teilnehmern angepasst.

Die Anzahl der psychotherapeutischen Gruppensitzungen wurde zugunsten einer Ausweitung der Ergotherapie verringert, im Ausmaß von 7 anstatt 9 Einheiten.

Prinzipiell wurde es Patienten empfohlen bei Überforderung die Therapiesituation jederzeit zu verlassen. Dieses Angebot wurde jedoch selten in Anspruch genommen.

Die psychiatrischen Pflegepersonen wurden darüber hinaus in einem verhaltenstherapeutischen Konzept geschult, um den Erfordernissen besser gerecht zu werden.

Schwerpunkt war die Unterstützung im Umgang mit belastenden Symptomen wie Denkstörungen, Anhedonie, Problemen mit der Strukturierung des Alltags und ähnlichem. Dazu wurden Bewältigungsstrategien und Skills aus der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) nach Marscha Linehan, 1996a und b vermittelt und die Patienten darin geschult diese selbstständig auszuführen.

Im Anschluss sollen kurz die Bausteine der verhaltenstherapeutischen Psychotherapiegruppe erläutert werden ohne näher auf die einzelnen Therapieelemente einzugehen.

Psychoedukation: Ein wichtiger Schwerpunkt des Psychotherapieprogramms war es, die Informationen über die Erkrankung zu vermitteln. Dabei wurde das Vulnerabilitäts Stress Modell herangezogen.

Frühwarnsymptome, Umgang mit Krisen und Belastungen wurden ebenso vermittelt wie der Umgang mit der Medikation, der einen wesentlichen Bestandteil dieses Behandlungsbausteins darstellt. Dieser Teil fand in der Medikamentengruppe statt, die von den betreuenden Ärzten durchgeführt wurde.

Problemlösen: Die Verbesserung der Problemlösekompetenz wurde anhand des Problemlöseprozesses nach Godfried und D'Zrullia, 1971 vermittelt. Dabei wurde die Gruppe als wichtige Ressource für Lösungsansätze genutzt.

Euthyme Verfahren: Die Verbesserung der Genussfähigkeit wurde sowohl praktisch in der Gruppe (nach Koppensteiner, 2004) geübt, als auch in Form von Aktivitäten außerhalb der Therapiezeit geplant.

Soziale Kompetenz: In der Form von Rollenspielen und Übungen (nach Hinsch & Pfingsten, 2007) wurde zwischen den Therapieeinheiten versucht, die soziale Kompetenz zu verbessern. Es wurde eine adaptierte Version des Gruppentrainings sozialer Kompetenz von Hinsch und Pfingsten zur Anwendung gebracht. Dieses Behandlungselement war für viele Patienten eine große Hürde und die Teilnahme an Rollenspielen nicht für jeden möglich. Das Modul Umgang mit Krankheit bzw. wie kommuniziere ich über meine Krankheit war hingegen eines der besten angenommenen.

Aktivitätsplanung: Die Planung und Strukturierung des Alltags ist eine der Hauptschwierigkeiten von Menschen mit Psychosen.

Hierbei wurden gemeinsame Wochenpläne auch für die Zeit nach der Entlassung erstellt und Aktivitäten festgelegt, die in den Alltag integriert werden können.

Zum einen war es das Ziel, die Stimmungslage zu stabilisieren, aber auch einen gesunden Umgang mit den Belastungsfaktoren zu finden.

Das Vorgehen entspricht dem von Hautzinger, das er 2003 publizierte.

Kognitive Strategien: Kognitive Strategien (siehe Beck, 1991) vor allem im Umgang mit inhaltlichen Denkstörungen, wurden auch in der Gruppe vermittelt, wobei dieser Teil eher in der Einzeltherapie eine größere Rolle spielte.

Achtsamkeit: Einfache und abgewandelte Achtsamkeitsübungen, nach Linehan, 1996a und b, wurden von den Patienten sehr wohlwollend angenommen. Diese wurden als Strategien zur Stressbewältigung aber auch zum Symptommanagement vermittelt.

Kognitives Training: Die Verbesserung der Aufmerksamkeit und der kognitiven Leistungsfähigkeit fand einerseits in der Ergotherapiegruppe statt, darüber hinaus gab es aber auch computergestütztes Einzeltraining, welches von Klinischen und Gesundheitspsychologen angeboten wurde

2.5. Stichprobenbeschreibung:

Bei einer Gesamtzahl von 240 Patienten (N=240) liegen von 139 Patienten oder 57,9 % vollständige Daten vor. Zu den einzelnen Fragen und Fragebögen gibt es zum Teil sehr unterschiedliche Stichprobengrößen, da das Ausfüllen auf freiwilliger Basis geschah. Nur einzelne Daten, die von der Institution bei der Aufnahme erhoben wurden, sind vollständig. Gründe für die Unvollständigkeit der Daten (N=101) waren bei 36,8% (N=35) eine Nichtteilnahme an der Studie, 5,3% (N=5) waren nicht in der Lage an der Studie teilzunehmen, bei 2,1% (N=2) hat der Therapeut vergessen die Unterlagen auszuteilen.

Bei 33,7% (N=32) sind die Unterlagen nicht zurückgekommen, wobei hier dafür keine Ursache angegeben wurde. Sonstige Gründe lagen bei 1,1% (n=1) vor. 21,1 (N=20) brachen den Rehabilitationsaufenthalt vorzeitig ab.

Der Anteil der Frauen liegt bei 62,9% (N=151), der Anteil der Männer liegt bei 37,1% (N=89).

(Siehe Abb. 3)

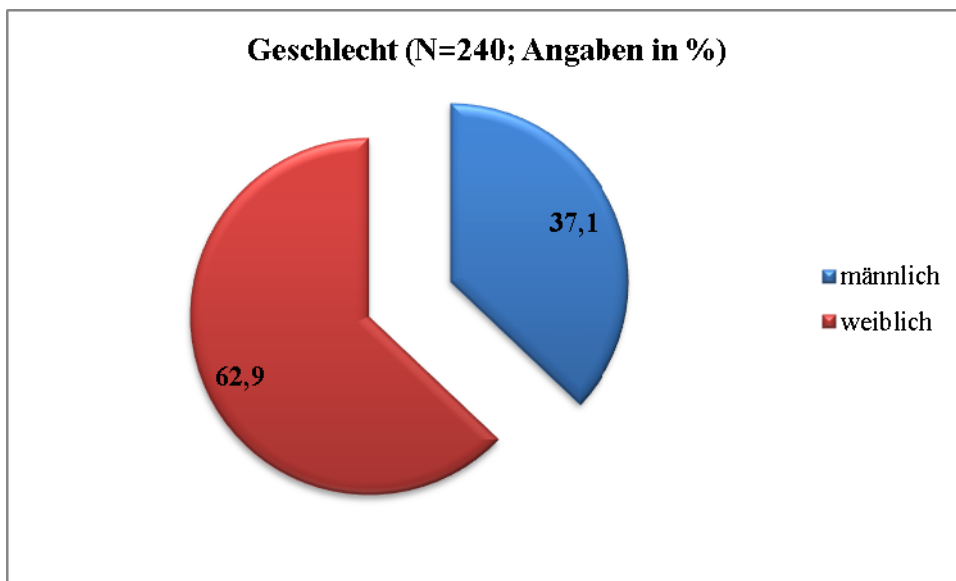


Abb. 3: Tortendiagramm, Geschlechterverteilung Podersdorf 2009

Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 42,63 Jahren (SD=9,50), die Altersspanne reicht von 19 bis zu 62 Jahren. Die Hälfte aller Patienten ist unter 44 Jahre alt, ein Viertel ist älter als 50 Jahre. Ein Viertel der Gesamtzahl ist jünger als 35 Jahre.

Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 43,39 Jahren (SD=8,81), jenes der Männer bei 41,35 Jahren (SD=10,50).

(Siehe Abb. 4)

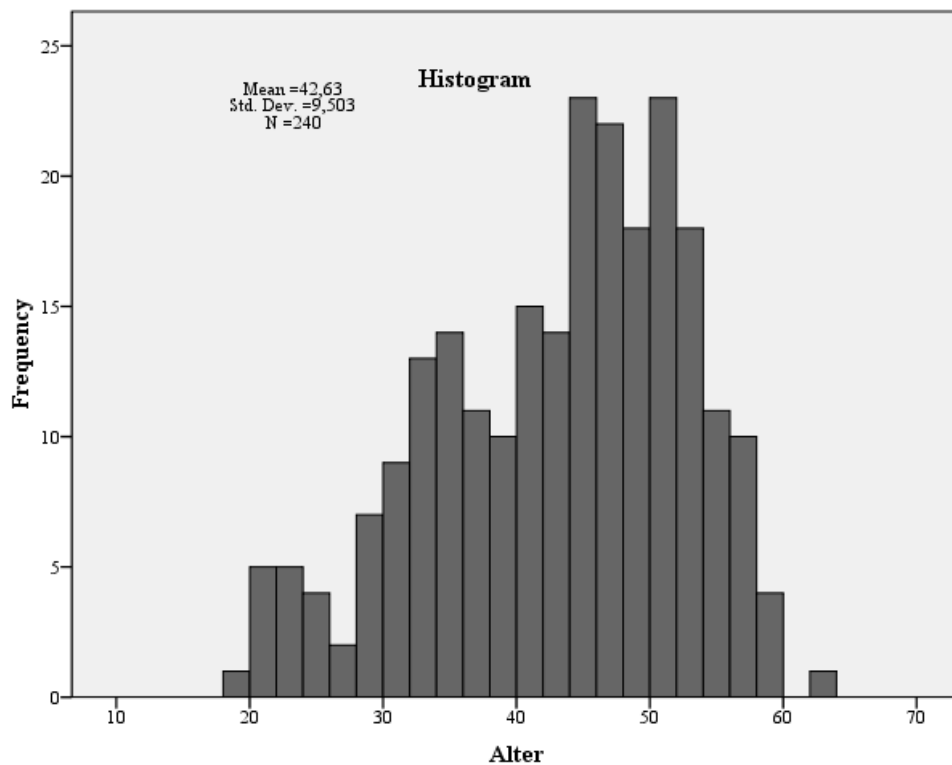


Abb. 4: Histogramm, Altersverteilung Podersdorf 2009

Zur Frage der Zuweiser gibt es von 229 Personen vorhandene Daten. Die Mehrheit der Patienten (47,6%, N=109) wurde von der Pensionsversicherung zugewiesen. Darauf folgen mit 24,5% (N=56) die von Fachärzten für Psychiatrie zugewiesenen Patienten. An dritter Stelle der Zuweisungen liegen mit 14% (N=32) Patienten die durch Hausärzte zugewiesen wurden. 6,1% (N=14) der Zuweisungen erfolgten durch Krankenhäuser im Sinne eines Anschlussheilverfahrens.

Gebietskrankenkassen überwiesen 3,1% (N=7) der Patienten. Sonstige Sozialversicherungsträger überwiesen 4,8% (N=11).

(Siehe Abb. 5)

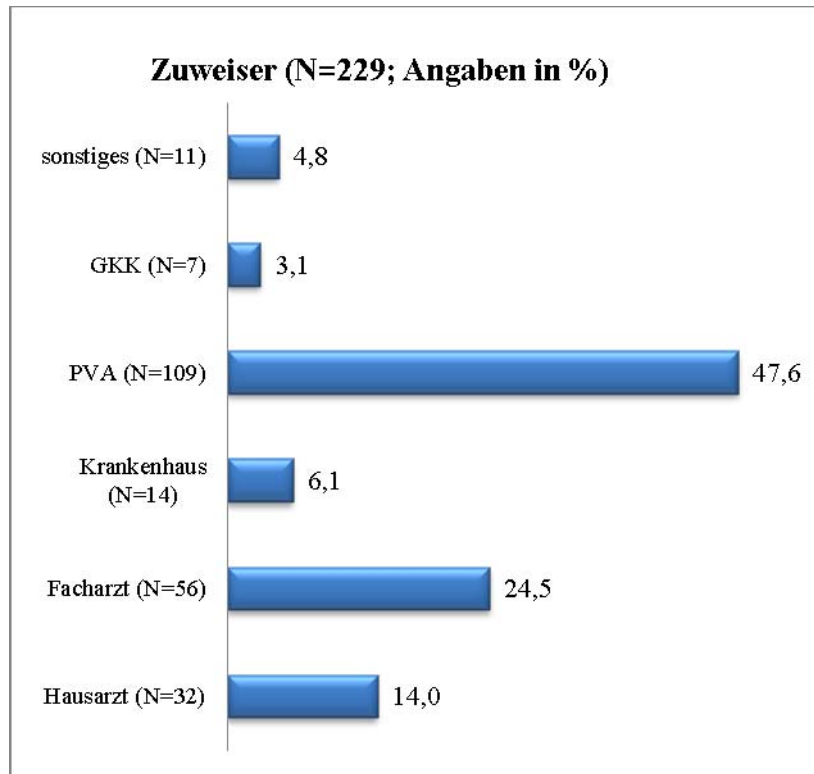


Abb. 5: Balkendiagramm, Verteilung Zuweiser Podersdorf 2009

Die Zahl der verheirateten Studienteilnehmer liegt bei 35,4% (N=62). Geschieden oder getrennt leben 24,6% (N=43). Dritt größte Gruppe sind mit 22,9% (N=40) ledige Teilnehmer. In fester Partnerschaft leben 14,3% (N=25) der Patienten. Verwitwet sind 2,9% (N=5). (Siehe Tab. 12)

Tab.12: Familienstand Podersdorf 2009

Familienstand	%	N
ledig	22,9	40
getrennt/geschieden	24,6	43
verheiratet	35,4	62
in fester Partnerschaft	14,3	25
verwitwet	2,9	5
Total	100	175

Die häufigste höchste abgeschlossene Schulbildung ist der Hauptschulabschluss mit 39,9% (N=69), gefolgt von 26% (N=45) weiterführende Fachschulen, 19,7% (N=34) Matura und 6,9% Hochschulabschluss (N=12).

In schulischer Ausbildung befinden sich 1,2% (N=2). Eine Person bzw. 0,6% hat einen Sonderschulabschluss, 4% (N=7) einen Volksschulabschluss und eine Person (0,6%) hat keinen Abschluss. (Siehe Tab. 13)

Tab.13: Höchste abgeschlossene Schulbildung Podersdorf 2009

höchste abgeschlossene Schulbildung	%	N
Sonderschule	0,6	1
Volksschule	4,0	7
Hauptschule	39,9	69
weiterf. Fachschule	26,0	45
Matura	19,7	34
Hochschulabschluss	6,9	12
in schul. Ausbildung	1,2	2
ohne Abschluss	0,6	1
sonstiges	1,2	2
Total	100	173

Von den 173 vorhandenen Daten zum beruflichen Status sind 34,7% (N=60) berufstätig, 39,9% (N=69) arbeitslos, 14,5% (N=25) in Pension, 2,9% (N=5) besuchen ein Arbeitstraining oder haben einen geschützten Arbeitsplatz. Sonstige Angaben gibt es bei 8,1%, davon sind zwei Personen im Haushalt tätig, drei Personen in Ausbildung und 9 Personen geben „anderes“ an. (Siehe Abb. 6)

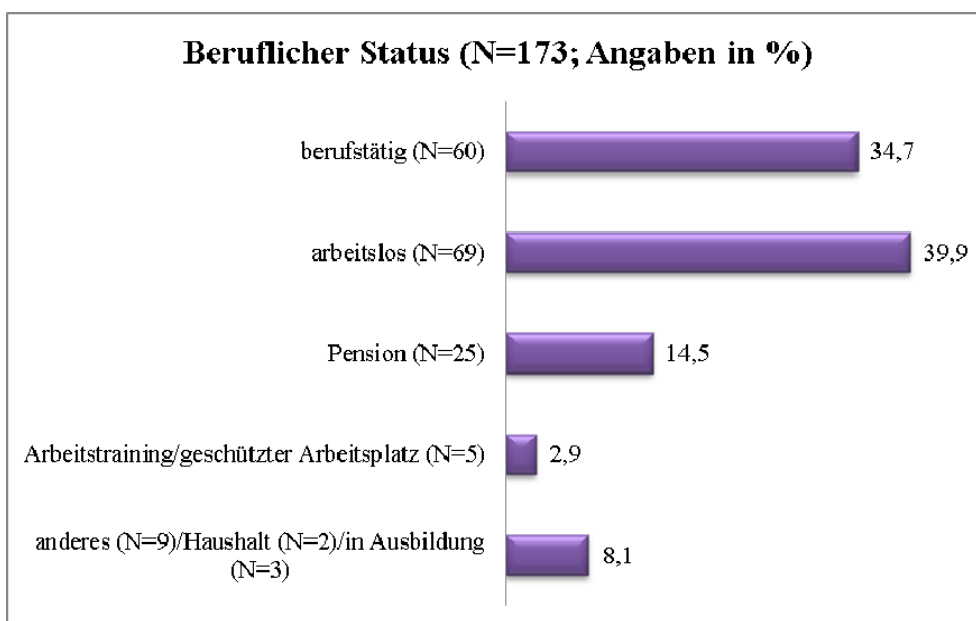


Abb. 6: Balkendiagramm, Beruflicher Statut bei der Aufnahme Podersdorf 2009

Von den 60 berufstätigen Personen haben 2 einen Pensionsantrag gestellt, bei den Arbeitlosen sind es 19 von 67, bei andere Angaben sind es 5 von 9 Personen.

Von den Pensionsempfängern haben 4 von 5 einen Antrag gestellt, was durch eine befristete Pension erklärt werden kann. Die eine Person die im Haushalt tätig ist hat ebenfalls einen Pensionsantrag gestellt, ebenso eine von zwei Personen die sich im Arbeitstraining befinden.

Zur höchsten Berufsausbildung hier liegen Angaben von 140 Personen vor. Dazu gibt es folgende Angaben: 43,6% (N=61) haben eine Lehre abgeschlossen, 19,3% (N=27) eine Fachschule oder eine Meisterprüfung, 13,6% (N=19) haben keinen Abschluss, 12,1% (N=17) absolvierten eine Universität oder Fachhochschule, 1,4% (N=2) sind in Ausbildung und sonstige Abschlüsse absolvierten 10% (N=14).

Von 240 Teilnehmern haben 169 Angaben zur beruflichen Stellung gemacht. 37,3% (N=64) sind einfache Angestellte, 19,5% (N=33) ungelernete Arbeiter, 18,9% (N=32) qualifizierte Angestellte, 8,9% (N=15) Facharbeiter, 4,7% (N=8) qualifizierte Beamte, 1,2% (N=2) einfache Beamte, 4,1% (N=7) Selbstständige und 4,7% (N=8) „anderes“.

Insgesamt gibt es 40 vorzeitige Abbrüche der Behandlung, 21 Personen wurden durch das Haus bzw. die Einrichtung entlassen, 9 Personen haben selbst den Aufenthalt vorzeitig abgebrochen, 6 Personen wurden aus psychiatrischen Gründen entlassen, 3 haben den Aufenthalt einvernehmlich beendet und 1 Person wegen somatischen bzw. körperlichen Gründen.

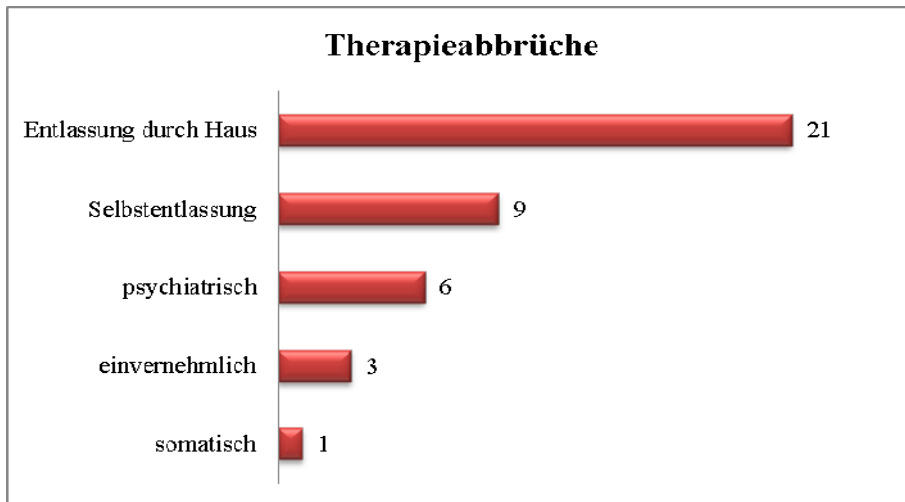


Abb.7: Balkendiagramm, Therapieabbrüche Podersdorf 2009

Angaben zu Krankenständen sind von 139 Personen vorhanden, 71,9% (N=100) geben an in den letzten 12 Monaten vor der Aufnahme im Krankenstand gewesen zu sein.

Die Entlassungsdiagnosen (N=231) sind wie folgt: 0,4% (N=1) F1 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten durch psychotrope Substanzen, 13% (N=30) F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, 47,6% (N=110) Affektive Störungen, 29,9% (N=69) F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, 0,9% (N=2) F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren, 7,8% (N=18) F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und 0,4% (N=1) F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit. (Siehe Tab. 14)

Tab. 14: Psychiatrische Hauptdiagnosen bei der Entlassung nach ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) Podersdorf 2009

Psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD10	%	N
F1 - Psych. und Verhaltensstör. durch psychotrope Substanzen	0,4	1
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	13,0	30
F3 - Affektive Störungen	47,6	110
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	29,9	69
F5 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen oder Faktoren	0,9	2
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	7,8	18
F9 - Verhaltens- und emot. Störungen mit Beginn in der Kindheit	0,4	1
Total	100	231

3. Auswertung und Testergebnisse

3.1. Brief Symptom Inventory – BSI (Franke, 2000)

Der Mittelwert der Gesamtgruppe lag bei der Aufnahme bei 1,16 (SD=0,77) und reduzierte sich bis zum Entlassungszeitpunkt auf durchschnittlich 0,77 (SD=0,68). Die Bedeutsamkeit des Unterschieds kann mit einer Effektgröße von 0,53 als mittel eingestuft werden. (Siehe Abb. 8 und Tab. 15)

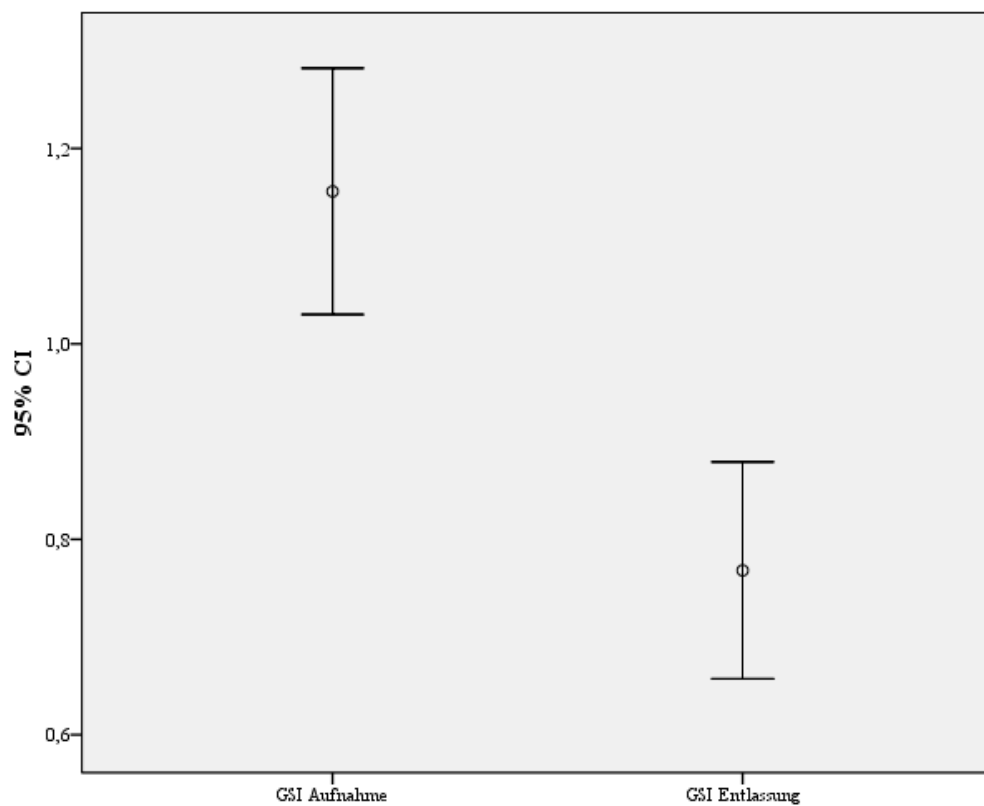


Abb. 8: Bloxspot, BSI (Franke, 2000) Gesamtgruppe Mittelwert und Streuung
Podersdorf 2009

Ergebnisse nach Diagnosegruppen: Für F2-Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen kann aufgrund der kleinen Subgruppengröße (N=16) und der geringen Änderungswerten keine Effektstärke berechnet werden. Der Mittelwert des GSI für F3-Affektive Störungen (N=71) lag bei der Aufnahme bei 1,24 (SD=0,74) und bei der Entlassung bei 0,75 (SD=0,63), welches eine Effektstärke von 0,70 ergibt und als mittlerer bis großer Effekt eingestuft werden kann.

Der GSI (Franke 2000) wird anhand des Mittelwertes aller Items des BSI (Franke, 2000) errechnet. Bei Männern ist der Wert ab 0,98 auffällig und bei Frauen ab 1,06, das entspricht einem T-Wert von 63.

Für F4-Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=46) ist der Mittelwert bei der Aufnahme 1,20 (SD=0,83) und bei der Entlassung 0,87 (SD=0,76). Somit ergibt sich eine Effektgröße von 0,42, welches einem mittleren Effekt entspricht. Der Mittelwert für F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7) lag bei der Aufnahme bei 1,22 (SD=0,86) und bei der Entlassung bei 0,75 (SD=0,48). Die Effektstärke ist mit 0,68 als mittel bis stark anzusehen. (Siehe Tab. 15)

Tab. 15: Ergebnisse GSI (Franke, 200) Gesamtgruppe Podersdorf 2009

GSI Brief Symptom Inventory	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
Prä-Post Gesamtgruppe	1,16	0,77	0,77	0,68	145	8,03	<0,001	0,53
nach Diagnosegruppen								
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=16)	0,71	0,61	0,59	0,71	15	1,148	,269	/
F3 - Affektive Störungen (N=71)	1,24	0,74	0,75	0,63	70	6,824	,000	0,70
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=46)	1,20	0,83	0,87	0,76	45	3,825	,000	0,42
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7)	1,22	0,86	0,75	0,48	6	1,915	,104	0,68

Ergebnisse F2-Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen:

Für die Gruppe F2-Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (N=16) wurde die kritische Differenz berechnet, um eine Aussage über die Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahme treffen zu können. Die Veränderungen müssen mindestens im Ausmaß der kritischen Differenz von 7,33 sein. Bei 12,5% (N=2) der Patienten gibt es eine statistisch signifikante Verschlechterung, bei 43,8% (N=7) finden sich keine signifikanten Veränderungen und bei 43,8% (N=7) zeigen sich signifikante Verbesserungen. Fehlende Daten gab es von 14 Personen die mit dieser Diagnose 2009 aufgenommenen worden waren. (Siehe Tab. 16)

Tab. 16: Signifikante Veränderung BSI (Franke, 2000) bei Entlassung Podersdorf 2009

Podersdorf - Signifikante Veränderung BSI bei Entlassung		
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen		
	%	N
signifikante Verschlechterung	12,5	2
keine signifikante Veränderung	43,8	7
signifikante Verbesserung	43,8	7
Total	100	16
Fehlende Daten		14
Gesamt		30

Für die Gruppe F2 liegen Vergleichsdaten aus der Rehaklinik für seelische Gesundheit aus Klagenfurt vor. Darin sind alle Patienten seit dem Beginn 2002 erfasst.

Es ergibt sich eine Effektstärke von 0,48 und ist somit als mittlerer Effekt zu sehen.

Ebenfalls errechnet wurde die kritische Differenz errechnet. Bei 6,1% (N=13) gibt es statistisch signifikante Verschlechterungen, bei 52,3 (N=112) zeigen sich keine Veränderungen und bei 41,6% (N=89) gibt es signifikante Verbesserungen.

(Siehe Tab. 17)

Tab. 17: Signifikante Veränderung BSI (Franke, 2000) bei Entlassung Klagenfurt

Klagenfurt - Signifikante Veränderung BSI bei Entlassung		
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		
	%	N
signifikante Verschlechterung	6,1	13
keine signifikante Veränderung	52,3	112
signifikante Verbesserung	41,6	89
Total	100	214
Fehlende Daten		14
Gesamt		228

3.2. Global Assessment of Functioning – GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003)

Der Mittelwert des GAF (Saß, et al., 2003) bei der Aufnahme lag bei 51,70 (N=203, min. 15, max. 85) und bei der Entlassung 56,49 (N=200, min. 15, max. 85).

Bei 12% (N=24) der Patienten ergaben sich negative Veränderungen, bei 45,5% (N=91) der Patienten positive Veränderungen um mindestens 10 Punkte und bei 42,5% (N=85) ergaben sich keine Veränderungen im GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). (Siehe Tab. 18)

Tab. 18: Wilcoxon GAF Score (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) Aufnahme – Entlassung, Podersdorf 2009

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
GAF Entlassung Ärzte - GAF Aufnahme Ärzte	Negative Ranks	24 ^a	50,98	1223,50
	Positive Ranks	91 ^b	59,85	5446,50
	Ties	85 ^c		
	Total	200		

- a. GAF Entlassung Ärzte < GAF Aufnahme Ärzte
- b. GAF Entlassung Ärzte > GAF Aufnahme Ärzte
- c. GAF Entlassung Ärzte = GAF Aufnahme Ärzte

Im Bereich 81-90 Punkte gab es einen Zuwachs von 4%, im Bereich 71 bis 80 Punkte einen Anstieg von 6,9% auf 11,9% und bei 61 bis 70 Punkte einen Zuwachs von 9,1%. In allen anderen Bereichen außer dem von 21 bis 30 Punkten (+0,6%) gab es eine Abnahme der Anzahl von Patienten mit niedrige Punkten zugunsten der Zunahme in den höheren Punktebereichen.

Bei der Entlassung gab es bei 40,8% (N=200) einen Wert über 60 Punkten welches den, bei der Aufnahme waren es 21,7%. (Siehe Abb. 9)

Die Beschreibung zu den GAF Werten zwischen 61-70 lautet:

Einige leichte Symptome (z.B. depressiven Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schulschwänzern oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen. (GAF Fragebogen, Saß, Wittchen & Zaudig, 2003)

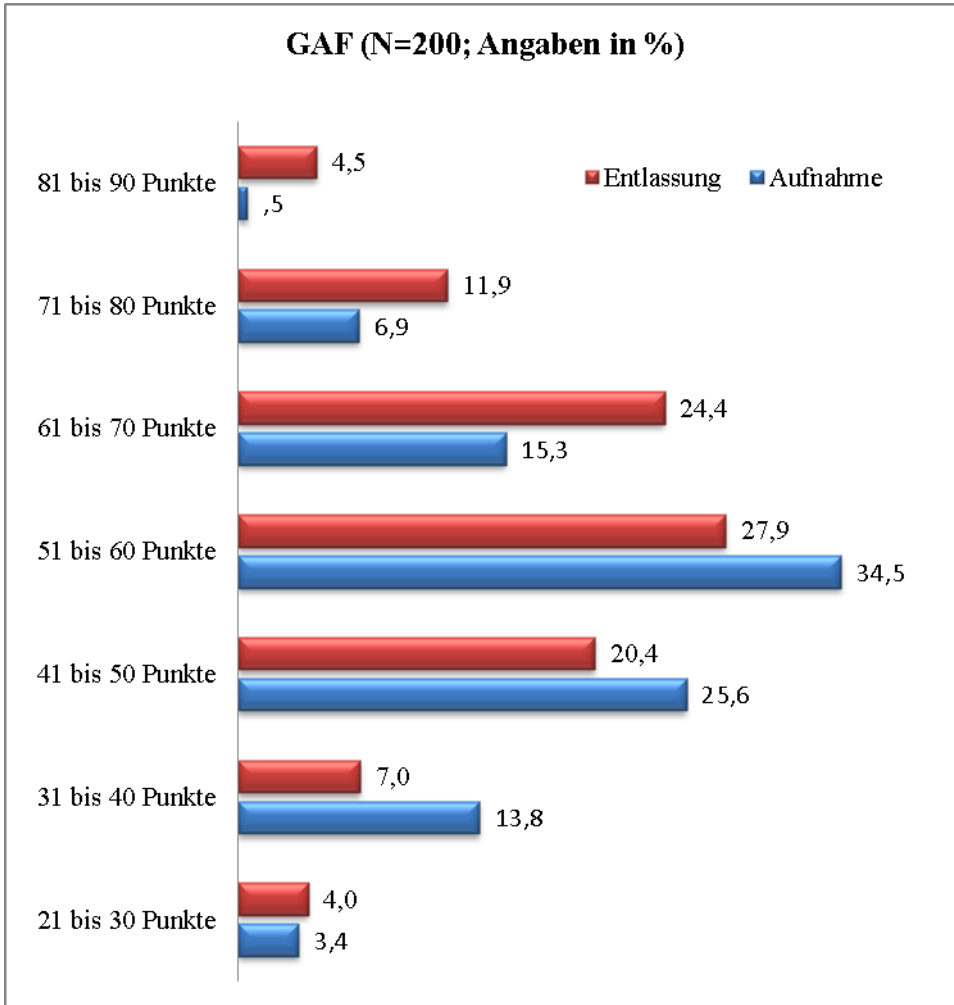


Abb. 9: Balkendiagramm, Veränderungen im GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003), Punkteverteilung Poderdorf 2009

3.3. World Health Organization Quality of Life Bref – WHOQOL Bref (Angermayer, Kilian & Matschinger, 2000)

Die Effektstärke der Gesamtgruppe des WHOQOL Bref (Angermayer, et al., 2000) ergibt in der Domäne „global“ 0,55, in „physisch“ 0,31, in „psychisch“ 0,56, in „soziale Beziehungen“ 0,22 und in „Umwelt“ 0,20. Es ergibt sich somit ein schwacher bis mittlerer Effekt von 0,20 bis 0,56. (Siehe Tab. 19)

Tab. 19: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, et al., 2000) Gesamtgruppe

Podersdorf 2009

Gesamtgruppe	M _A	SD _A	M _E	SD _E	df	t	p	ES
global	49,48	21,7	61,36	21,49	142	-7,84	<.001	0,55
physisch	58,00	19,71	64,42	20,99	143	-5,26	<.001	0,31
psychisch	47,90	19,96	59,20	20,30	141	-7,47	<.001	0,56
soziale Beziehungen	56,24	25,32	61,54	23,22	142	-3,16	.002	0,22
Umwelt	67,34	17,21	70,64	16,40	143	-3,13	.002	0,20

Für die Domäne „global“ kann keine Effektstärke für die Diagnosegruppe F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=16) errechnet werden. Die Ausgangswerte bei der Aufnahme waren durchschnittlich und die Anzahl der Stichprobe war zu klein um eine Aussage treffen zu können. Für die Gruppe F3 – Affektive Störungen (N=69) liegt die Effektstärke bei 0,77, es kann also von einem mittleren bis starken Effekt gesprochen werden. Bei F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=45) ist sie mit 0,40 im mittleren bis schwachstraken Bereich. Für F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7) ist keine Berechnung möglich.

(Siehe Tab. 20)

Tab. 20: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)

Domäne „global“ Podersdorf 2009

global	M _A	SD _A	M _E	SD _E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=16)	64,06	20,35	67,19	15,73	15	-0,67	.510	/
F3 - Affektive Störungen (N=69)	48,01	20,85	63,77	20,13	68	-7,02	<.001	0,77
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=45)	46,67	22,83	56,11	24,37	44	-3,75	.001	0,40
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7)	50	10,21	51,79	15,19	6	-0,35	.736	/

In der Domäne „physisch“ kann nur für die Gruppe F3 - Affektive Störungen (N=70) die Effektstärke errechnet werden, diese liegt mit 0,52 im mittleren Bereich.

(Siehe Tab. 21)

Tab. 21: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, et al., 2000) Domäne „physisch“ Podersdorf 2009

physisch	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=16)	62,72	16,07	66,52	15,31	15	-0,99	.338	/
F3 - Affektive Störungen (N=70)	57,55	17,48	67,09	19,23	69	-5,33	<.001	0,52
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=45)	55,77	23,88	59,47	23,96	44	-1,77	.084	/
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7)	62,76	17,72	60,20	22,53	6	0,83	.441	/

Für die Domäne „psychisch“ ergibt sich für F3 - Affektive Störungen (N=70) eine Effektstärke von 0,76 und bei F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=44) eine von 0,42. Diese kann als mittel bis groß eingeschätzt werden.

(Siehe Tab. 22)

Tab. 22: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Domäne „psychisch“ Podersdorf 2009

psychisch	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=16)	58,33	19,78	61,97	16,73	15	-1,02	.325	/
F3 - Affektive Störungen (N=70)	44,32	18,51	59,08	20,52	69	-6,54	<.001	0,76
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=44)	49,58	21,03	58,56	21,81	43	-3,25	.002	0,42
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7)	44,76	21,71	54,17	19,39	6	-1,74	.113	/

In der Domäne „soziale Beziehungen“ beträgt die Effektstärke bei F3 - Affektive Störungen (N=69) 0,32 und entspricht einen kleinem Effekt. (Siehe Tab. 23)

Tab. 23: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, et al., 2000) Domäne „Soziale Beziehungen“ Podersdorf 2009

Soz. Beziehungen	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=16)	60,42	23,07	64,32	23,57	15	-0,87	.398	/
F3 - Affektive Störungen (N=69)	50,12	24,57	57,97	24,80	68	-3,00	.004	0,32
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=45)	65,37	23,50	66,76	20,19	44	-0,49	.628	/
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7)	51,19	31,71	58,33	20,97	6	-1,00	.500	/

Für „Umwelt“ ergibt sich ein kleiner Effekt von 0,31 für F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=45). (Siehe Tab.24)

Tab. 24: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000) Domäne „Umwelt“ Podersdorf 2009

Umwelt	M_A	SD_A	M_E	SD_E	df	t	p	ES
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=16)	68,36	15,26	72,77	14,47	15	-1,22	.241	/
F3 - Affektive Störungen (N=70)	68,82	17,75	70,60	17,53	69	-1,33	.189	/
F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=45)	65,11	17,59	70,10	14,54	44	-2,32	.025	0,31
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=7)	71,43	15,57	74,11	9,89	6	-0,73	.494	/

4. Interpretation der Datenlage

Die Interpretation der Datenlage ist unter Berücksichtigung des Studiendesigns und der vorhandenen Daten sehr schwierig und kann nur eingeschränkt als aussagekräftig angesehen werden. Alle Studien in Österreich weisen ein gemeinsames Problem auf, nämlich das Fehlen einer Kontrollgruppe: alle Studien sind Einzelgruppenstudien. Ebenfalls gibt es nur geringe Rücklaufquoten um die 50%, in Podersdorf waren es 57.6%. Es gibt nur Selbstbeurteilungsverfahren in der Katamnese. „Harte Daten“ wie Krankenstände, Berufsstatus, Krankenhausaufenthalte sind nur anhand von Angaben der Patienten vorhanden. Die „Teilhabe“ im Sinne des ICF (www.dimidi.de, 2010) ist überhaupt nur schwer fassbar, indirekt aber über den GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) und die Lebensqualität – WHOQOL (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) ableitbar.

In den vorhandenen Datensätzen aus Podersdorf 2009 und Bad Hall 2007-2009 fehlen Katamneseerhebungen und somit wichtige Daten zur Einschätzung der beruflichen und sozialen Integration und damit kann nichts über Langzeitwirkung des Aufenthaltes gesagt werden.

Die Studienpopulation ist klein, 139 von 240 (57,6%) Patienten der Rehabilitanden haben vollständige Daten abgegeben. Es ist anzunehmen das nicht Antwortende unzufriedener mit dem Aufenthalt sind, oder Angst davor haben eine zu große Besserung könnte ihre Pensionierung gefährden.

Aus diesem Blickwinkel soll nun eine eingeschränkte Beurteilung des Erfolges der Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen. Was die Studie jedoch ermöglicht, ist Auskünfte über die Reduktion der Beschwerden und die subjektiv erlebte Veränderung der Lebensqualität zu geben.

Die Ergebnisse des BSI (Franke, 2000) der Gesamtgruppe sind mit 0,53 als mittlere Effektstärke anzusehen und sind im Vergleich zu den anderen Rehabilitationseinrichtungen in Österreich durchwegs im Durchschnitt.

Allerdings sind die Werte der Gesamtgruppe in Podersdorf 2009 bei der Aufnahme des GSI (Franke 2000) mit 1,16 etwas niedriger als zum Beispiel in Kärnten mit 1,46 (bei der Aufnahme) 2007 und Bad Hall von 1,27 zwischen 2007 und 2009. Es kann somit von einer geringeren Symptombelastung ausgegangen werden.

Für die Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen ergeben sich Effektstärken von 0,70 zwischen Aufnahme und Entlassung im Jahr 2009, was vorsichtigen Optimismus für diese Gruppe rechtfertigt. Hier liegen die Aufnahmewerte des GSI (Franke, 2000) bei 1,24 in Podersdorf und bei 1,33 in Bad Hall 2007-2009. Auch die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen zeigen mittlere bis große Effekte bei 0,68 ES. Im Vergleich dazu Bad Hall bei 0,73. Auch für Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen sind schwach mittlere Effekte mit 0,42 erzielt worden. Für Menschen mit Psychosen fehlen aussagekräftige Daten, wobei es bei 43,8% im BSI (Franke, 2000) mittels kritischer Differenz signifikante Verbesserungen gab. Für einen Vergleich siehe Tab. 25.

Tab. 25: Übersicht der Studienergebnisse, Einrichtungen für psychiatrische Rehabilitation

Übersicht: Studienergebnisse Symptombelastung					
Einrichtung	Jahr	d_{pool} BSI		d_{pool} SCL-R90	
		GSI A-E	GSI 12Monate	GSI A-E	GSI 12Monate
Podersdorf	2009	0,53	X	X	X
Bad Hall	2002	0,68	0,31	X	X
	2003	0,58	0,21	X	X
	2007-2009	0,46	X	X	X
Klagenfurt	2002	X	X	X	X
	2006	0,48	X	X	X
	2007	0,42	X	X	X
Mesta	2006	X	X	0,70	0,45

Für den WHOQOL (Angermeyer, Kilian & Matschinger 2000) liegen die Effektstärken bei 0,20 bis 0,55 sind somit als schwach bis mittel anzusehen. Menschen mit der Diagnosegruppe mit affektiven Störungen bekommen Effektstärken bis 0,77 in der Domäne Global und schneiden damit am besten ab.

Allerdings muss hier davon ausgegangen werden, dass die Domänen „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ in denen die Effektstärken der Gesamtgruppe bei 0,22 und 0,20 liegen, durch einen sechs wöchigen Rehabilitationsaufenthalt nur schwer beeinflusst werden können. Hingegen sind die anderen Domänen „global“ (0,55 ES), und „psychisch“ (0,56 ES) im Sinne der zurückgehenden Symptombelastung durch die Therapie eher beeinflussbar, hier sind dementsprechend auch mittlere Effekte erzielt worden.

Die Werte des GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) verbesserten sich nahezu bei allen Patienten. Die Werte über 60 Punkte, die freilich eine willkürliche Grenze darstellt, verdoppelten sich nahezu von 21,7% auf 40,8% bei der Entlassung.

Insgesamt kann man trotz all den Einschränkungen die Haupthypothese „Es gibt einen signifikanten Unterschied in der medizinische Rehabilitation psychischer Störungen zwischen Aufnahme und Entlassung“ als bestätigt ansehen, da es bei allen Diagnosen und Patienten positive Veränderungen gibt. Um eine weitere Beurteilung des Behandlungserfolges in Podersdorf abgeben zu können, müsste man Katamnesedaten sammeln und auswerten.

Für die Nebenhypothese „Die störungsspezifische verhaltenstherapeutische Psychosegruppe in Podersdorf erzielt bessere Ergebnisse als eine störungsübergreifende Psychotherapiegruppe mit inhomogener Patientenverteilung in anderen vergleichbaren Einrichtungen.“ lassen sich keine haltbaren statistische Hinweise finden, die eine Bestätigung der Hypothese rechtfertigen. Die an sich niedrige Patientenzahl und die ausgewerteten Daten von wenig über der Hälfte der Probanden in Podersdorf 2009 reichen nicht, um eine weitreichende Aussage treffen zu können. Es fehlen immerhin die Daten von 14 der 30 Patienten. Auch der Ausgangswert dieser Gruppe im GSI des BSI (Franke, 2000) ist mit 0,82 nahezu unauffällig, daher sind messbare Veränderungen nicht möglich, bzw. nicht relevant.

Nur die statistisch signifikanten Verbesserungen bei 43,8% des BSI (Franke, 2000) geben Hoffnung, dass diese Intervention wirksam war. Im Vergleich zu Klagenfurt sind diese aber nahezu identisch (41,6%). Um diese Frage zu klären bedarf es weiterer Untersuchungen. Vorerst scheint es also keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Psychotherapieprogrammen zu geben.

Insgesamt scheinen Menschen mit affektiven Störungen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen am meisten von der Rehabilitationsmaßnahme zu profitieren. Menschen mit affektiven Störungen erreichen nahezu Werte wie in der MESTA Studie von Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2006. Für Menschen mit anderen Diagnosen lässt sich sagen, dass sich die Werte, soweit auswertbar, im Durchschnitt der österreichischen Einrichtungen bewegen.

IV) Zusammenfassung

Die medizinische psychiatrische Rehabilitation ist mit ihrem 8 Jährigen Bestehen eine eher junge Ergänzung der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Österreich. Und sie ist wirksam, das beweisen bisher alle systematischen Untersuchungen. In Anbetracht der vorhandenen Daten und Studien zur Effektivität lässt sich auf jeden Fall eine Hintanhaltung von Verschlechterungen bzw. die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Integration ableiten. Eine Verbesserung gibt es in einigen Fällen am Ende des Aufenthaltes (Podersdorf 2009, Bad Hall 2002, 2003 und 2007-2009 und Klagenfurt 2006 und 2007).

In diesem Bereich bedarf es vor allem weiterer Forschung und Verbesserung der Nachsorge nach der Rehabilitation. Die Pensionsversicherung plant eine „Rehanachsorge“ oder Phase III Rehabilitation im Anschluss an die stationären und ambulanten Phase II Aufenthalte. Dies ist sicher ein wichtiger Schritt in Richtung Verbesserung der Versorgungslage und kann die zum Teil verschwindenden Effekte der Rehabilitation möglicherweise stabilisieren und verhindern. Vielleicht wird es auch weitere Verbesserungen geben. Auf die Evaluation dieser Maßnahme blickt der Autor mit großem Interesse.

Die Intervention medizinischer Rehabilitation bei psychischen Störungen scheint gelungen zu sein. Zumindest die subjektive Einschätzung am Ende des stationären Aufenthaltes weist darauf hin. Eine langfristige Untersuchung steht wie erwähnt noch aus.

Ein Vergleich mit ebenfalls psychisch kranken Patienten, die keine Rehabilitation in Anspruch genommen haben, wäre sinnvoll. Dies ist zwar auch vorsichtig zu interpretieren, gibt jedoch dennoch Hinweise auf die Nützlichkeit des Rehabilitationsaufenthaltes.

Wenn diese Ergebnisse erhärtet werden können, dann ist es von großer Bedeutung der Psychotherapie in einem Rehabilitationsprogramm wesentlichen Stellenwert zu geben und chronisch kranken und schwer belastenden Patienten eine solche Behandlung zu sichern. Eine Entwicklung ist für die Versorgungslage positiv zu vermehren. Weitere Einrichtungen für die medizinische Rehabilitation für psychische Erkrankungen sind im Entstehen. Die langen Wartezeiten bis zu einem Jahr sollten bald der Geschichte angehören. Die Versorgungslage sollte sich also in den nächsten Jahren bessern. Auch die Eröffnung einer ambulanten Einrichtung 2010 im Wiener Raum ist eine weitere begrüßenswerte Neuerung, da viele Patienten eine lange, sechs wöchige Trennung von ihrem sozialen Umfeld als Hinderungsgrund für eine Rehabilitationsmaßnahme sehen und dies für viele eine zu große Hürde darstellt [Anm.: laut mündlichen Rückmeldungen einzelner Probanden an Psychotherapeuten].

Ein weiter Schritt, um die Qualität der medizinischen Rehabilitation zu gewährleisten ist es, weitere Forschung zu betreiben. Einerseits um den persönlichen Nutzen der Betroffenen zu gewährleisten und andererseits um bei stetig steigendem Kostendruck im Gesundheitsbereich den volkswirtschaftlichen Nutzen aufzeigen zu können. Dafür wäre es wünschenswert, wenn die Sozialversicherungsträger den Forschenden Daten zur Verfügung stellen könnten, um die „Geschichte“ der Patienten nach der Rehabilitation beforschen zu können.

Ein gutes Beispiel dafür ist die Deutsche Rentenversicherung, die ein eigenes Forschungsportal gegründet hat, regelmäßig Daten wartet und zur Verfügung stellt. Eine Kontrollgruppe mit Patienten, denen man eine medizinische Rehabilitation vorenthält ist sicherlich unethisch, da es aber im Moment bis zu einem Jahr Wartezeiten gibt, wäre eine Wartelistenkontrollgruppe wünschenswert.

Auch wenn die Ergebnisse dieser Arbeit nur eingeschränkt positiv zu beurteilen sind, ist es hoffentlich gelungen die Wirksamkeit und dadurch auch die Sinnhaftigkeit medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychischen bzw. psychiatrischen Störungen nachzuweisen.

Mein besonderer Dank gilt Pro Mente Reha, die diese Daten zur Verfügung gestellt haben und Frau Dr. Rosemarie Grausgruber von der Universität Linz, die diese Daten vorbereitet und adaptiert hat. Ohne die umfangreichen Daten aus Bad Hall und Podersdorf wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Auch Pro Mente Kärnten und Frau Mag. Birgit Senft sei an dieser Stelle gedankt die freundlicherweise Vergleichsdaten der Rehaklinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt bereitstellten, um einen Vergleich über die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit Psychosen anstellen zu können.

Ebenfalls sei Frau Dr. Claudia Klier erwähnt, die als ärztliche Leitung des Sonnenparks Neusiedlersee eine große Unterstützung gewesen ist, die mich motiviert, ermutigt und gefördert hat.

V) Literaturverzeichnis

- Angermeyer, Matthias C., Kilian, Reinhold & Matschinger, Herbert, (2000).
WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Bäuml, Josef, Pitschel-Walz, Gabi, Berger, Hartmut, Gunia, Hans, Heinz, Andreas & Juckel, Georg, (2010). *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES)*. (2.Auflage). Stuttgart: Schauttauwer
- Beck, Judith S., (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie.* Weinheim, Basel, Berlin: BeltzPVU
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.), 2004: *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.*
http://www.bar-frankfurt.de/upload/Rahmenempfehlung_psychische_Erkrankungen_145.pdf
[Datum des Zugriffs: 13.07.2010]
- Cohen, Jacob, (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* New York, London: Academic Press
- Cohen, Jacob, (1992). *A power primer. Quantitative Methods in. Psychology.* Psychological Bulletin 112 (S.155–159). Washington: American Psychological Association
- Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin H., (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien.* 6., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber

- D'Zurilla, Thomas J. & Goldfried, Marvin R., (1971). *Problem Solving and Behavior Modification*. Journal Of Abnormal Psychology 78 (S.107-126). Washington: American Psychological Association
- Franke, Gabriele Helga, (2000). *Brief Symptom Inventory*. Göttingen: Beltz.
- Franke, Gabriele Helga, (2002). *SCL-90-R. Symptom Checkliste von L.R. Derogatis*. Göttingen: Beltz.
- Frieboes, Ralf-Michael, Zaudig, Michael & Nosper, Manfred (Hg.), (2005). *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. München: Elsevier
- Fröhlich, Michael & Pieter, Andrea, (2009). *Cohen's Effektstärken als Mass der Bewertung von praktischer Relevanz – Implikationen für die Praxis*. Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 57 (4) (S. 139–142). Bern: Haupt
- Grausgruber, Alfred, Habermann, Egon Michael & Grausgruber Rosmarie, (2006). *Evaluation medizinischer Rehabilitation für psychisch Erkrankte. Eine prospektive Katamnese studie über 12 Monate*. Evaluation im Gesundheitswesen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen (S.191-208). München: Rainer Hampp Verlag
- Habermann, Egon Michael, (2004). *Bedarfsermittlung medizinischer Rehabilitation für psychisch Kranke*. Unveröffentlichte Stellungnahme für den Rehabilitationsplan des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit.
- Habermann, Egon Michael, Grausgruber, Alfred, Grausgruber-Berner, Rosemarie & Schöny, Werner, (2004) *Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall – Ergebnisse einer katamnesticen Untersuchung nach ½ Jahr*. Neuropsychiatrie Band 18 (S.18-24). München: Düstri

Haberfellner, Egon Michael, Schöny, Werner, Platz, Thomas & Meise, Ullrich, (2006). *Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen - ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot*. Neuropsychiatrie Band 20 (S.215-218) München: DUSTRI

Haberfellner, Egon Michael, Jungmayr, Judith, Grausgruber-Berner, Rosemarie & Grausgruber, Alfred, (2008) *Stationäre medizinische Rehabilitation für Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich – eine katamnestiche Studie*. Rehabilitation Band 47. (S.10-16). Wien: Springer

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, (2009). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009*.
http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/607415_Statistisches_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung-2009.pdf
[Datum des Zugriffs: 23.07.2010]

Hautzinger, Martin, Bailer, Maja., Worall, Hellgard & Keller, Ferdinand, (2001). *Beck-Depressions-Inventar (BDI), Testhandbuch*. Bern: Hans Huber.

Hautzinger, Martin, (2003) *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien*. (6.Aufl.). Weinheim, Basel, Berlin: BeltzPVU

Hinsch, Rüdiger & Pflingsten, Ulrich, (2007) *Das Gruppentraining sozialer Kompetenz*. (5.Aufl.). Weinheim: PVU

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI -Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. www.dimdi.de [Datum des Zugriffs: 23.07.2010]

Klingberg, Stefan, Schaub, Anette & Conrath, Birgit, (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz

- Koppensteiner, Eva, (2004). *Kleine Schule des Genießens*. München: DUSTRI
- Laux, Lothar, Glanzmann, Peter. , Schaffner, Paul & Spielberge, Charles D., (1981).
Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Manual. Weinheim: Beltz.
- Leonhart, Rainer (2004). *Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien*.
Rehabilitation Band 43. (S.241-246). Wien: Springer
- Lincoln, Tanja, (2006). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie*. Göttingen,
Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe
- Linden, Michael, Baron, Stefanie, (2005). *Das „Mini-ICF-Rating für psychische
Störungen (Mini-ICF-P)“*. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von
Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Die Rehabilitation Band 44
(S.144-151). Wien: Springer
- Linden, Michael (2006). *Die Rolle der stationären „psychosomatischen Rehabilitation“
in der Versorgung psychisch Kranker*. In: F. Schneider (Hg.). *Entwicklungen der
Psychiatrie*. (S.121-131) Berlin, Heidelberg: Springer
- Linehan, Marsha.(1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-
Persönlichkeitsstörung*. München: CIP Medien
- Linehan, Marsha. (1996b). *Dialektisch.Behaviorale Therapie der Borderline-
Persönlichkeitsstörung-Skillsmanual*. München: CIP Medien
- Müller, Rudolf, Kollmann, Ingrid & Fock-Putschi, Felicitas, (2006). *Medizinisches
Leistungsprofil*. Wien: Pensionsversicherungsanstalt

- Pro mente Reha, Grausgruber, Rosemarie, (2010). *Zum Teil unveröffentlichte Datensätze Evaluation Sonnepark Bad Hall 2007-2009 und Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf 2009* SPSS 11.5;
- Saß, Henning, Wittchen, Hans-Ulrich & Zaudig, Michael, (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision*. Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe
- Schmidt, Jürgen. & Wittmann, Werner W, (2002). *Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit*. In Brähler, E. , Schuhmacher, J. & Strauß, B. (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, S.392 – 396. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, Wolfgang, Basler, Heinz-Dieter & Beisenherz, Bernhard, (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation, Manual*. Weinheim: Beltz.
- Senft, Birgit, (2007). *Statistische Daten zum Jahresbericht 2006*. Reha-Klinik für Seelische Gesundheit. <http://www.seelischereha.com/xedaq/src/uploads/docs/81.pdf>
[Datum des Zugriffs: 20.07.2010]
- Senft, Birgit & Klautzer, Tanja, (2007). *Prädiktoren und Outcomekriterien für den Erfolg stationärer psychiatrischer Rehabilitation*. In Brunner, E., Gula, B., Jenull-Schiefer, B. Alexandrowicz, R. & Vitouch, O. (Hrsg.) (2007). *Beiträge zur 7. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie*. Klagenfurt: Hermagoras/Mohorjeva.
- Senft, Birgit, (2008). *Statistische Daten zum Jahresbericht 2007*. Reha-Klinik für Seelische Gesundheit. <http://www.seelischereha.com/xedaq/src/uploads/docs/82.pdf>
[Datum des Zugriffs: 20.07.2010]

Sinhuber, Daniela, Fülöp, Gerhard, Kern, Daniela & Nemeth, Claudia, (2009).

Rehabilitationsplan 2009. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

http://www.hauptverband.at/mediaDB/532621_Rehabilitationsplan%202009_Publication%2024.2.2009.pdf [Datum des Zugriffs: 12.07.2010]

Steffanowski, Andrés, Löschmann, Christoph, Schmidt, Jürgen, Wittmann, Werner W.

& Nübling, Rüdiger, (2006). *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie)*. Bern: Huber

VI) Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Plätze für stationäre psychiatrische Rehabilitation in Österreich, ÖBIG-Plan
(Sinhuber, Fülöp, Kern & Nemeth 2009, S.112)

Tab. 2 : Stichprobenbeschreibung Bad Hall 2007-2009

Tab. 3: Ergebnisse BSI Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) Bad Hall 2007-2009

Tab. 4: Descriptive Statistics GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) Aufnahme
Entlassung

Tab. 5: Wilcoxon Test für den GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) Bad Hall

Tab. 6: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)
Gesamtgruppe Bad Hall 2007-2009

Tab. 7: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse
Domäne „global“ Bad Hall 2007-2009

Tab. 8: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse
Domäne „physisch“ Bad Hall 2007-2009

Tab. 9: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse
Domäne „psychisch“ Bad Hall 2007-2009

Tab. 10: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse
Domäne „soziale Beziehungen“ Bad Hall 2007-2009

Tab. 11: WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Ergebnisse
Domäne „Umwelt“ Bad Hall 2007-2009

Tab.12: Familienstand Podersdorf 2009

Tab.13: Höchste abgeschlossene Schulbildung Podersdorf 2009

Tab. 14: Psychiatrische Hauptdiagnosen bei der Entlassung nach ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) Podersdorf 2009

Tab. 15: Ergebnisse GSI (Franke, 2000) Gesamtgruppe Podersdorf 2009

Tab. 16: Signifikante Veränderung BSI (Franke, 2000) bei Entlassung Podersdorf 2009

Tab. 17: Signifikante Veränderung BSI (Franke, 2000) bei Entlassung Klagenfurt

Tab. 18: Wilcoxon GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) Score Aufnahme – Entlassung Podersdorf 2009

Tab. 19: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Gesamtgruppe Podersdorf 2009

Tab. 20: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Domäne „global“ Podersdorf 2009

Tab. 21: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Domäne „physisch“ Podersdorf 2009

Tab. 22: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Domäne „psychisch“ Podersdorf 2009

Tab. 23: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) Domäne „Soziale Beziehungen“ Podersdorf 2009

Tab. 24: Ergebnisse WHOQOL Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)
Domäne „Umwelt“ Podersdorf 2009

Tab. 25: Übersicht der Studienergebnisse Einrichtungen für psychiatrische
Rehabilitation

VII) Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Boxplot, Streuung und Mittelwerte BSI (Franke, 2000) Bad Hall 2007-2009

Abb. 2: GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) Punkteverteilung Bad Hall 2007-2009

Abb. 3: Tortendiagramm, Geschlechterverteilung Podersdorf 2009

Abb. 4: Histogramm, Altersverteilung Podersdorf 2009

Abb. 5: Balkendiagramm, Verteilung Zuweiser Podersdorf 2009

Abb. 6: Balkendiagramm, Beruflicher Statut bei der Aufnahme Podersdorf 2009

Abb. 7: Balkendiagramm, Therapieabbrüche Podersord 2009

Abb. 8: Bloxspot, BSI (Franke, 2000) Gesamtgruppe Mittelwet und Streuung
Podersdorf 2009

Abb. 9: Balkendiagramm, Veränderungen im GAF (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003),
Punkteverteilung Poderdorf 2009