



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

Entwicklung einer Risikocheckliste zur Identifikation von Patienten mit ungünstigem Verlauf in den Berei- chen Aktivitäten und Partizipation

**Dr. Anna Levke Brütt
Prof. Dr. Holger Schulz**

**Abschlussbericht
November 2012**

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Anna Levke Brütt, Dipl.-Psych.
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, Haus W 26
20246 Hamburg



Abschlussbericht

Entwicklung einer Risikocheckliste zur
Identifikation von Patienten mit un-
günstigem Verlauf in den Bereichen
Aktivitäten und Partizipation

Dr. Anna Levke Brütt

Julia Magaard, B.A.

Prof. Dr. Holger Schulz



Inhalt

Inhalt.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Zusammenfassung.....	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Wissenschaftlicher Stand.....	1
1.2 Fragestellungen.....	4
2 Durchführung der Studie.....	4
2.1 Voraussetzungen.....	5
2.1.1 Personal.....	5
2.1.2 Institutionelle Voraussetzungen.....	5
2.1.3 Vorarbeiten.....	6
2.2 Zeitlicher Ablauf.....	6
3 Methoden und Ergebnisse.....	8
A: Literaturanalyse.....	8
1. Methodik.....	8
2. Ergebnisse.....	11
3. Diskussion.....	14
B: Identifikation von Verläufen.....	15
1. Methode.....	15
2. Ergebnisse.....	17
3. Diskussion.....	19
C: Fokusgruppen.....	20
1. Methode.....	20
2. Ergebnisse.....	24
3. Diskussion.....	26
D: Expertenworkshop.....	26
1. Methode.....	27
2. Ergebnisse.....	29
3. Diskussion.....	36
E: Erstellung des Fragebogens.....	38
1. Methode.....	38
2. Ergebnisse.....	38
3. Diskussion.....	40



F: Überprüfung der Praktikabilität	41
1. Methode	41
2. Ergebnisse	42
3. Diskussion	43
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	44
4 Ausblick	46
4.1 Weiterführung des Projekts	46
4.2 Schlussfolgerungen und praktische Relevanz	46
4.3 Transfer in die Routine	46
5 Zusammenarbeit mit anderen Stellen	47
6 Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen	48
6.1 Zeitschriftenartikel	48
6.2 Kongressbeiträge	48
6.3 Unveröffentlichte Berichte	48
7 Literaturverzeichnis	49
Anhang	52
1. Instrumente zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation	53
2. Drop-out Analysen der Datenerhebung im ICF-PsychA&P-Projekt	54
3. Risikocheckliste-92-Entwurf	54
4. RiResA&P (67 Items) Praktikabilität- Pilotstudie	59
5. Ergebnisse der Pilotstudie- Itemcharakteristika der RiResA&P (67 Items)	66
6. RiResA&P-P (56 Items)	72
7. RiResA&P-T	78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der ICF	2
Abbildung 2: Ablauf des Vorhabens.....	7
Abbildung 3: Überblick über die Suchstrategie	9
Abbildung 4: Übersicht zur Studienextraktion	11
Abbildung 5: Rücklauf der Datenerhebung im ICF-PsychA&P-Projekt.....	15
Abbildung 6: Überblick zum Vorgehen der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008).....	24
Abbildung 7: Überblick über die Kategorien, ihre Differenzierung sowie Interviewzitate.....	25
Abbildung 8: Aufbereitung der Informationen im Expertenworkshop- Farbschema	28
Abbildung 9: Differenzierung des Bereichs „soziales Umfeld“ durch den Expertenworkshop.....	30
Abbildung 10: Differenzierung des Bereichs „Person“ durch den Expertenworkshop.....	31
Abbildung 11: Differenzierung des Bereichs „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ durch den Expertenworkshop.....	32
Abbildung 12: Differenzierung des Bereichs „Arbeit“ durch den Expertenworkshop	33
Abbildung 13: Differenzierung des Bereichs „Vernetzung im Versorgungssystem“ durch den Expertenworkshop.....	33
Abbildung 14: Differenzierung des Bereichs „Soziodemographische Charakteristika“ durch den Expertenworkshop.....	34
Abbildung 15: Differenzierung des Bereichs „klinische Charakteristika“ durch den Expertenworkshop.....	35
Abbildung 16: modifizierte MindMap zur Operationalisierung der identifizierten Risikofaktoren	36
Abbildung 17: Ergebnisse der Arbeitsschritte im Überblick.....	45



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien-Checkliste.....	10
Tabelle 2: Identifizierte Studien zu Prädiktoren des Behandlungsverlaufs hinsichtlich Aktivitäten und Partizipation.....	12
Tabelle 3: Überblick über die Ergebnisse der Literaturanalyse.....	13
Tabelle 4: Korrelationen mit soziodemographischen und klinischen Charakteristika.....	17
Tabelle 5: Koeffizienten des Regressionsmodells mit der abhängigen Variablen ICF- PsychA&P_Gesamtwert zum Katamnesezeitpunkt.....	18
Tabelle 6: Überblick zum Rekrutierungsprozess.....	21
Tabelle 7: Verteilung von Geschlecht, Alter und Behandlungsverlauf der Fokusgruppenteilnehmer.....	22
Tabelle 8: Ablauf der Fokusgruppen.....	23
Tabelle 9: Teilnehmer des Expertenworkshops am 23. April 2012 in Hamburg.....	27
Tabelle 10: Beispiele für Umformulierungen von Items nach dem Expertenrating.....	39
Tabelle 11: Beispiele für Umformulierungen nach dem <i>cognitive debriefing</i> mit Patienten.....	40
Tabelle 12: Soziodemographische Charakteristika der untersuchten Stichprobe in der Pilotphase.....	42
Tabelle 13: Beispiele für Umformulierungen oder Selektion von Items nach dem Pilottest.....	43

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Interesse an einer möglichst genauen Vorhersage des Behandlungsverlaufs in der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation ist groß (Melchior, 2011). Kenntnisse über die Prädiktoren, besonders für Behandlungsmisserfolg, bieten die Möglichkeit, die Rehabilitation an bisher nicht adäquat adressierte Risikofaktoren anzupassen. Diese reichen von krankheitsbedingten Variablen wie dem Schweregrad der Erkrankung und der Beeinträchtigung hin zur Behandlungsmotivation und einem Rentenwunsch (Lange, Franke, & Petermann, 2012). Im Rahmen dieses Projekts wurden vorliegende Forschungsergebnisse durch explorative Ansätze ergänzt, um eine Risikocheckliste für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe bei Patienten mit psychischen Störungen zu entwickeln.

Methodik und Ergebnisse: Im ersten Schritt wurden in einer systematischen Literaturrecherche Katamnesestudien im Bereich der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung identifiziert. Parallel wurden in einem zweiten Schritt auf Basis bereits vorliegender Daten (prä-post-6-Monatskatamnese) Verlaufsmuster hinsichtlich der Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Partizipation analysiert. Im anschließenden dritten Schritt wurden 22 Patienten (k=5 Fokusgruppen) sowie 5 Therapeuten (k= 1 Fokusgruppe) interviewt. Thematisch wurden Ressourcen und Barrieren nach der stationären Rehabilitation erfragt. Die Ergebnisse dieser Schritte wurden mit neun Experten aus psychosomatischen/psychotherapeutischen Fachkliniken, der deutschen Rentenversicherung Nord und Bund sowie einem Patientenvertreter im Rahmen eines Expertenworkshops intensiv erörtert. Inhaltlich orientiert an den Diskussionsergebnissen wurden Fragen formuliert und den Teilnehmern des Expertenworkshops sowie Patienten vorgelegt. Die Anmerkungen zu Inhalt und Verständlichkeit wurden aufgenommen und führten zu einer Reduktion der Itemanzahl. In einer Praktikabilitätsprüfung wurde die Risikocheckliste von 217 Patienten in psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung aufgefüllt. Es entstand die Risiko- und Ressourcenliste (ReRes-56), die 56 Fragen zum sozialen Umfeld, zum Umgang mit der psychischen Erkrankung, zur Arbeitssituation, zu Erwartungen an die Behandlung sowie allgemeinen Angaben enthält.

Diskussion: Im Anschluss an dieses Projekt wird das Instrument in vier psychosomatischen/psychotherapeutischen Fachkliniken eingesetzt, um die Eignung zur Vorhersage des katamnestischen Behandlungsverlaufs zu überprüfen. Mit Hilfe der entwickelten Risikocheckliste sollen Patienten mit ungünstigen Erfolgsaussichten frühzeitig identifiziert werden, um ihre Therapie anpassen und möglicherweise effizienter gestalten zu können.

1 Einleitung

Die psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitationsbehandlung (Reha) zielt darauf ab, die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Patienten¹ zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Orientiert an dem Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bedeutet dies, in der interdisziplinären Behandlung sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die kontext- und personbezogenen Faktoren zu berücksichtigen (Buschmann-Steinhage & Brüggemann, 2011). Die Wirksamkeit der Behandlung wurde vielfach untersucht (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007), dabei zeigte sich, dass nicht alle Patienten in gleichem Ausmaß von einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung profitieren (Lange, Franke & Petermann, 2012). Um unterschiedliche Therapieeffekte zu erklären, werden zunehmend Prädiktoren für den Behandlungserfolg und –misserfolg untersucht (Melchior, 2011). Außerdem eröffnen diese Erkenntnisse die Möglichkeit, die Rehabilitation an bisher nicht adäquat adressierte Risikofaktoren anzupassen. Bisher beschränkt sich die Forschung zu Risikofaktoren zumeist auf etablierte soziodemographische und klinische Charakteristika sowie die Therapiemotivation. Weitere Faktoren werden häufig nicht systematisch in Aufnahmefragebögen abgefragt und deshalb nicht hinsichtlich ihrer Voraussagefähigkeit analysiert. In Anlehnung an die ICF ist allerdings zu vermuten, dass Kontextfaktoren und persönliche Ressourcen einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben.

1.1 Wissenschaftlicher Stand

Die 1-Jahresprävalenz für psychische Störungen beträgt in der Bundesrepublik Deutschland in der Allgemeinbevölkerung etwa 31%. Zu den häufigsten Krankheitsbildern gehören neben affektiven auch Angst- sowie somatoforme Störungen (Kurth, 2012). Gemeinsam ist Patienten mit psychischen Störungen, dass sie neben der Symptombelastung aufgrund ihrer Erkrankung vielfältige psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisen (Alonso et al., 2004; WHO, 2001b). Dadurch verursachen psychische Erkrankungen hohe direkte und indirekte Krankheitskosten (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004).

In Deutschland ist die **stationäre psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitation** ein bedeutsamer Bestandteil der Versorgung. Mit 100.960 abgeschlossenen Maßnahmen be-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Abschlussbericht die weiblichen Formen nicht explizit aufgeführt, gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter.

² Das Erhebungsinstrument wurde individuell mit den Kliniken abgestimmt und orientierte sich an der Basisdokumentation.

³ Aus organisatorischen Gründen konnten an zwei Kliniken keine Katamneseerhebungen durchgeführt werden. Die

anspruchten Menschen mit psychischen Störungen etwa ein Achtel der 2008 in Deutschland durchgeführten stationären Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009).

Bisherige Wirksamkeitsüberprüfungen von psychosomatischen/psychotherapeutischen Reha- (Fliege et al., 2006; Haaf, 2005; Steffanowski et al., 2007) zeigen durchschnittlich mittlere Behandlungseffekte zum 6-Monatskatamnesezeitpunkt. Ein Großteil der Patienten schließt eine begonnene psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahme erfolgreich ab und 67% schaffen den Verbleib bzw. Wiedereinstieg in das Erwerbsleben (Steffanowski et al., 2007); dennoch profitieren nicht alle Rehabilitanden (Lange et al., 2012). So erfolgen etwa 28% der Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2008). Obwohl den Patienten während der stationären Behandlung Strategien zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und zur gesundheitsförderlichen und aktiven Lebensgestaltung vermittelt werden, ist der Transfer des in der stationären Reha Erlernen in den häuslichen Alltag ein spezifisches Problem in der poststationären Phase (Bischoff, Gönner, Ehrhardt, & Limbacher, 2005).

Um diese vielseitigen Faktoren angemessen im Rehabilitationskonzept zu berücksichtigen, ist die Behandlung zunehmend an der „**Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF**“ (DIMDI, 2005; WHO, 2001a) ausgerichtet (Buschmann-Steinhage & Brüggemann, 2011). In Ergänzung zur „Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, ICD-10“ (WHO, 1993) bietet die ICF durch ihren mehrdimensionalen Aufbau die Möglichkeit, auch Krankheitsfolgen systematisch zu beschreiben (Ewert, Cieza & Stucki, 2002a; Heinemann, 2005). Die ICF umfasst **zwei Domänen**: Der erste Teil be-

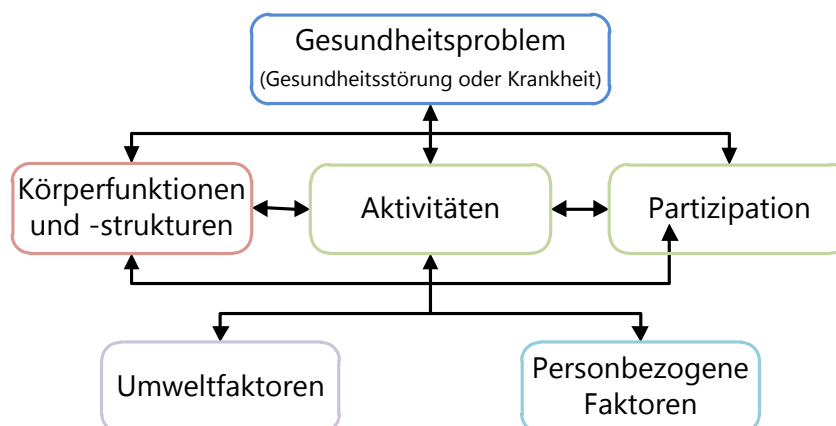


Abbildung 1: Modell der ICF

inhaltet eine Einschätzung der „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ mit den Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“ sowie „Aktivitäten und Partizipation“, der zweite Teil bezieht sich auf „Kontextfaktoren“ (siehe Abbildung 1).

Die Komponenten beeinflussen sich gegenseitig, so dass im Modell der ICF die Funktionsfähigkeit nicht nur durch die Erkrankung, sondern auch durch umwelt- und personenbezogene Faktoren bestimmt wird. Mit Hilfe dieser Klassifikation können also nicht nur krankheits- und symptombezogene Kriterien eingeordnet werden, sondern in der Komponente Aktivitäten und Partizipation auch Einschätzungen mit Bezug auf die Bewältigung alltäglicher Tätigkeiten (Kapitel 4: Selbstversorgung) oder den Kontakt zu anderen Menschen (Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen) vorgenommen werden. Dies ermöglicht eine alltagsnahe, am Menschen und seiner Lebenswelt orientierte Einordnung des Gesundheitszustands. Gerade die Aspekte der Teilhabe werden in der Outcomeforschung immer bedeutender (Farin, 2011).

Mit der Entwicklung von generischen (Deck, Mittag, Hüppe, Muche-Borowski & Raspe, 2007; WHO, 2000) und für psychische Störungen spezifischen Instrumenten (Brütt, Schulz, Koch & Andreas, 2010; Linden & Baron, 2005; Nosper, 2007) wurden in den letzten Jahren die Grundlagen geschaffen, die ICF und die Dimensionen Aktivitäten und Partizipation in die Outcome-Messung zu integrieren. In diesem Zusammenhang entwickelte unsere Arbeitsgruppe in den letzten zwei Jahren ein **ICF-basiertes Selbsteinschätzungsinstrument zu Aktivitäten und Partizipation** für Patienten mit psychischen Erkrankungen in stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Reha (ICF-PsychA&P). Der Fragebogen kann ein zentrales ICF-bezogenes Erfolgsmaß für eine psychosomatische/psychotherapeutische Reha darstellen und insbesondere auch Therapieeffekte mit Bezug zur Lebenswelt der Patienten im Selbstbericht erfassen. Deswegen sollte der Einsatz des ICF-PsychA&P sowie weiterer Instrumente zur **Messung der Teilhabe** in der Routineversorgung weiter forciert werden. Ebenso sollten kontextbezogene Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsstörung und ihrem Verlauf stehen, untersucht werden (Ewert, Cieza & Stucki, 2002b).

Bereits vor oder zu Beginn einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahme sollte, ähnlich wie bei berufsbezogenen Angeboten (Bürger & Deck, 2009; Streibelt, 2009), Behandlungsbedarf in Bezug auf die Förderung von Aktivitäten und Partizipation im Alltag identifiziert werden, um die Therapie darauf abzustimmen. Das Konzept der Aktivitäten und Partizipation im Sinne der ICF ist somit nicht nur als Zielsetzung während der stationären Behandlung von Bedeutung, sondern kann auch die Umsetzung der in der Behandlung erarbeiteten **Fähigkeiten in den Alltag** erfassen (Kobelt et al., 2000). Ein besonderer Fokus sollte hier auf die Faktoren gelegt werden, die eine Umsetzung der in der

stationären Therapie vermittelten Strategien zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit in der Lebenswelt des Patienten erschweren. Deshalb sollte das Konzept der ICF für eine systematische Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung (Steffen, Kösters, Becker & Puschner, 2009) unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs (Köpke, 2005) genutzt werden.

Dabei reicht es nicht aus, die Situation der Patienten zu Beginn der stationären Behandlung aus Sicht des Therapeuten zu beurteilen. Vielmehr sollten weitere Faktoren, die für eine **Umsetzung der Therapieinhalte** nach der Behandlung relevant sind, erfasst werden. Hierzu ist die Berücksichtigung der Patientenperspektive von besonderer Relevanz.

1.2 Fragestellungen

In diesem Projekt sollten potenzielle Risikofaktoren zusammengestellt und in Form einer Risikocheckliste erfassbar gemacht werden. Deshalb wird mit einem multiperspektivischen Ansatz das Spektrum bereits in Studien identifizierter Risikofaktoren erweitert, um eine Basis für eine möglichst gute Vorhersage der Funktionsfähigkeit, insbesondere der Aktivitäten und der Teilhabe zu erreichen.

Entsprechend handelt es sich um eine Instrumentenentwicklung, die sich an zwei Fragestellungen orientiert:

- (1) Ist es mit dem multiperspektivischen Ansatz methodisch möglich, typische Prädiktoren von Aktivitäten und Partizipation im poststationären Verlauf zu identifizieren?
- (2) Können Faktoren ermittelt werden, die den mittelfristigen Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen in den Zielvariablen Aktivitäten und Partizipation fördern oder behindern?

2 Durchführung der Studie

Der Vorstand des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. hat in der Sitzung vom 29. März 2011 den Projektantrag beraten und das Projekt bewilligt. Nach organisatorischen Vorarbeiten startete das Projekt am 01. August 2011. Die Laufzeit betrug 12 Monate. Im Juni 2011 wurde formlos eine kostenneutrale Verlängerung um einen Monat beantragt, da sich der Einsatz der Risikocheckliste in den Kooperationskliniken aufgrund eines zusätzlich eingeführten Arbeitsschrittes

(siehe Kapitel 4; D: Expertenworkshop) verzögerte. Das Projekt endete schließlich nach 13 Monaten, am 31. August 2012.

2.1 Voraussetzungen

Die Studiendurchführung war gekoppelt an verschiedene Voraussetzungen. Im Folgenden werden die personellen sowie institutionellen Umstände am Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie beschrieben. Anschließend werden die bereits durchgeführten Vorarbeiten dargestellt.

2.1.1 Personal

Frau Assoz.-Prof. Sylke Andreas erhielt einen Ruf an das Psychologische Institut der Universität Klagenfurt und gab zum 01.08.2011 die Projektleitung an den Mit Antragsteller Prof. Dr. Holger Schulz ab.

Prof. Dr. Schulz stellte 5% seiner Arbeitszeit für die Projektleitung und Supervision zur Verfügung. Für die Durchführung des Projekts war als Projektmitarbeiterin Dr. Anna Levke Brütt mit 50% der regulären Arbeitszeit verantwortlich. Ihre Aufgaben umfassten die quantitative und qualitative Datenanalyse, die Organisation und Durchführung der Fokusgruppen und des Expertenworkshops sowie die Erarbeitung der Checkliste und die Planung der Datenerhebung. Zur Unterstützung der Literaturrecherche, sowie zur Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen und des Expertenworkshops war ab dem dritten Projektmonat außerdem eine studentische Hilfskraft (Julia Maggaard; B.A.) mit einer Arbeitszeit von 10 Stunden pro Woche tätig.

2.1.2 Institutionelle Voraussetzungen

An dem Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Leitung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter) waren folgende infrastrukturellen Voraussetzungen gegeben: Ein Arbeitsplatz inklusive eines Rechners sowie der gängigen Software stand allen Projektmitarbeitern zur Verfügung. Zudem wurden laufende Kosten für Sachausgaben (z.B. Schriftverkehr, Druck) aus Institutsmitteln beglichen. Weiterhin konnten die Ressourcen der Ärztlichen Zentralbibliothek des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, insbesondere im Rahmen der Literaturanalyse, genutzt werden. Während der Therapeutenfokusgruppe sowie des Expertenworkshops standen Seminarräume am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur Verfügung.

2.1.3 Vorarbeiten

Die durchgeführte Studie baut auf ein im Rahmen des Förderschwerpunktes zur versorgungsnahen Forschung „Chronische Erkrankungen und Patientenorientierung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Projekt („Entwicklung, Überprüfung und Implementierung eines ICF-basierten Instruments zu Aktivitäten und Partizipation für Patienten mit psychischen Erkrankungen“; Leitung: Assoz.-Prof. Dr. Sylke Andreas, Prof. Dr. Holger Schulz) der Arbeitsgruppe auf.

In zwei Arbeitsphasen wurde ein an der **ICF orientiertes Selbsteinschätzungsinstrument zu Aktivitäten und Partizipation** (ICF-PsychA&P) bei Patienten in stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Reha (Hauptdiagnosegruppen: Affektive, Angst-, somatoforme und Belastungsstörungen) entwickelt und psychometrisch überprüft (Brütt et al., 2009). In der abschließenden dritten Phase dieses Projektes wurde die Wirksamkeit von einer Therapiezielorientierung zu Beginn einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Reha, die auf einer expliziten Diagnostik von Aktivitäten und Partizipation basiert, überprüft.

Somit lag zu Projektbeginn ein umfangreicher Datensatz mit $n = 2175$ Patienten (Behandlungsbeginn) in stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung vor, die zu drei Messzeitpunkten (prä-post-6-Monatskatamnese) mit dem ICF-PsychA&P befragt wurden. Die Auswertung des Datensatzes der Interventionsphase stellt den Anknüpfungspunkt für hier das hier dargestellte Projekt dar (siehe Kapitel 4; B: Identifikation von unterschiedlichen Verläufen).

2.2 Zeitlicher Ablauf

Die sechs Arbeitsschritte (Literaturanalyse (A), quantitativen Auswertungen eines bereits vorhandenen Datensatzes (B), Fokusgruppen (C), Expertenworkshop (D), *cognitive debriefing* (E) und Praktikabilität (F)) werden mit dem realen zeitlichen Ablauf in Abbildung 2 dargestellt. Im Kapitel 3 werden die Methodik und die Ergebnisse der Arbeitsschritte näher beschreiben.

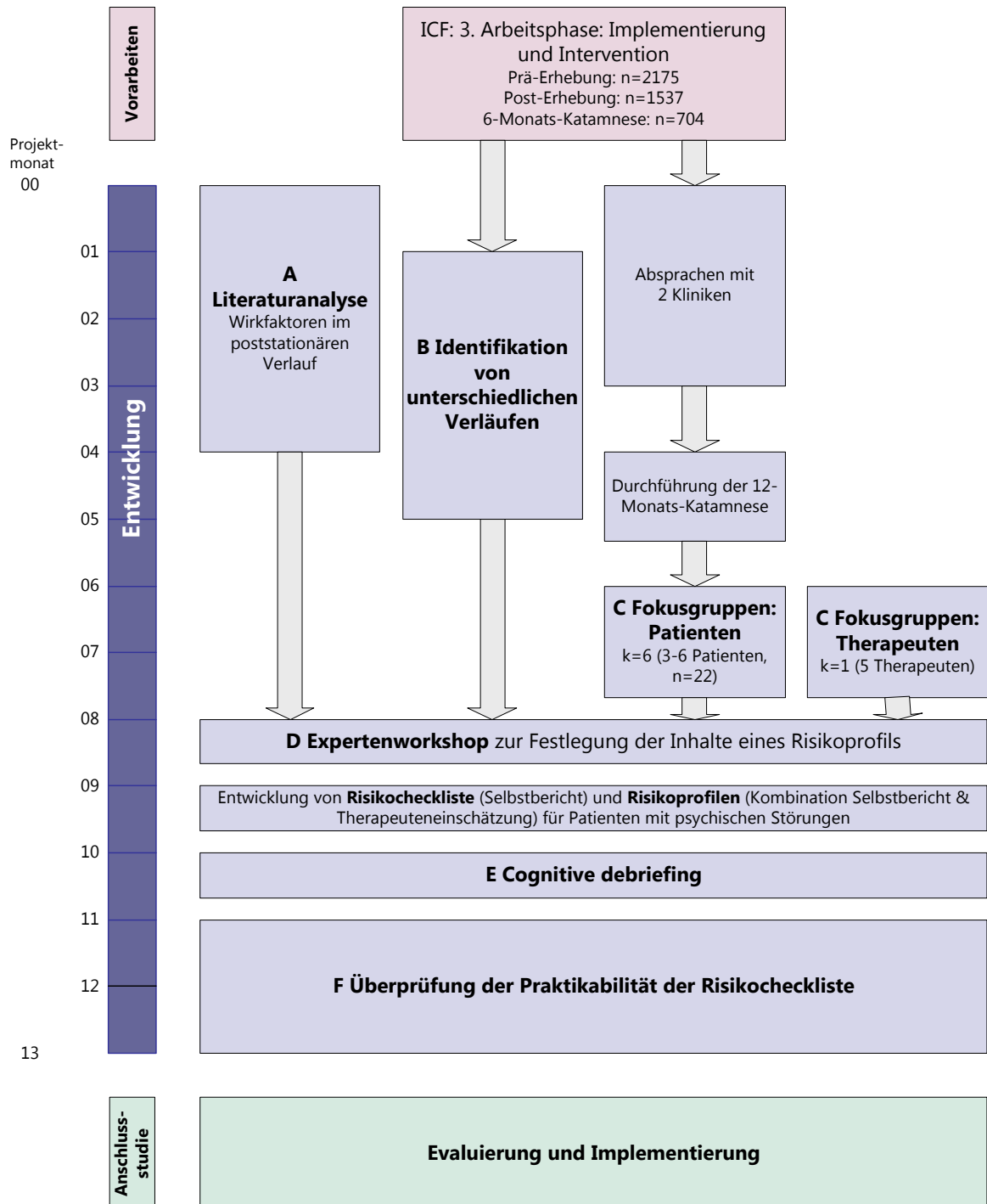


Abbildung 2: Ablauf des Vorhabens

3 Methoden und Ergebnisse

Auf der Grundlage einer Literaturanalyse (A), quantitativen Auswertungen eines bereits vorhandenen Datensatzes (B) sowie Ergebnissen aus Fokusgruppen (C) und einem Expertenworkshop (D) wurden bedeutsame Prädiktoren für Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe im poststationären Verlauf identifiziert und von der Projektgruppe in Form einer Risikocheckliste operationalisiert. Zur Überprüfung der Akzeptanz und Verständlichkeit der formulierten Items wurde in einem weiteren Projektschritt das Feedback der Expertenrunde eingeholt und ein *cognitive debriefing* (E) durchgeführt, in dem die erstellten Fragen mit Patienten diskutiert wurden. Die Praktikabilität der Checkliste (F) wurde geprüft, indem Patienten in zwei kooperierenden Kliniken schriftlich mit dem entwickelten Instrument befragt wurden. Die Risikocheckliste besteht aus einem Teil, der von den Patienten selbst beantwortet wird, und einem Teil, der von den Therapeuten ausgefüllt wird. In einer Anschlussstudie sollen beide Versionen in der Praxis eingesetzt und auf dieser Datengrundlage psychometrisch überprüft werden.

Im Folgenden werden die Methodik der einzelnen Arbeitsschritte (A-F) sowie wesentliche Ergebnisse und Diskussionspunkte beschrieben.

A: Literaturanalyse

In einem ersten Schritt wurden in einer systematischen Literaturrecherche Katamnesestudien im Bereich der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung identifiziert und überprüft, ob vorliegende Forschungsarbeiten Hinweise auf Prädiktoren für den Verlauf von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe nach psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung geben.

1. Methodik

Aus den Vorüberlegungen wurde die Suchstrategie aus drei inhaltlichen Kriterien abgeleitet. Die Behandlung, das Krankheitsbild und die Art der Untersuchung wurden als Kriterien herangezogen. Verschiedene Ausprägungen wurden mit „oder“-Verknüpfungen und die drei Dimensionen mit „und“-Verknüpfungen in die Suchstrategie eingebunden. Schließlich wurde das Setting auf stationäre Behandlungen begrenzt. Neben diesen inhaltlichen Kriterien wurden weitere Einschränkungen bezüglich der Sprache (nur auf Deutsch bzw. Englisch publizierte Studien) sowie des Jahres der Publikation (ab 1990) gemacht. Einen Überblick über die Suchstrategie gibt Abbildung 3. Auf eine manuelle Suche wurde aufgrund der zeitlichen Res-

sources omitted. With an electronic search in the databases PsycINFO, Medline and EMBASE were with the chosen strategy 1045 studies identified.

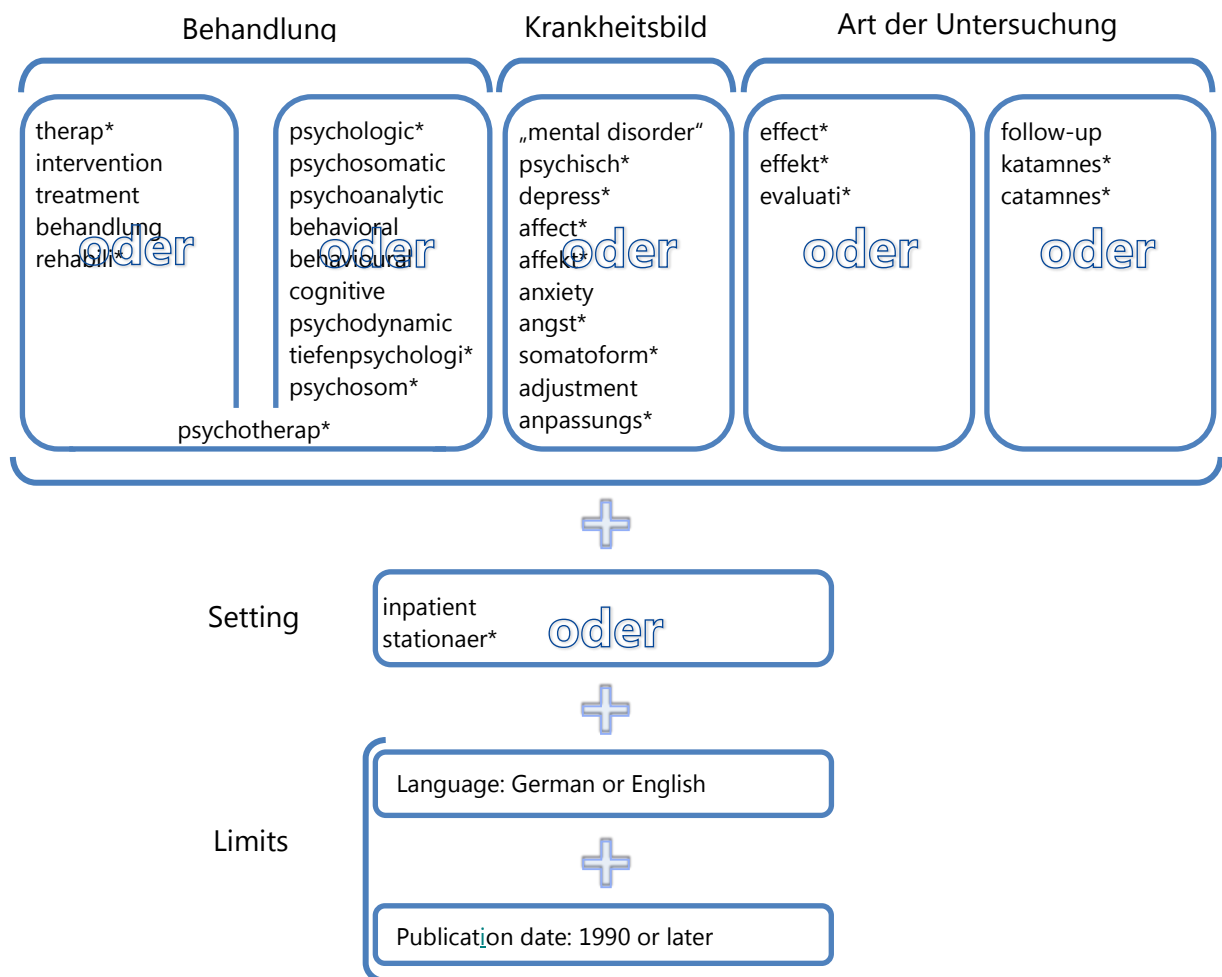


Abbildung 3: Überblick über die Suchstrategie

These search results were in the next step on the basis of the title and the abstracts of a scientist (ALB) screened. In the working group a checklist for the specification of the selection process was developed. Excluded were studies, in which psychological disorders were not diagnostically confirmed or only as comorbid disease considered, which predominantly investigated populations of children or adolescents or old people (60 and older) and which evaluated only medication therapy. Furthermore formal criteria as exclusion criteria (see table 1). If in the title or abstract none of these exclusion criteria was found, for example due to missing information, the full texts were ordered.

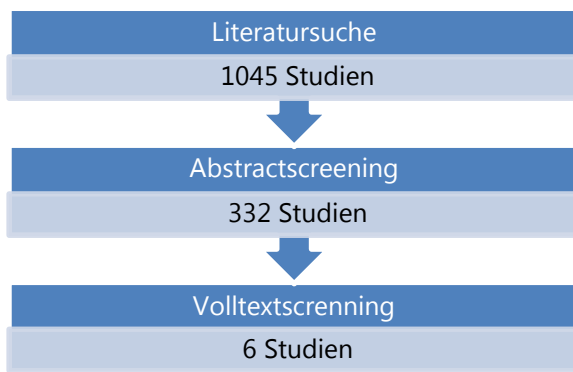
For 332 studies full text versions were available. In the next step the full texts of the potentially relevant studies were systematically reviewed using the developed rating list.

sucht (siehe Tabelle 1). Als wesentliches Kriterium zur Auswahl der Studien galt der Inhalt der Outcome-Instrumente. Um nicht Studien zu replizieren, deren primäres Outcome die Symptombelastung war, wurden auf Basis der Untersuchungen von Brütt et al. (in press) Outcome-Instrumente gewählt, die über einen hohen Anteil (> 50%) von Items verfügten, die der ICF-Dimension Aktivitäten und Partizipation zugeordnet werden konnten.

Eine Übersicht der Instrumente, dem Bereich Aktivitäten und Partizipation zugeordnet wurden, findet sich im Anhang (siehe Anhang 1).

Tabelle 1: Einschlusskriterien-Checkliste

Einschlusscheckliste		
Population	a. Die Stichprobe umfasst Erwachsene.	<input type="checkbox"/> nein
	b. Studienteilnehmer sind von einer psychischen Störung betroffen. Die Hauptgruppen sind Affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Belastungsstörungen. * Weitere Störungsbilder wie substanzbezogene oder psychiatrische Erkrankungen werden nicht eingeschlossen.	<input type="checkbox"/> nein
	c. Eine psychische Störung ist die Hauptdiagnose und wird nicht als Komorbidität eingeschätzt.	<input type="checkbox"/> nein
	d. Die psychische Störung wurde mit ICD bzw. DSM diagnostiziert.	<input type="checkbox"/> nein
	e. Die Studie sollte eine auf die psychische Störung bezogene Behandlung evaluieren.	<input type="checkbox"/> nein
	f. Die Studie enthält mindestens einen Messzeitpunkt während des stationären Aufenthalts und eine Follow-up-Erhebung nach Behandlungsende. Daraus ergibt sich, dass es sich bei der Studie um eine Ergebnisevaluation handeln muss.	<input type="checkbox"/> nein
	g. Die Patienten erhalten eine psychosoziale Behandlung aufgrund ihrer psychischen Störung. * Reine Pharmakostudien führen zum Ausschluss.	<input type="checkbox"/> nein
Outcome	h. Es wurde ein Outcomemaß eingesetzt, das vorrangig Aktivitäten und Teilhabe im Sinne der ICF misst.	<input type="checkbox"/> nein
	i. Die Studie bezieht sich auf Primärdaten.	<input type="checkbox"/> nein
Formale Kriterien	j. Die Studie wurde auf Deutsch oder Englisch publiziert.	<input type="checkbox"/> nein
	k. Die Studie wurde nach 1990 veröffentlicht.	<input type="checkbox"/> nein
	l. Das Suchresultat ist kein Dissertations-Abstract.	<input type="checkbox"/> nein
	m. Die Studie wurde bereits aufgelistet.	<input type="checkbox"/> nein
Eine „nein“-Antwort indiziert den Ausschluss.		



Mithilfe dieser Liste wurden die 332 Studien, die im Volltext (als pdf-Datei oder ausgedruckt) zur Verfügung standen, systematisch bewertet. Durch die Kombination aus Kriterien zur Studienpopulation, zum untersuchten Outcome sowie zu formalen Kriterien, konnten schließlich 6 Studien in die weitere Auswertung

Abbildung 4: Übersicht zur Studienextraktion

einbezogen werden. Überwiegend wurden Studien aufgrund des Kriteriums h („Es wurde ein Outcomemaß eingesetzt, das vorrangig Aktivitäten und Teilhabe im Sinne der ICF misst.“) ausgeschlossen. Die Einschätzung wurde von zwei Projektmitarbeiterinnen (ALB und JM) durchgeführt. Abbildung 4 gibt eine Übersicht zur Studienextraktion.

2. Ergebnisse

Auf Basis des skizzierten Vorgehens konnten 6 Studien identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllten und in die weitere Auswertung gingen. Die Studien wurden von zwei Projektmitarbeiterinnen (ALB und JM) durchgesehen, um die Prädiktoren des Behandlungserfolges zu identifizieren.

Tabelle 2 stellt zunächst dar, welche Studien ausgewählt, welche Stichprobe mit welcher Behandlung untersucht, welche Outcomeparameter erhoben und welche Auswertungsverfahren genutzt wurden. Eingeschlossen wurden Studien, die stationäre psychotherapeutische Verfahren in einer Klinik über verschiedene Zeitpunkte hinweg beobachteten. Insgesamt zeigt sich, dass in den ausgewählten Studien keine Outcome-Instrumente, die auf der ICF-basierend Aktivitäten und Teilhabe messen (siehe Kapitel 4), eingesetzt wurden.

Vielmehr wurden mit dem Global Assessment of Functioning (Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995), dem Mobility Inventory (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985), dem EuroQoL (Graf, Claes, Greiner & Uber, 1998; Rabin & de Charro, 2001) und den in Deutschland entwickelten Fragebögen Fragen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000) und zum Alltagsleben (Bullinger, Kirchberger & von Steinbüchel, 1993) Instrumente eingesetzt, die einen hohen Anteil an Items beinhalten, die verschiedene Aspekte der ICF Dimensionen Aktivitäten und Partizipation abdecken. Die Auswertungen basieren auf Gruppenunterschieden. Außerdem wurden Regressionsanalysen durchgeführt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Identifizierte Studien zu Prädiktoren des Behandlungsverlaufs hinsichtlich Aktivitäten und Partizipation

Autoren	N	Behandlung	Outcome-Instrument	Auswertung
Rathgeb-Fuetsch, Kempfer, Feil, Pollmacher and Schuld (2011)	33	stationäre kognitive Verhaltenstherapie in einer Klinik	Mobility Inventory	Gruppenunterschiede (Varianzanalysen)
Bleichhardt, Timmer and Rief (2005a)	157	stationäre kognitive Verhaltenstherapie in einer psychosomatischen Klinik	EuroQoL	Gruppenunterschiede (t-Test bzw. Chi ² -Test), schrittweise multiple Regression
Moller and Bottlender (2006)	433	stationäre Behandlung in verschiedenen Kliniken (multizentrisch)	Global Assessment of Functioning	Gruppenunterschiede
Fekadu, Wooderson, Markopoulou and Cleare (2009)	62	stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik	Global Assessment of Functioning	binäre logistische Regression
Bleichhardt, Timmer and Rief (2005b)	54	stationäre kognitive Verhaltenstherapie in einer psychosomatischen Klinik	Fragen zur Lebenszufriedenheit	Gruppenunterschiede (ANOVA ^a), Effektstärken Cohen's d
Fliege, Rose, Bronner and Klapp (2002)	712	stationäre psychosomatische Behandlung in einer Klinik	Fragebogen Alltagsleben	schrittweise multiple Regression

^a Analyse der Kovarianzen

Die in diesen Studien untersuchten Prädiktoren erfassen soziodemographische und klinische Charakteristika. Dennoch ist die Evidenz als eher gering einzuschätzen. Aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen und Auswertungsmethoden wurden einzelne Faktoren meist nur in einer Studie untersucht. Zugleich war die Fragestellung in der Studie von Bleichhardt et al. (2005a) explorativ und die Ergebnisse sind aufgrund der durchgeführten Mehrfachtestungen nur eingeschränkt interpretierbar (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Überblick über die Ergebnisse der Literaturanalyse

		Prädiktor	Kein Prädiktor
Soziodemographische Charakteristika			
Geschlecht			Rathgeb-Fuetsch et al. (2011) Berg, Sandell and Sandahl (2009) Bleichhardt et al. (2005a)
Alter			Bleichhardt et al. (2005a)
Partnerschaft			Bleichhardt et al. (2005a)
Klinische Charakteristika			
Response zur stationären Behandlung		Moller and Bottlender (2006)	
Dauer des Episode	Fekadu et al. (2009)		Fekadu et al. (2009)
Psychopathologie	Fekadu et al. (2009)		Bleichhardt et al. (2005a)
Komorbidität			Rathgeb-Fuetsch et al. (2011) Bleichhardt et al. (2005a)
Persönlichkeitsstörung	Berg et al. (2009)		
Somatoforme Symptomatik			Bleichhardt et al. (2005a)
Hypochondrie			Bleichhardt et al. (2005b)
Somatische Komorbidität	Fliege et al. (2002)		
Medikation			Rathgeb-Fuetsch et al. (2011)
Nutzung des Versorgungssystems im Vorjahr			Bleichhardt et al. (2005a)
Psychotherapieerfahrung			Bleichhardt et al. (2005a)
Therapie „failures“	Fekadu et al. (2009)		
Arbeitsunfähigkeit	Fliege et al. (2002)		Bleichhardt et al. (2005a)
Patientennahe Einstellungen			
Krankheitserleben	Bleichhardt et al. (2005a)		
Positive Behandlungserwartung			Bleichhardt et al. (2005a)
Therapiemotivation			Bleichhardt et al. (2005a)
Selbstwirksamkeit	Fliege et al. (2002)		
Pessimismus	Fliege et al. (2002)		
Vorliegen eines Rentenbegehrens			Bleichhardt et al. (2005a)
Lebensqualität	Bleichhardt et al. (2005a)		
Psychosoziale Beeinträchtigung			Bleichhardt et al. (2005a)

3. Diskussion

Die Literaturanalyse zeigt, dass es bisher keine veröffentlichte Studie gibt, die die Funktionsfähigkeit katamnestisch mit ICF-basierten Fragebögen erfasst. In den identifizierten Studien wurden Instrumente eingesetzt, die einen hohen Anteil von Items enthalten, die den ICF-Dimensionen Aktivitäten und Partizipation zuzuordnen sind. Dennoch fehlt es für die spezifische Einordnung dieser Instrumente an einer systematischen Darstellung, die die Integration von Aktivitäten und Partizipation in der Outcome-Erhebung bei psychischen Störungen darstellt. Die zur Verfügung stehende Publikation (Brütt et al., in press), gibt zwar wesentliche Hinweise, dennoch war die Beschreibung der Inhalte nur Nebenprodukt der Auswertungen. Um die Anwendung der ICF und speziell der Aktivitäten und der Teilhabe in der Messung der Behandlungsergebnisse systematisch zu erfassen, fehlt es zum Einen an Übersichtsarbeiten, zum Anderen sollten auf Basis der ICF entwickelte Instrumente vermehrt in Forschung und Praxis eingesetzt werden.

Gleichzeitig wird an der Auswahl der Studien deutlich, dass es bisher nur wenige Untersuchungen gibt, die primär Prädiktoren für den Behandlungsverlauf erforschen. Vielmehr, so ist es auch an den Titeln abzulesen, werden andere Aspekte betrachtet und zusätzlich Analysen zu möglichen Prädiktoren gemacht wurden. Dieses Vorgehen verdeutlicht, dass nicht systematisch bzw. theorie- oder evidenzgeleitet Faktoren aufgenommen werden, sondern vielmehr die Vorhersage aufgrund von Unterfragestellungen erfolgt. Methodisch ist weiterhin anzumerken, dass für regressionsanalytische Studien eine hohe Fallzahl benötigt wird und für Gruppenunterschiede meist nur einzelne Prädiktoren analysiert werden können.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich möglicher Prädiktoren für die Funktionsfähigkeit nach einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung. Es fehlt bisher an Studien, die den Verlauf der Funktionsfähigkeit beobachten. Zudem ist bisher, auch aufgrund fehlender Studien sowie systematischer Übersichtsarbeiten, unklar, welche Prädiktoren den Behandlungsverlauf möglichst gut vorhersagen können. Vorliegende Studien beziehen zumeist nur routinemäßig erfasste soziodemographische und klinische Merkmale ein. Die Evidenz für die Vorhersage des Behandlungsverlaufs durch diese Faktoren ist gering. Es sollte weiter explorativ geforscht werden, um konkretere Fragen stellen und im Studiendesign besser umsetzen zu können.

B: Identifikation von Verläufen

Parallel zu der Literaturanalyse wurden in einem zweiten Schritt auf der Basis bereits vorliegender Daten (prä-post-6-Monatskatamnese) aus dem Projekt „Entwicklung, Überprüfung und Implementierung eines ICF-basierten Instruments zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen“ (ICF-PsychA&P-Projekt; siehe Kapitel 2.3) Verlaufsmuster hinsichtlich der Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Partizipation (Hauptoutcomeparameter) analysiert.

1. Methode

Der vorliegende Datensatz wurde im Rahmen ICF-PsychA&P-Projekts an acht Kooperationskliniken der psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung erhoben. Es handelte sich um eine Beobachtungsstudie in der Routineversorgung. In diesem Rahmen wurden der ICF-PsychA&P-Fragebogen sowie weitere symptom-basierte Verfahren (z.B. Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (Rabung et al., 2009), Symptom Check List (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974; Franke, 2002)) eingesetzt.² Insgesamt standen Daten von 2175 Patienten zu Behandlungsbeginn zur Verfügung. Zu Behandlungsende lagen 1537 Fragebögen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 71%. Der Katamneserücklauf betrug 704 Fragebögen, entsprechend einer Quote von 42%³. Für die Analyse der Prädiktoren stand damit ein Datensatz von n=704 zur Verfügung (siehe Abbildung 5).

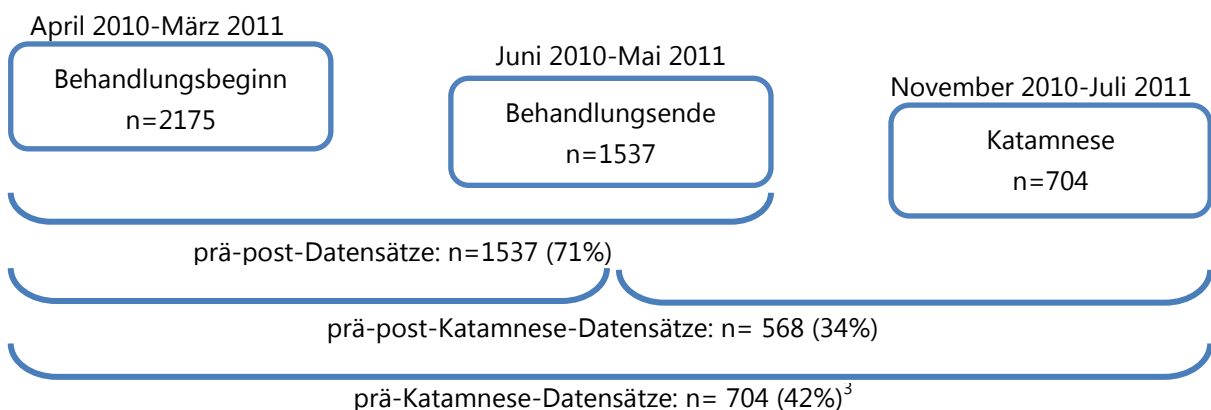


Abbildung 5: Rücklauf der Datenerhebung im ICF-PsychA&P-Projekt

² Das Erhebungsinstrument wurde individuell mit den Kliniken abgestimmt und orientierte sich an der Basisdokumentation.

³ Aus organisatorischen Gründen konnten an zwei Kliniken keine Katamneseerhebungen durchgeführt werden. Die Rücklaufquote wurde deshalb ausgehend von einem Prä-Datensatz von 1669 Patienten berechnet.

Zur Qualitätssicherung des Datensatzes wurden Drop-out-Analysen durchgeführt. Dazu wurden die Patienten, die an der Katamneseerhebung teilnahmen und damit in die Auswertungen zur Vorhersage des Behandlungserfolgs einbezogen wurden mit denjenigen Patienten verglichen, die den Katamnesefragebogen nicht ausfüllten.

Die Vergleiche wurden hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Angaben sowie dem ICF-PsychA&P-Werten zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende durchgeführt. In Abhängigkeit von dem Skalenniveau erfolgte die Prüfung mittels t-Tests und Chi²-Tests (Bortz & Schuster, 2010).

Signifikante Unterschiede sind hinsichtlich des Alters zu konstatieren. Diejenigen Patienten, die an der Katamnese teilnahmen, waren durchschnittlich etwa zwei Jahre älter ($M=46,2$ (10,6) vs. $M=48,6$ (10,0), $t(1578) = -4,63$, $p < 0,001$). Zudem nahmen mehr Frauen an der Nachbefragung teil (65,0% vs. 73,2%, $\chi^2(1, 1661) = 12,79$; $p < 0,001$) und der Anteil an Personen mit deutscher Nationalität (96,0% vs. 97,8%, $\chi^2(1, 1658) = 4,24$; $p = 0,038$) war ebenfalls höher. Die Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Diagnose, des Familienstandes, der Schulbildung und des Arbeitsverhältnisses. In Bezug auf die Ausgangsbelastung wies die Gruppe der Teilnehmer an der Katamnesebefragung zu Behandlungsbeginn geringere Beeinträchtigungen im ICF-PsychA&P-Gesamtwert auf ($M=1,9$ (10,6) vs. $M=48,6$ (10,0), $t(1657) = -4,63$, $p = 0,014$). Zu Behandlungsende waren keine Unterschiede zwischen den Gruppen vorhanden. Eine Tabelle zu den Drop-out-Analysen befindet sich im Anhang (siehe Anhang 2).

Diese Drop-out-Analysen verdeutlichen die Selektivität der Stichprobe für die weiteren Analysen. Insbesondere bei der Betrachtung des Prädiktors Migrationshintergrund sollte in Betracht gezogen werden, dass in der Stichprobe Menschen nichtdeutscher Nationalität unterrepräsentiert sind.

Anschließend wurde anhand einer multiplen Regressionsanalyse der Einfluss unabhängiger Variablen (soziodemographische, klinische und Versorgungscharakteristika), die zu Behandlungsbeginn erhoben wurden, auf die abhängige Variable, den ICF-PsychA&P-Gesamtwert, geprüft.

2. Ergebnisse

Aufgrund der Heterogenität des zu analysierenden Datensatzes, der sich aus Routinedaten aus acht Kooperationskliniken zusammensetzte, war ein sinnvolles Matching für folgende soziodemographische Variablen möglich: (a) Alter, (b) Geschlecht, (c) Nationalität, (d) Partnersituation, (e) Familienstand, (f) Schulabschluss und (g) berufliche Situation. Weiterhin konnten die klinischen Variablen (h) Diagnose, (i) AU-Status und (j) AU-Tage in die Analysen mit einbezogen werden. Variablen die nicht intervallskaliert waren, wurden dummy-codiert. Mittels punktbiserialen Korrelationen wurden die einzelnen Dummy-Variablen hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit dem Outcome analysiert. Es wurden diejenigen Ausprägungen ausgewählt, die den größten Zusammenhang mit dem Outcome aufwiesen (siehe Tabelle 4).

Um den Faktor der Anfangsbelastung als Kovariate in die Regressionsanalyse aufzunehmen, wurde ein hierarchisches Verfahren gewählt. Als erste unabhängige Variable wurde entsprechend die Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Partizipation (ICF-PsychA&P-Gesamtwert) zu Behandlungsbeginn herangezogen. Auf der zweiten Ebene wurden die soziodemographischen Variablen (a)-(c) und auf der dritten Ebene (d) – (g) eingefügt. Klinische Charakteristika ((h)-(j)) wurden auf der vierten Ebene in die Regres-

Tabelle 4: Korrelationen mit soziodemographischen und klinischen Charakteristika

		ICF-PsychA&P-Gesamtwert	
Soziodemographische Charakteristika			
(a)	Alter	R	
(b)	Geschlecht weiblich	R	0,01
(c)	Nationalität deutsch	R	-0,03
(d)	kurzfristig kein Partner	R	0,07
	langfristig kein Partner	R	0,05
	wechselnde Partner	R	0,04
	fester Partner	R	-0,15***
(e)	ledig	R	0,09*
	verheiratet	R	-0,08*
	getrennt lebend	R	-0,02
	geschieden	R	0,02
	verwitwet	R	-0,01
(f)	Hauptschulabschluss	R	0,15***
	Realschulabschluss	R	-0,04
	(Fach)Abitur	R	-0,04
(g)	Vollzeit	R	-0,16***
	Teilzeit	R	-0,05
	Hausfrau, -mann	R	0,03
	in Ausbildung	R	0,03
	arbeitslos	R	0,12***
	Erwerbsminderung	R	0,20***
	Pension	R	-0,08*
klinische Charakteristika			
(h)	Schizophrenie, schizotyp und wahnhaft Störungen	R	-0,05
	Bipolare Störung	R	0,02
	Affektive Störung (exkl. bipolar)	R	0,11***
	Angststörung	R	-0,01
	PTSD und andere Belastungsstörungen	R	0,09*
	somatoforme Störung	R	0,03
	sonstige psychische Störung	R	0,11***
	somatische Erkrankung	R	-0,03
	Anpassungsstörung	R	-0,25***
	Neurasthenie	R	-0,10*
(i)	keine AU	R	-0,09*

sionsberechnung aufgenommen. Neben der Anfangsbelastung im ICF-PsychA&P kristallisierten sich bei diesem Vorgehen weitere soziodemographische Variablen als signifikante Einflussfaktoren auf den ICF-PsychA&P-Wert in der Katamneseerhebung heraus. Das Leben in einer Partnerschaft (Variable „fester Partner“) und eine Vollzeitbeschäftigung (Variable „Arbeit Vollzeit“) sind Faktoren mit einem negativen Gewicht. Sind sie vorhanden, besteht ein Zusammenhang mit einem niedrigeren ICF-PsychA&P-Wert zum Katamnesezeitpunkt und damit geringeren Einschränkungen in Aktivitäten und Teilhabe. Das Vorzeichen für die ebenfalls einen signifikanten Einfluss ausübenden Variablen „Hauptschulabschluss“ und „AU-Dauer vor Behandlung“ ist positiv und geht mit einer höheren Beeinträchtigung zum Katamnesezeitpunkt einher. Entsprechend dieses Vorgehens konnte in der Regressionsanalyse ein korrigiertes R^2 von ,43 ermittelt werden. Die Kennwerte für diese Analyse sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Koeffizienten des Regressionsmodells mit der abhängigen Variablen ICF-PsychA&P_Gesamtwert zum Katamnesezeitpunkt

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		Signifikanz
	<i>B</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	
(Konstante)	,332	,272		1,220	,223
ICF-PsychA&P-Gesamtwert	,686	,041	,565	16,838	,000
Alter	,001	,003	,015	,428	,668
Geschlecht weiblich	-,065	,061	-,035	-1,079	,281
Nationalität deutsch	-,044	,160	-,009	-,274	,784
fester Partner	-,171	,067	-,099	-2,554	,011
ledig	,017	,085	,008	,204	,838
verheiratet	,040	,074	,024	,536	,592
Hauptschulabschluss	,187	,061	,097	3,068	,002
Vollzeit	-,123	,055	-,073	-2,245	,025
Affektive Störung (exkl. bipolar)	,020	,073	,012	,274	,784
PTSD u.a. Belastungsstörungen	,306	,149	,070	2,050	,041
sonstige psychische Störung	,167	,117	,052	1,424	,155
Anpassungsstörung	-,194	,092	-,085	-2,115	,035
AU vor Behandlungsbeginn (Wochen)	,002	,001	,088	2,372	,018
kein AU	,101	,063	,060	1,614	,107

3. Diskussion

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse deuten auf einen großen Einfluss der Ausgangsbelastung auf den weiteren Verlauf der Aktivitäten und der Teilhabe hin. Zusätzlich können soziodemographische Merkmale (Partnerstatus, Schulbildung, Beschäftigung, AU-Status) als Prädiktoren identifiziert werden. Der Zusammenhang ist jedoch nur von geringer Stärke und trägt insgesamt zu einer zusätzlichen Varianzaufklärung von etwa 4% bei. Diese Prädiktoren stimmen mit den Ergebnissen aus vorliegenden Untersuchungen überein, die als primäres Outcome symptom-basierte Maße heranzogen (Fliege et al., 2002; Lange et al., 2012; Oster, Müller & Wietersheim, 2009). In weiteren Studien könnte untersucht werden, ob sich diese Risikofaktoren in ähnlichem Ausmaß auf die Symptomatik und auf die Aktivitäten und Teilhabe auswirken.

Die durchgeführte Sekundäranalyse des unter einer anderen Fragestellung erhobenen Datensatzes, verdeutlicht die Problematik der Erforschung von Prädiktoren. Nur Variablen, die routinemäßig bereits zu Beginn der Behandlung erhoben wurden, können in die Auswertung einbezogen werden. Vor allem bei Multicenterstudien mit unterschiedlichen Instrumenten ist eine Vorhersage aufgrund dieser Variabilität nur anhand identisch erfasster soziodemographischer Merkmale möglich. Weitere individuell in den Kliniken erhobene mögliche Prädiktoren konnten aufgrund fehlender Werte nicht in die Regressionsanalyse aufgenommen werden. Dies gilt zum Beispiel für motivationale Faktoren sowie arbeitsbezogene Belastungen.

Wie bereits in der Diskussion zur durchgeführten Literaturanalyse (siehe A: Literaturanalyse) dargestellt, gibt es bisher lediglich eine in mehreren Kliniken erhobene Stichprobe zur Vorhersage des Behandlungsverlaufs. Die Auswertungen des vorliegenden Datensatzes zeigen zudem, dass die Methodik und das Design einer solchen Untersuchung dringend auf das Ziel, die Vorhersage des Behandlungserfolgs, ausgerichtet sein sollte. Eine Untersuchung zur Vorhersage des Behandlungserfolgs sollte deswegen nicht nur multizentrisch angelegt sein, um spezifische Klinikeffekte zu kontrollieren, sondern bereits zu Behandlungsbeginn ein breites Spektrum an möglichen Faktoren messen, die wiederum in einem Fragebogenset für alle beteiligten Kliniken enthalten sind.

C: Fokusgruppen

Gruppendiskussionen eröffnen die Möglichkeit, Meinungen und Einstellungen von mehreren Menschen gleichzeitig zu erfassen. Zudem können die Dynamik der Situation und der interaktive Charakter die Erinnerung von Ereignissen unterstützen und Darstellung der Sichtweisen präzisieren; beides ist in kontrollierteren Einzelinterviews schwerer zu erreichen (Krueger & Casey, 2009). In themenzentrierten Fokusgruppen sollten Ressourcen und Barrieren, die ehemalige Patienten psychosomatischer/psychotherapeutischer Einrichtungen zu Beginn, während und im Anschluss an die Behandlung wahrnahmen, diskutiert werden. Im Folgenden wird die Methodik dieses qualitativen Ansatzes beschrieben.

1. Methode

Die Durchführung der Fokusgruppen wird anhand der Unterpunkte Sampling, Durchführung und Auswertung beschrieben.

a. Sampling

Zur Rekrutierung der Teilnehmer der Gruppendiskussionen wurde auf bereits etablierte Kooperationen mit der Wicker-Klinik in Bad Wildungen und der Curtius Klinik in Bad Malente zurückgegriffen. In dem Projekt „Entwicklung, Überprüfung und Implementierung eines an der ICF-orientierten Instruments zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen“ wurden in diesen Kliniken bereits zwei prä-post-Katamnese-Datenerhebungen durchgeführt. Für die Rekrutierung der Gruppendiskussionsstichprobe wurden alle in der zweiten Erhebungsphase (April 2010 bis März 2011) zu Behandlungsbeginn befragten Patienten erneut von der jeweiligen Klinik angeschrieben. Diesem Schreiben lagen eine Erläuterung zu dem aktuellen Projekt, ein weiterer Katamnesefragebogen sowie eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Fokusgruppen (einschließlich der Übermittlung von Kontaktdaten und Terminpräferenzen) bei. Um die Gruppendiskussionen möglichst zeitnah nach der Rücksendung der Fragebögen stattfinden lassen zu können, wurden in jeder Klinik alle Schreiben gleichzeitig versandt. Dies entsprach einem Katamnesezeitraum von 14-26 Monaten.

Tabelle 6: Überblick zum Rekrutierungsprozess

	Fragebögen zu Behand- lungsbeginn	Fragebögen zu Behand- lungsende	Fragebögen zum Katam- nese 1	Fragebögen zum Katam- nese 2	Teilnehmer an Gruppen- diskussion
Wicker-Klinik	144	98	67	35 (18 n.z.*)	8
Curtius Klinik	221	168	106	60 (24 n.z.)	14

*n.z.: nicht zustellbar

Der Tabelle 6 lassen sich die Rücklaufquoten entnehmen. Anzumerken ist hier, dass ein relativ großer Anteil der ausgesandten Fragebögen die Adressaten nicht erreichte, da diese unbekannt verzogen waren. Die korrigierten Quoten zeigen, dass 29% der angeschriebenen einen Fragebogen an das Institut für Medizinische Psychologie sendeten. Diesen Fragebögen lag zu 37% ein Einverständnis zur Teilnahme an den Gruppendiskussionen bei.

Bedingt durch den Rücklauf und die Terminpräferenzen war es nicht möglich, verlaufshomogene Gruppen zu bilden. Entsprechend wurden die Gruppen aufgrund der realisierbaren Termine zusammengesetzt. Die Teilnehmer wurden telefonisch über die Termine informiert und erhielten ggf. weitere Informationen zur Reisekostenerstattung und zu Übernachtungsmöglichkeiten. Von den 35 Patienten, die zur Teilnahme bereit waren, ließ sich bei 13 keine Teilnahme realisieren (terminliche Gründe, Aufwand, kurzfristige Absagen). Insgesamt konnten fünf Fokusgruppen mit drei bis sechs Teilnehmern⁴ stattfinden.

Somit könnten 22 ehemalige Patienten interviewt werden. Hinsichtlich der Repräsentativität der Gruppe für die gesamte zu Behandlungsbeginn erhobene Stichprobe müssen Einschränkungen konstatiert werden. Jedoch sollte bei diesem qualitativen Ansatz vor allem die Variation der Untersuchungsteilnehmer als Kriterium für eine umfassende Erfassung herangezogen werden. Wir wählten die Variablen Geschlecht, Alter und Verlauf aus und erwarteten, dass verschiedene Ausprägungen dieser Variablen in der rekrutierten Stichprobe erreicht würden (siehe Tabelle 7). Es nahmen 6 Männer und 16 Frauen an den Gruppendiskussionen teil. 12 ehemalige Patienten waren unter 50 Jahre. Der Behandlungsverlauf wurde mittels des reliable change index (RCI nach Jacobson & Truax, 1991) in Bezug auf eine Veränderung zwischen Behandlungsbeginn und dem zweiten Follow-up Zeitpunkt eingeschätzt.

⁴ Rückblickend stellte sich heraus, dass eine Teilnehmerzahl von vier bis fünf Personen sehr gute Bedingungen für die Diskussion darstellte.

Tabelle 7: Verteilung von Geschlecht, Alter und Behandlungsverlauf der Fokusgruppenteilnehmer

		18-49 Jahre	50-65 Jahre	gesamt
Verlauf gut	♀	5	0	5
	♂	0	3	3
Verlauf gleichbleibend	♀	5	3	8
	♂	1	1	2
Verlauf schlecht	♀	0	2	2
	♂	1	0	1
gesamt		12	8	21*

* Für eine Teilnehmerin an den Fokusgruppen lagen keine Verlaufsdaten vor.

belle 7). In der Fokusgruppe mit Therapeuten waren drei stationär tätige psychologische Psychotherapeuten aus den Kooperationskliniken anwesend, weiterhin konnte eine Therapeutin aus einem ambulanten Behandlungssetting gewonnen werden

b. Durchführung

Die Fokusgruppen fanden in der Klinik statt, in der die Patienten etwa ein bis zwei Jahre zuvor in stationärer Behandlung waren. Für die Diskussionen stand ein Gruppenraum zur Verfügung. Neben den Teilnehmern nahmen zwei Moderatorinnen der Forschungsgruppe an der Diskussion teil. Zudem wurden zwei Fokusgruppen durch eine studentische Hilfskraft unterstützt, die sicherstellte, dass die Aufnahmetechnik einwandfrei funktionierte. In einer Gruppe war eine an der Klinik arbeitende Oberärztin gegenwärtig⁵.

Der Ablauf wurde grob vorstrukturiert (siehe Tabelle 8). Zunächst wurde das Projekt „Entwicklung einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation“ vorgestellt. Im Anschluss wurden organisatorische Fragen geklärt (digitale Aufnahme der Gruppendiskussion und Einverständniserklärung sowie Reisekostenabrechnung). Zur Einleitung in das Thema der Gruppendiskussionen wurden in einer kurzen Präsentation die Ziele und der anvisierte Erkenntnisgewinn durch die Gruppendiskussionen erläutert. Die Bedeutsamkeit der Fokusgruppen für das Projekt und die Rolle der ehemaligen Patienten als Experten wurde herausgestellt. Im Anschluss wurden die Aufnahmegeräte eingestellt.

⁵ Während des Aufenthalts der ehemaligen Patienten war diese Ärztin noch nicht in der Klinik tätig. Die Teilnahme war von der Klinik erwünscht und es stellte sich im Verlauf heraus, dass durch die Oberärztin auch Anmerkungen zu therapeutischen Leistungen differenzierter diskutiert werden konnten, da sie beteiligte Personen kannte.

Es zeigte sich, dass drei Patienten nicht nachhaltig von der Behandlung profitierten, an den Gruppendiskussionen teilnahmen. Insgesamt waren Patienten mit einem guten bzw. unveränderten Verlauf hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation häufiger vertreten (siehe Ta-

Nach einer Vorstellungsrunde der Teilnehmer untereinander wurden inhaltliche Fragen eingeführt. Zu Beginn war die Fragestellung offen, orientierte sich aber an der zeitlichen Strukturierung (Faktoren zu Beginn, während und nach der Behandlung). Sich entwickelnde Diskussionen der Teilnehmer wurden zugelassen und durch Nachfragen weiter gefördert. Nach etwa 60 Minuten wurde eine Pause von etwa 10 Minuten eingelegt. Insgesamt dauerten die Gruppendiskussionen 115 bis 135 Minuten. Insgesamt dauerten die Gruppendiskussionen 115 bis 135 Minuten. Die Aufzeichnungen der Interviews wurden im Anschluss verschriftlicht⁶.

Tabelle 8: Ablauf der Fokusgruppen

Einteilung	Dauer (min)	Inhalt
Begrüßung	5	Begrüßung, Vorstellung der Moderatorinnen, Organisatorisches
Einleitung	5	Beschreibung der Studie, Erklären des Vorgehens
Inhalt I: vor der Behandlung	25	Fokus auf Faktoren vor Antritt der Behandlung
Inhalt II: während der Behandlung	25	Fokus auf Faktoren im Behandlungsverlauf
Pause	10	
Inhalt III: nach der Behandlung	25	Fokus auf Faktoren im Anschluss an die Behandlung
Abschluss	15	Zusammenfassung, Evaluation

c. Auswertung

Die Auswertung orientiert sich an der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008). In der induktiven Kategoriendefinition werden Kategorien ohne vorab formulierte Theoriekonzepte direkt aus dem Material abgeleitet. Nach dem Prozessmodells nach Mayring (2008, S. 75) wurde zunächst das Ziel der Analyse bestimmt. Entsprechend der Fragestellung waren dies Ressourcen und Barrieren für Aktivitäten und Teilhabe nach stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung. Im zweiten Schritt wurden das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau bestimmt (inhaltliche Facetten, die im Zusammenhang mit dem Verlauf stehen). Im Anschluss begannen die Materialducharbeitung und die Kategorienbildung (siehe Abbildung 6).

⁶ Für die Transkription wurde ein Honorarvertrag mit einer externen Firma (Schreibservice Raue, Mettingen) geschlossen.

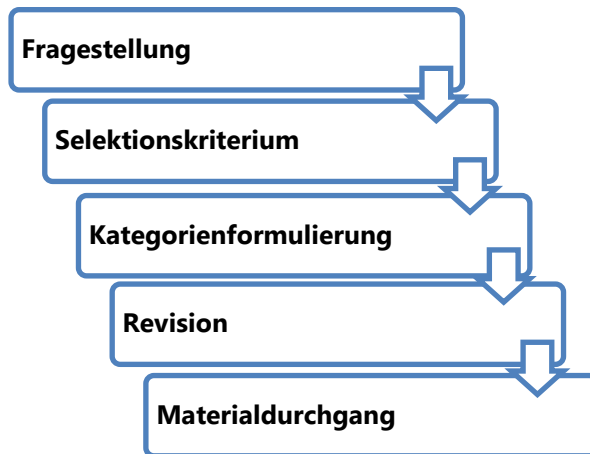


Abbildung 6: Überblick zum Vorgehen der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008)

Die Analyse wurde computergestützt mit dem Programm MAXqda (Kurkatz, 2001) durchgeführt. Nach der Durcharbeitung von zwei Gruppendiskussionen wurden die Kategorien überprüft und die Passung mit der Fragestellung reflektiert. Schließlich wurde das gesamte Material inhaltlich bearbeitet. Das ausgearbeitete Kategoriensystem ist das Resultat der Analyse. Als wesentliches Qualitätsmerkmal dient die Definition der Katego-

rien. Die entwickelten Kategorien und ihre inhaltliche Beschreibung wurden im Expertenworkshop präsentiert.

2. Ergebnisse

Aus den Aussagen der Patienten ließen sich fünf wesentliche Bereiche identifizieren, die sich auf die Ressourcen der Person und ihren Umgang mit der Erkrankung, die Vorbereitung auf die stationäre Behandlung sowie Arbeit und Versorgungsaspekte beziehen. Zudem wurden klinische Charakteristika beschrieben. Die personenbezogenen Eigenschaften beziehen sich auf den Umgang mit der psychischen Erkrankungen und Belastungsgrenzen sowie zwischenmenschliche Fähigkeiten. Unter Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt werden die Eigeninitiative für die Therapie sowie die Auswahl der Klinik gefasst. Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungen und Erwartungen an den stationären Aufenthalt wurden ebenfalls dieser Kategorie zugeordnet. Die Arbeit unterteilt sich in das Arbeitsklima, die Unterstützung bei der Arbeit und die Angemessenheit der Arbeitssituation. Allgemeiner wird das Thema berufliche Perspektive eingeschlossen. Versorgungsaspekte umfassen die hausärztliche und psychotherapeutische Versorgung sowie Differenzen zwischen stationären und ambulanten Therapieerfahrungen. Als klinische Charakteristika wurden die Symptombelastung sowie die Arbeitsunfähigkeit vor Behandlungsbeginn eingeordnet. Abbildung 7 gibt einen Überblick über die ermittelten wesentlichen Bereiche, die ihnen zugeordneten Kategorien sowie eine Beschreibung anhand eines Zitats aus den Fokusgruppen.

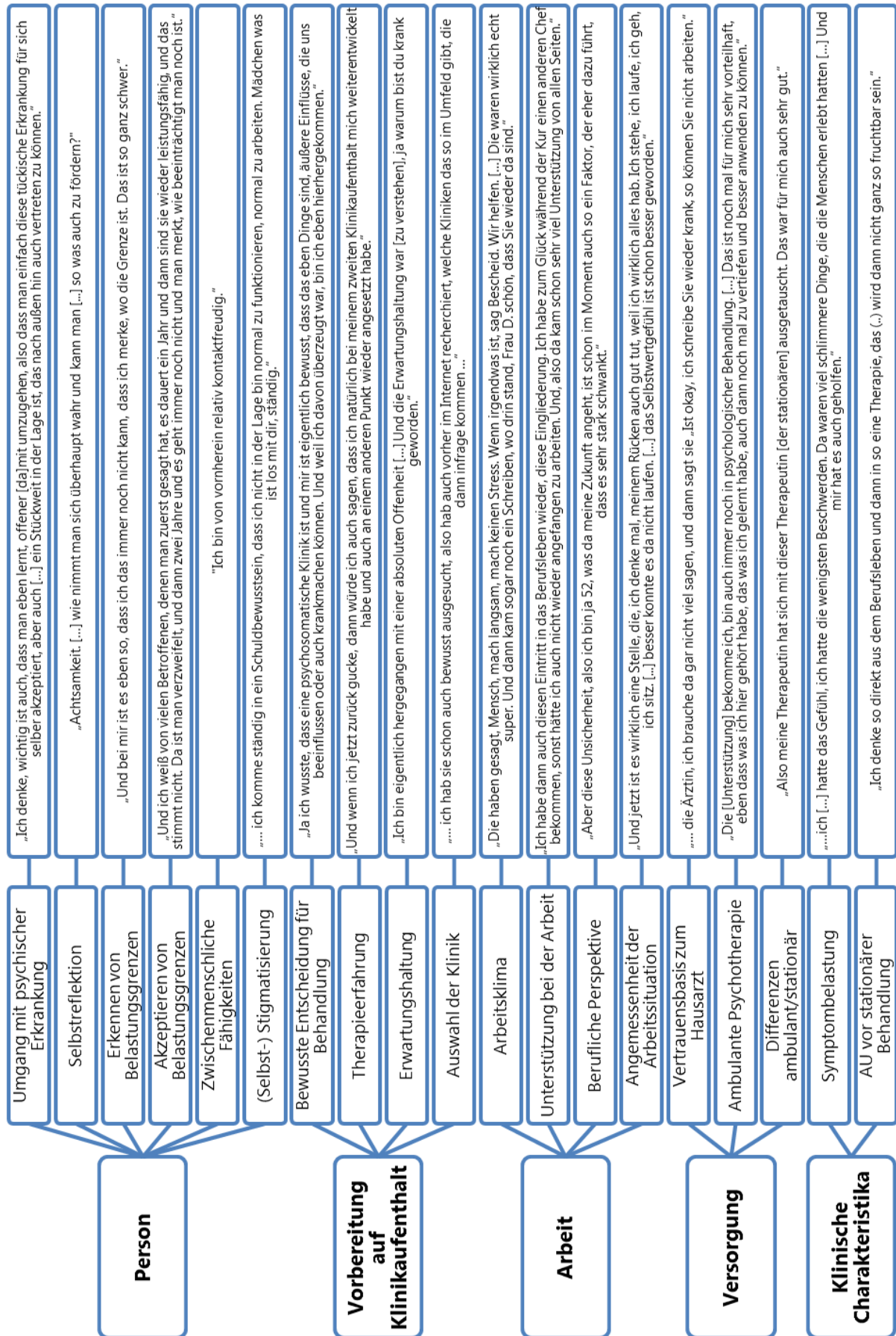


Abbildung 7: Überblick über die Kategorien, ihre Differenzierung sowie Interviewzitate

3. Diskussion

Die Stichprobe war selektiv, da die ehemaligen Patienten sich freiwillig dafür entschieden in die Klinik zurückzukehren um an dem Projekt teilzunehmen. Die Motivationslage war sehr unterschiedlich, die meisten Patienten waren daran interessiert, ihre Erfahrungen weiterzugeben und als Experten für die Erkrankung zu fungieren. Zudem waren auch Patienten dabei, die ein persönliches Interesse an dem Kontakt zur Klinik hatten und nicht primär an dem Forschungsprojekt. Gleichzeitig illustriert dies auch die Bedeutung der Ergebnisse der Studie. Nur sehr selten haben Patienten die Möglichkeit, nach der Behandlung in der Klinik selbst ihren weiteren Genesungsverlauf zu beschreiben und den Klinikaufenthalt in der Retrospektive zu bewerten. Nahezu alle teilnehmenden Personen brachten durch ihre Aussagen ihre Wertschätzung der Klinik und des Aufenthalts zum Ausdruck. Es wurden viele positive Rückmeldungen zur Einladung zum Besuch der Klinik und positive Eindrücke beim Betreten der Klinik mitgeteilt. Gleichzeitig bieten die geäußerten Kritikpunkte die Möglichkeit, Abläufe in der Klinik zu optimieren. Diese Informationen wurden den Kliniken in Form eines Ergebnisberichts rückgemeldet. Diese ersten Ergebnisse dazu ermuntern, ähnliche Strategien in der Qualitätssicherung zu etablieren.

Auch als Forschergruppe können wir sehr positiv von den Gruppendiskussionen berichten. Durch die Vorbereitungen an den kooperierenden Kliniken, liefen die Fokusgruppen organisatorisch hervorragend ab. Alle Patienten, die telefonisch eine Teilnahme zugesagt hatten, waren auch zum entsprechenden Termin in der Klinik. Weiterhin zeigten sie eine hohe Bereitschaft, sich in die Diskussionen einzubringen und damit einen Teil des Forschungsprojekts mitzugestalten.

Außerdem stellte sich für die Patientenfokusgruppen eine Teilnehmerzahl von vier bis fünf Personen pro Fokusgruppe als sehr gute Bedingung für die Diskussion heraus.

D: Expertenworkshop

Am 23. April 2012 fand am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Expertenworkshop statt. Zielsetzung des Expertenworkshops war es, die im Rahmen der Projektarbeit identifizierten Prädiktoren, für einen günstigen bzw. ungünstigen Verlauf von Patienten nach einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation in den Bereichen „Aktivitäten und Partizipation“ in Anlehnung an die Konzeption der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), hinsichtlich ihrer Relevanz einschätzen zu

lassen. Es wurde eine heterogene Zusammensetzung der Expertenrunde angestrebt. Eingeladen wurden klinisch erfahrene Experten im Feld der psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung. Weiterhin wurden Repräsentanten der Kostenträger eingeladen. Experten im Bereich der Forschung und der Entwicklung von Instrumenten und schließlich konnte auch die Patientenperspektive durch einen Patientenvertreter eingebracht werden. Einen Überblick über die Teilnehmer gibt Tabelle 9.

Tabelle 9: Teilnehmer des Expertenworkshops am 23. April 2012 in Hamburg

TeilnehmerIn	Institution	Expertise
Frau Assoz. Prof. Dr. Sylke Andreas	Institut für Psychologie, Universität Klagenfurt	Forschung
Frau Dr. Ruth Deck	Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck	Forschung
Frau Dr. Katja Fischer	Deutsche Rentenversicherung Bund	Kostenträger
Frau Dr. Nathalie Glasser-Möller	Deutsche Rentenversicherung Nord	Kostenträger
Herr PD Dr. Lutz Götzmann	Segeberger Kliniken GmbH, Zentrum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Klinik
Frau Dr. Silke Kleinschmidt	Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Curtius Klinik Bad Malente	Klinik
Herr Univ.-Doz. Dr. Gernot Langs	Medizinisch-Psychosomatische Klinik, Schön Kliniken Bad Bramstedt	Klinik
Herr Jürgen Matzat	Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen	Patientenvertreter
Herr Prof. Dr. Christoph Schmeling-Kludas	Krankenhaus Ginsterhof	Klinik

1. Methode

Die Methodik wird im Folgenden unter den Aspekten Vorgehen während des Expertenworkshops und Diskussionen im Expertenworkshop beschrieben.

a. Vorgehen während des Expertenworkshops

In einer einführenden Präsentation wurde die im Rahmen des Projekts umgesetzte Methodik zur Identifikation möglicher Einflussfaktoren auf den Verlauf von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten nach psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung erläutert. Die beschriebenen Arbeitsschritte beinhalteten eine Literaturanalyse, die Auswertung von Verlaufsdaten in einem Datensatz von $n = 2175$ Patienten, die an einer stationären psychosomati-

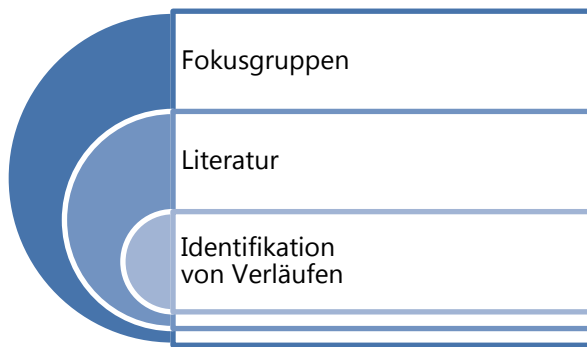


Abbildung 8: Aufbereitung der Informationen im Expertenworkshop- Farbschema

schen/psychotherapeutischen Behandlung teilnahmen sowie die Analyse von Fokusgruppensitzungen, die unter Beteiligung von Patienten und Therapeuten stattfanden. Anschließend wurden die möglichen Prädiktoren, die im Verlauf des Projekts aus Fokusgruppen mit Patienten und mit Therapeuten sowie aus der Literatur und der Analyse

des Datensatzes ermittelt wurden, übersichtlich präsentiert. Um die unterschiedlichen Quellen der Informationen zu verdeutlichen, wurde ein einheitliches Farbschema verwendet (siehe Abbildung 8). Differenziert wurden die inhaltlichen Facetten „soziales Umfeld“, „Person“, „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“, „Arbeitsumfeld“, „Vernetzung im Versorgungssystem“ sowie „soziodemographische Charakteristika“ und „klinische Charakteristika“. Diese Facetten untergliederten sich jeweils in verschiedene Aspekte, die zunächst anhand einer MindMap (inklusive farblicher Markierungen zur Beschreibung der Quellen der Information) übersichtlich dargestellt und anschließend einzeln erläutert wurden. Dies bildete die Basis für die Diskussion in der Expertenrunde. Eine anfänglich beabsichtigte Abstimmung über die Relevanz einzelner Prädiktoren wurde verworfen, stattdessen wurde die inhaltliche Bedeutung der Konzepte und mögliche Operationalisierungen in der Expertengruppe diskutiert.

b. Diskussionen im Expertenworkshop

Zu Beginn der Diskussion wurde klargestellt, dass für die Risikocheckliste sowohl Risiko- als auch protektive Faktoren von Bedeutung sind und zum Beispiel auch das Nichtvorhandensein eines Schutzfaktors in die Risikoliste aufgenommen werden könnte. Ziel der Risikocheckliste ist es, eine möglichst große Varianzaufklärung für die katamnesticen Werte in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation zu erreichen. Entsprechend sollte in der Diskussion auch berücksichtigt werden, dass es sich bei dem zu vorhersagendem Outcome um die Bereiche Aktivitäten und Partizipation im Sinne des Konzepts der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) handelt. So sollte speziell auf die Zielkriterien Teilhabe im Beruf, in der Familie und in der Freizeit eingegangen werden.

2. Ergebnisse

Zunächst wurde auf den Bereich des sozialen Umfelds eingegangen. Die vorrangig in den Fokusgruppendifkussionen ermittelten Prädiktoren im sozialen Umfeld schlüsseln sich in Familie, Partnerschaft und Freude auf.

Die Diskussion der Experten ergab, dass alle beschriebenen Kategorien für den Verlauf von Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung von Bedeutung sein können. Es war den Experten wichtig sowohl Risiken und als auch Ressourcen des sozialen Umfelds zu erfassen. Zudem wurde vorgeschlagen eine Therapeutenversion der Risikocheckliste in Erwägung zu ziehen, um weitere Aspekte berücksichtigen zu können. Zu diesen gehört die Abfrage einer (psychischen) Erkrankung des Partners.

Es wurde darauf hingewiesen, dass es wichtig sei einen geeigneten Messzeitpunkt für diese Abfrage zu finden, da die Fremdeinschätzung am Anfang der Therapie nicht möglich wäre. Es wurde als wichtig erachtete bei den zu formulierenden Fragen die Aspekte emotionale und instrumentelle Unterstützung zu berücksichtigen.

Zudem wurde angemerkt, dass bei der Verantwortung im familiären Kontext sowohl auf die unterstützende als auch auf die überfordernde Funktion von Aufgaben in der Familie eingegangen werden sollte. Die Abfrage des Partnerschaftsstatus' sollte sich auf das Vorhandensein einer festen Partnerschaft und nicht auf den Familienstatus beziehen.

Die Fragen über den Freundeskreis sollten den unterstützenden Charakter der Freundschaften und nicht die Anzahl der Freunde erfassen. Die Einbindung in soziale Netzwerke sollte möglichst breit gefasst werden und deswegen Bekannte, Kollegen, virtuelle Netzwerke, Vereine und Selbsthilfegruppen mit einschließen. Weitere Differenzierungen des Bereiches „soziales Umfeld“ konnten aus den Diskussionen gewonnen werden und die Übersicht wurde entsprechend modifiziert (siehe Abbildung 9).

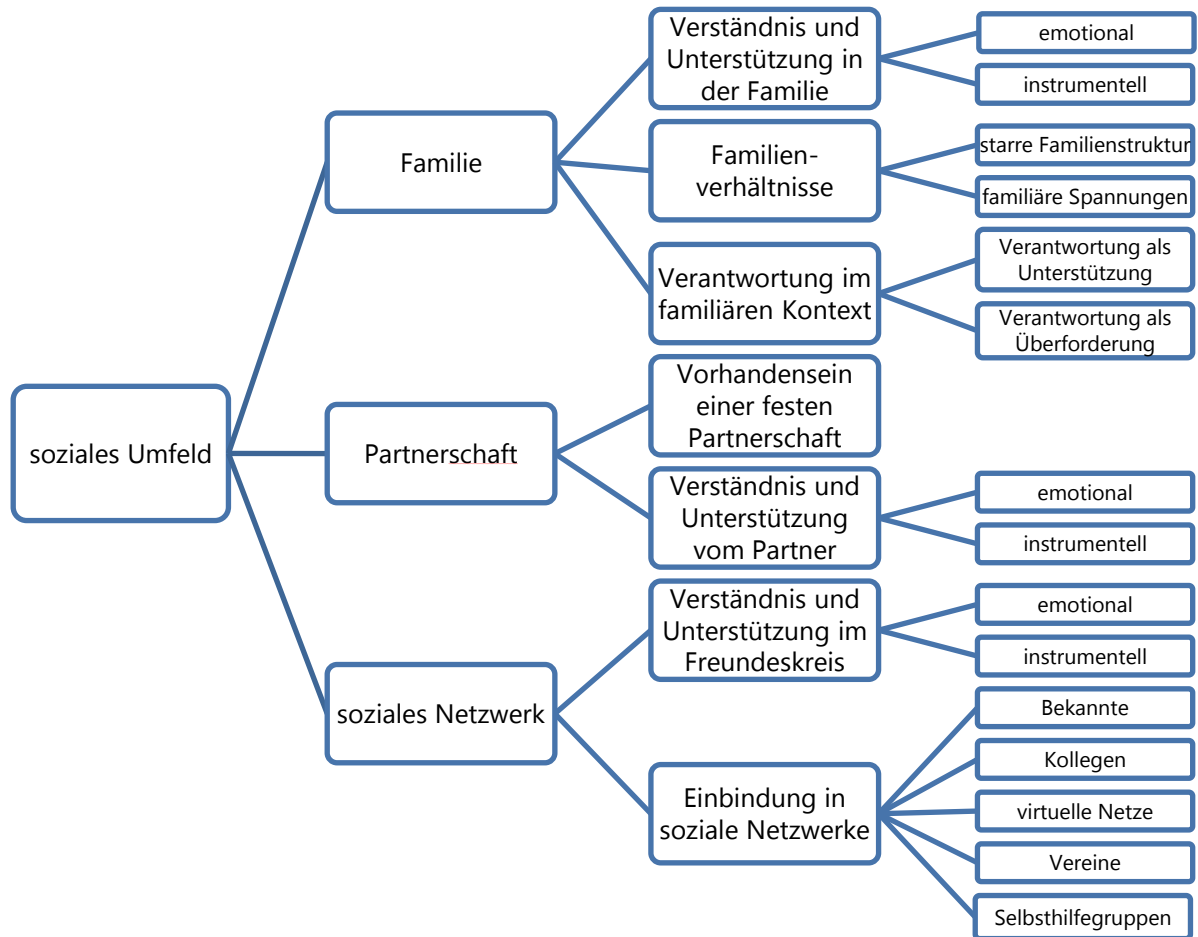


Abbildung 9: Differenzierung des Bereichs „soziales Umfeld“ durch den Expertenworkshop

Der Bereich „Person“ umfasste Einstellungen, Fähigkeiten und Wahrnehmungen des Patienten. Die auf der Basis der Fokusgruppendifkussionen differenzierten Kategorien wurden im Expertenworkshop diskutiert, als relevant eingeordnet und umstrukturiert (siehe Abbildung 10). Die Experten betonten die Wichtigkeit der Erfassung des adäquaten und situationsangemessenen Umgangs mit der psychischen Erkrankung, obwohl dieser zu Beginn der Behandlung vermutlich nicht von vielen Patienten zu erwarten sei. Es wurde als wichtig erachtet die Selbststigmatisierung der Patienten besonders in Bezug auf den Selbstwert zu berücksichtigen. Zur Erfassung des Problembewusstseins wurde es als wichtig herausgestellt die Fähigkeit eigene Grenzen wahrzunehmen und die Akzeptanz der eigenen Situation zu beachten. Die Anregungen der Experten verdeutlichten die Notwendigkeit der Einführung der Kategorie „Ressourcen“, die in Zusammenhang mit der Facette „Umgang mit psychischer Erkrankung“ steht und dieser untergeordnet wurde. Zu den relevanten Ressourcen zählen nach Meinung der Experten Optimismus, die Fähigkeit sich helfen zu lassen, Humor, Kreativität und Mentalisierungsfähigkeit. In der Diskussion wurde deutlich, dass die Exploration des sekundären Krankheitsgewinns am besten sowohl durch den Selbst- als auch durch den Fremdbereich in

der Therapeutenversion zu erfassen wäre. Die Diskussion ergab zudem, dass die Gelassenheit der Patienten sowie die zwischenmenschlichen Fähigkeiten als Prädiktoren relevant sein könnten.

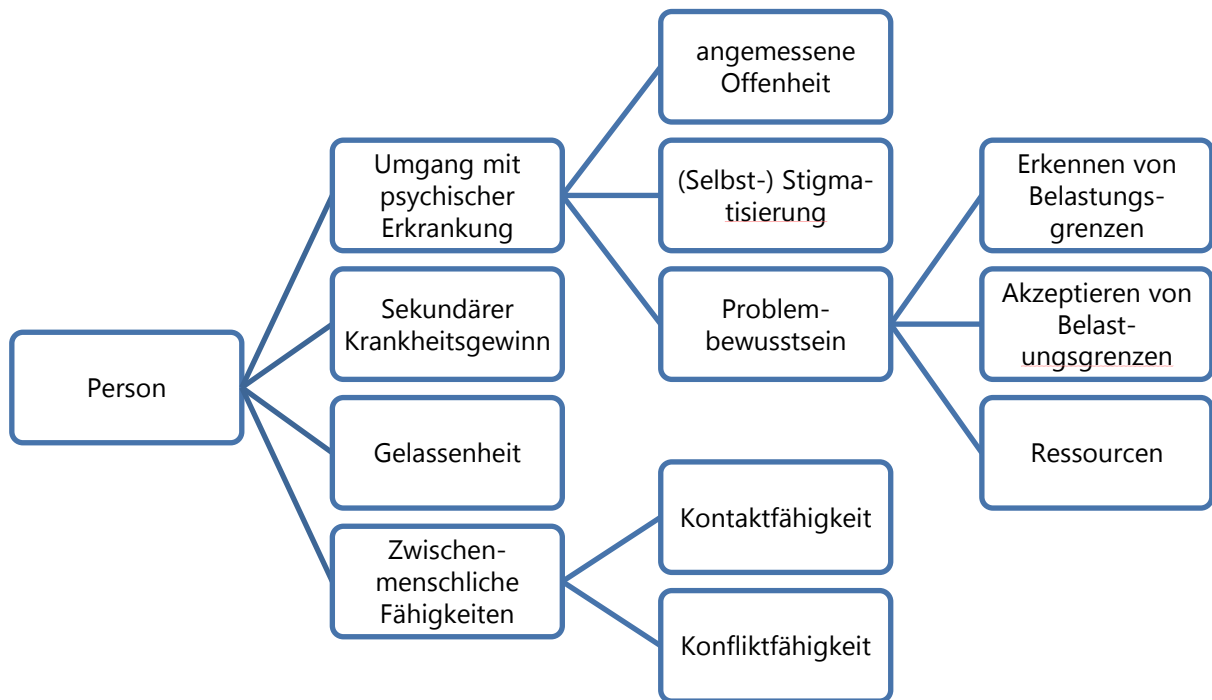


Abbildung 10: Differenzierung des Bereichs „Person“ durch den Expertenworkshop

Die Kategorien des Bereichs „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ stellen die Präferenzen der Patienten für eine Klinik und Behandlung, die Erfolgserwartungen und die Therapiemotivation dar. Diese wurden im Rahmen der Expertenrunde ausführlich diskutiert, inhaltlich differenziert und neu strukturiert (siehe Abbildung 11). Die Experten schlugen die Kategorie „Krankheitsbild“ vor, die die Vorstellungen von Patienten zur ihrer Erkrankung, zum Beispiel die Art der Erkrankung (somatisch, psychosomatisch, psychisch) und die Ursachenvorstellungen (internal, external), beschreibt.

Für die Behandlungsmotivation wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Behandlung als relevant erachtet. Um die Motivation hinsichtlich des Aufenthalts unter Erholungsgesichtspunkten von dem Arbeiten im Rahmen der Psychotherapie unterschieden zu können, sollten die von den Patienten zur Auswahl der Klinik herangezogenen Kriterien erfasst werden. Es wurde zudem herausgestellt, dass ebenfalls Items zur Veränderungsbereitschaft der Patienten in dieser Kategorie erfasst werden sollten.

Der Fokus der Behandlungserwartung sollte nach Meinung der Experten weniger auf der Offenheit für neue Erfahrungen, sondern vielmehr auf der Ergebniserwartung liegen. Dazu gehört, Vorstellungen zum Effekt der Behandlung zu haben, zum Beispiel die Erwartung, von

der Behandlung zu profitieren und neue Erkenntnisse über sich zu gewinnen. Eingeschlossen werden sollten außerdem Selbstwirksamkeitserwartungen.

Die Experten erachteten die Kategorien „Therapieerfahrung“ als wichtigen Prädiktor und schlugen vor, psychotherapeutische Vorerfahrungen und zusätzlich die Einschätzung des Patienten über den Erfolg dieser Behandlung zu erfassen.

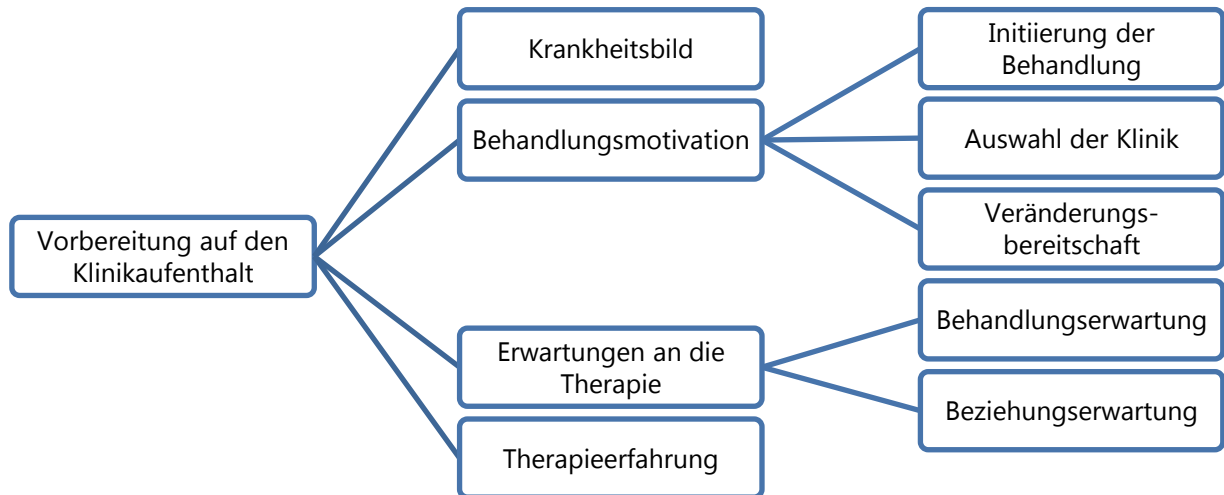


Abbildung 11: Differenzierung des Bereichs „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ durch den Expertenworkshop

Die vorwiegend aus den Fokusgruppen ermittelten Inhalte hinsichtlich der Arbeitssituation wurden präsentiert und in der Expertengruppe diskutiert und inhaltlich differenziert (siehe Abbildung 12). Die Prädiktoren „Arbeitsklima“, „Unterstützung bei der Arbeit“, „berufliche Perspektive“ und „Angemessenheit der Arbeitssituation“ wurden von den Experten als relevant eingeschätzt und sollen in der Risikocheckliste erfasst werden. In der Kategorie „Arbeitsklima“ sollten nach Meinung der Experten die Beziehungen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzkonflikte sowie die Arbeitsbedingungen erfasst werden. Die Experten erachteten auch den Einfluss der Führungsebene auf das Arbeitsklima als maßgeblich. Inhaltlich sollte nach Meinung der Experten in dieser Kategorie außerdem die Erwartungen bei Wiederaufnahme der Arbeit eruiert werden.

Als Abgrenzung zum „Arbeitsklima“, welches primär die nicht-krankheitsassoziierten Arbeitsumstände beschreibt, fokussiert die Kategorie „Unterstützung bei der Arbeit“ auf die Unterstützung hinsichtlich des Umgangs mit und der Bewältigung der psychischen Erkrankung. Als wesentlichen Aspekt identifizierten die Experten hier die Wertschätzung des Mitarbeiters trotz der Erkrankung und die Unterstützung einer Rückkehr an den alten Arbeitsplatz. Die Experten erachteten es als wichtig zwischen Akzeptanz und Unterstützung durch Kollegen auf der einen und durch Vorgesetzte auf der anderen Seite zu differenzieren.

Für die Erfassung der Kategorie „Berufliche Perspektive“ ist zwischen arbeitenden und arbeitssuchenden Patienten zu differenzieren. Weiterhin erwähnten die Experten, dass es wichtig sei zu erfragen, ob die Patienten nach beruflicher Teilhabe streben oder ein Rentenbegehren im Vordergrund stehe. Da die Selbsteinschätzung der beruflichen Perspektive krankheitsbedingt verzerrt sein kann, sollte für diesen Bereich, unter Berücksichtigung der Lage des Arbeitsmarktes, auch eine Fremdeinschätzung durch die behandelnden Psychotherapeuten erhoben werden.

Die Experten erachteten die „Angemessenheit der Arbeitssituation“ als bedeutsame Kategorie für die Vorhersage von Aktivitäten und Partizipation und empfahlen sowohl Unter- als auch Überforderung bei der Arbeit zu erfassen.

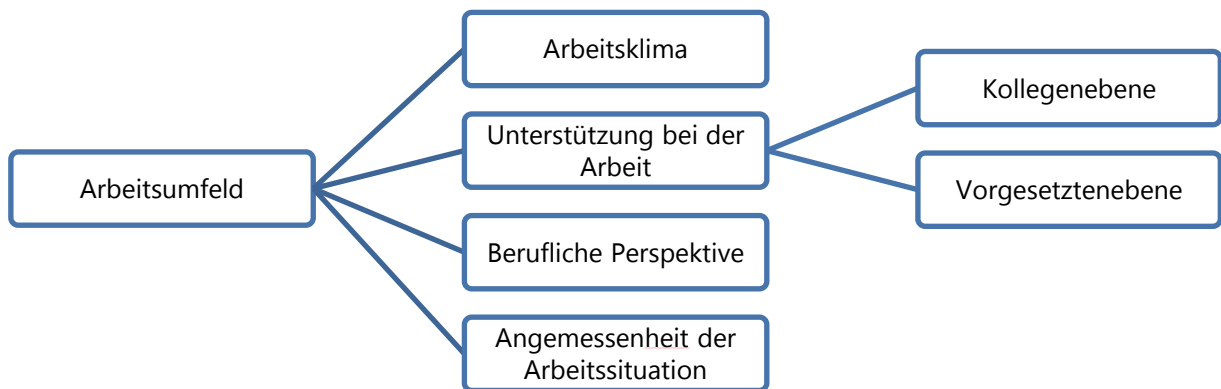
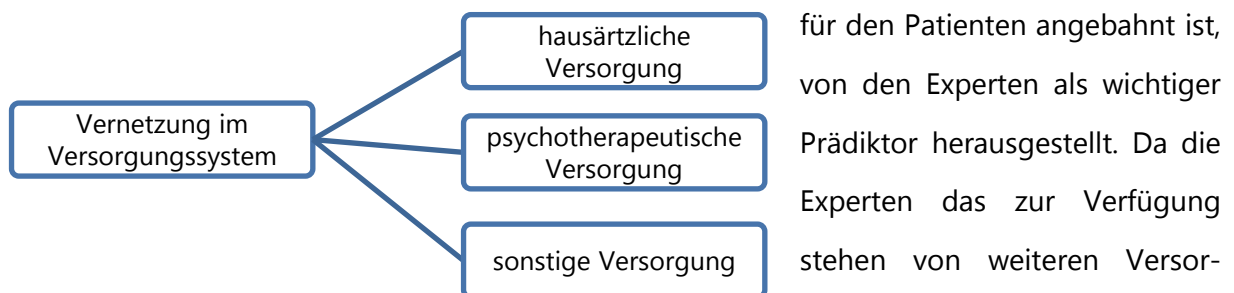


Abbildung 12: Differenzierung des Bereichs „Arbeit“ durch den Expertenworkshop

Der Bereich „Vernetzung im Versorgungssystem“ umfasste die hausärztliche und ambulante psychotherapeutische Anbindung der Patienten, das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt sowie die Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Psychotherapie. Die auf der Basis der Fokusgruppendifkussionen differenzierten Kategorien wurden im Expertenworkshop hinsichtlich ihrer Relevanz diskutiert und umstrukturiert (siehe Abbildung 13). Dabei wurde die hausärztliche und die psychotherapeutische Versorgung in Form von einer Vorstellung davon, wie die psychologische und medizinische Versorgung nach dem stationären Aufenthalt



für den Patienten angebahnt ist, von den Experten als wichtiger Prädiktor herausgestellt. Da die Experten das zur Verfügung stehen von weiteren Versorgungsangeboten in Form von Selbsthilfegruppen oder ambu-

Abbildung 13: Differenzierung des Bereichs „Vernetzung im Versorgungssystem“ durch den Expertenworkshop

lantem Nachsorgeprogrammen ebenfalls als relevanten Prädiktor einschätzten, wurde zudem die Kategorie „sonstige Versorgungsangebote“ in die Gliederung aufgenommen.

Die Experten sprachen sich aufgrund von mangelnder Operationalisierbarkeit und mangelnder Relevanz für die Prognose gegen die Berücksichtigung der Kategorie „Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Therapie“ aus.

Weiterhin diskutierten die Experten über die Erfassung soziodemographischer Charakteristika. Aufgrund der Vorarbeiten konnten die Aspekte Alter, Sozioökonomie, Geschlecht und regionale Unterschiede als relevante Prädiktoren herausgestellt werden (siehe Abbildung 14).

Die Experten erachteten es unabhängig von der Relevanz für die Vorhersage als sinnvoll Alter und Geschlecht in der Risikocheckliste mit zu erfassen, da diese standardmäßig immer abgefragt werden und dies ohne großen Aufwand möglich sei. In der Kategorie „Sozioökonomie“ empfahlen die Experten die Belastung durch die finanzielle Situation zu erfassen, da diese ein relevanter Prädiktor sein könnte. Da die Experten der Meinung waren die Herkunft der Pati-

enten sei unabhängig von dem

Therapieerfolg wurde die Kategorie „regionale Unterschiede“ nicht mit aufgenommen.

Die Experten sprachen sich zudem dafür aus den Migrationshintergrund als negativen Prädiktor mitaufzunehmen. Aus der

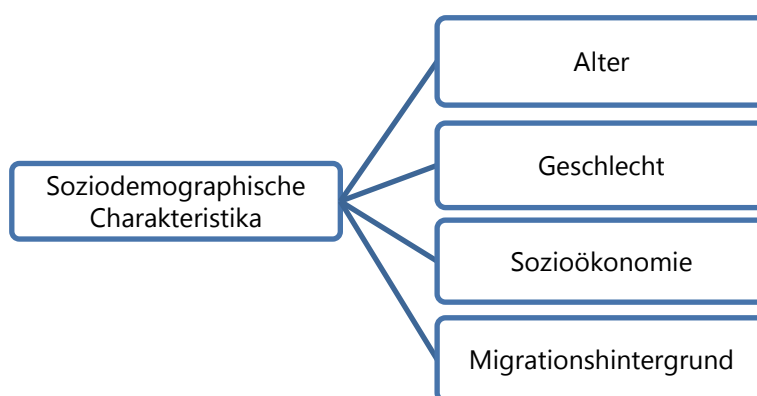
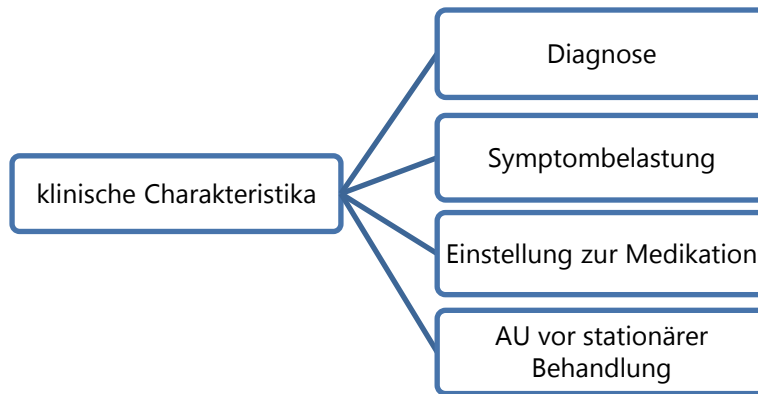


Abbildung 14: Differenzierung des Bereichs „Soziodemographische Charakteristika“ durch den Expertenworkshop

Erfahrung einiger Experten ging hervor, dass besonders Patien-

tinnen mit Migrationshintergrund besondere Unterstützung benötigten, da Sie ein höheres Risiko für einen ungünstigen Verlauf der Aktivitäten und der Partizipation nach der stationären Behandlung aufweisen würden. Zudem wurde geäußert, dass bei dieser Gruppe häufiger Probleme durch Rentenbegehren entstehen würden.

Abschließend wurde im Expertenworkshop die Relevanz der klinischen Charakteristika für die Vorhersage von Aktivitäten und Partizipation im poststationären Verlauf und mögliche Operationalisierungen dieser diskutiert. Der durch die Experten modifizierte Überblick dieses Bereiches ist Abbildung 15 zu entnehmen.



Die Experten sprachen sich dafür aus die „Diagnose“, die „Symptombelastung“ und die „AU vor stationärer Behandlung“ in die Risikocheckliste aufzunehmen, weil sie diese als relevante Prädiktoren eingeschätzten. Zur Erhebung der Diagnose wurde eine Fremdbe-

Abbildung 15: Differenzierung des Bereichs „klinische Charakteristika“ durch den Expertenworkshop

urteilung durch den Psychotherapeuten vorgeschlagen. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Komorbidität vereinfacht durch die Anzahl der Diagnosen operationalisiert werden könnte. Zudem wäre es sinnvoll die Hauptdiagnose zu erfassen, auch wenn es sich hierbei nicht um die relevante und valide Entlassdiagnose handeln könne. Es wurde sich darauf geeinigt, dass es sinnvoll sei die Symptombelastung durch ein Item zu erfassen, da der Einsatz standardisierter Instrumente die Auswertung erheblich erschweren würde. Die Diskussion ergab, dass die „Einstellung zu Medikation“ ein relevanter Prädiktor sein könnte. Es wurde vorgeschlagen neben der Bereitschaft zur Einnahme von Psychopharmaka auch die Compliance mit der Medikation zu erfassen. Obwohl die Experten keinen linearen Zusammenhang zwischen den AU-Zeiten vor der stationären Behandlung und dem Verlauf erwarteten, wurde der Zusammenhang und somit auch die Erfassung der AU-Tage dennoch als sehr relevant erachtet. Der durch die Experten modifizierte Überblick dieses Bereiches ist Abbildung 16 zu entnehmen. Für die Entwicklung der Risikocheckliste werden diese Aspekte Berücksichtigung finden und entsprechend in den Projektplan eingebaut werden.

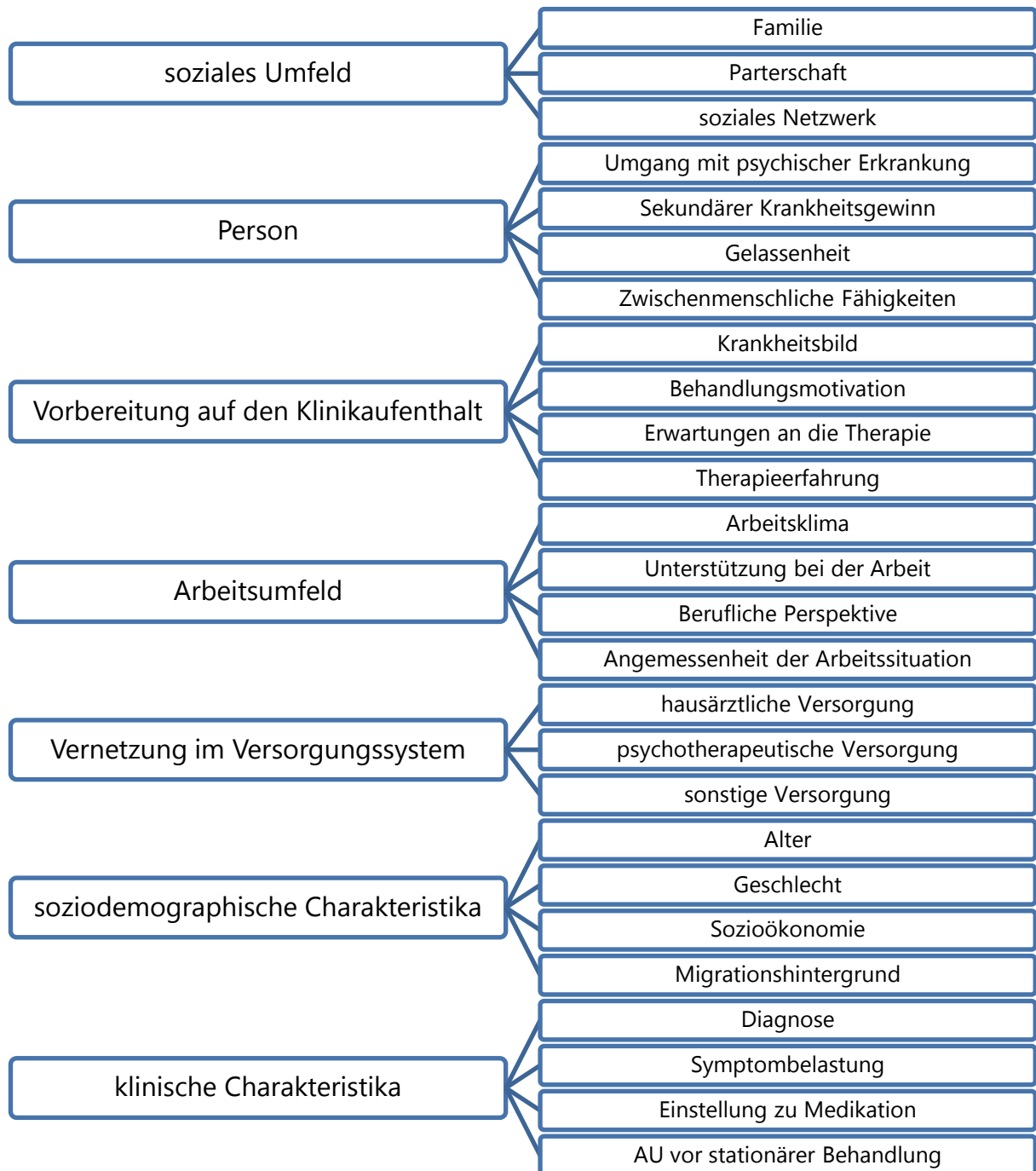


Abbildung 16: modifizierte MindMap zur Operationalisierung der identifizierten Risikofaktoren

3. Diskussion

Zunächst war angedacht, die inhaltliche Ausgestaltung der Risikocheckliste sowie die Formulierung der Items im Rahmen des Expertenworkshops zu realisieren. Diese Ziele wurden zu Beginn des Workshops mit den Experten diskutiert. Danach wurde deutlich, dass die Kategorien in einem ersten Schritt inhaltlich ausführlicher differenziert werden müssen, bevor in einem zweiten Schritt Fragen formuliert werden können. Deshalb wurde das Vorgehen angepasst und zunächst über die, auf Basis der Literaturanalyse, der Auswertungen und der Fokusgruppen ermittelten, potentiellen Risikofaktoren diskutiert. Aus den Diskussionen im Ex-

pertenworkshop ergaben sich wertvolle Hinweise für eine inhaltliche Differenzierung der Einflussfaktoren auf den Behandlungsverlauf hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation. Das Kategoriensystem wurde entsprechend der Argumente der Experten verändert. Die Kategorien, die von den Experten als irrelevant für den Verlauf von Aktivitäten und Partizipation eingeschätzt wurden, wurden weggelassen. Viele der Kategorien wurden aufgrund der Expertenmeinungen inhaltlich differenziert und neu geordnet. Das primäre Ergebnis des Expertenworkshops ist die sich aus den Diskussionen ergebende MindMap (siehe Abbildung 16). Zudem wurden zwei weitere Fragen in den Diskussionen aufgeworfen:

- Ist eine Therapeutenversion der Risikocheckliste notwendig?
- Welcher Erhebungszeitpunkt ist angemessen?

Im Anschluss an den Expertenworkshop wurden bereits auf Grundlage des adaptierten Kategoriensystems (MindMap) Items für die Risikocheckliste generiert. Die Fragen wurden einerseits neu entwickelt, andererseits wurde aber auch Fragen aus bereits bestehenden Inventaren übernommen. Hierbei wurden zudem die Operationalisierungsvorschläge der Experten berücksichtigt. Für die Experten bestand im Folgenden die Möglichkeit, die Items der Risikocheckliste hinsichtlich ihrer Eignung für die Checkliste zu bewerten. Dieser Arbeitsschritt wurde auf die Anregung der Expertengruppe hin in den Arbeitsplan aufgenommen. Geplant war, zeitnah nach dem Expertenworkshop (Mai 2012) mit der Pilotstudie zu beginnen. Um die schriftlichen Rückmeldungen der Experten zu berücksichtigen und das *cognitive debriefing* mit Patienten durchzuführen, wurde der Einsatz des Instruments in den kooperierenden Kliniken um einen Monat verschoben. Es wurde daraufhin eine kostenneutrale Verlängerung um einen Monat beantragt.

E: Erstellung des Fragebogens

Ein mittlerweile etabliertes Verfahren zur Pretestung von Fragebogenitems ist das *cognitive debriefing* (Fowler, 1999). Die von der Forschergruppe formulierten Fragen werden in Bezug auf Verständnis hin überprüft, indem sie einzeln mit Patienten aus einer Rehabilitationsklinik diskutiert wurden.

1. Methode

Im Anschluss an den Expertenworkshop wurden auf der Grundlage der Diskussion und der Operationalisierungsvorschläge der Experten 92 Items für die Risikocheckliste generiert (siehe Anhang 3). Diese vorläufige Risikocheckliste wurde an die neun Experten versandt. Acht Experten bewerteten die Items auf einer fünf-stufigen Skala auf ihre Eignung hin (1=geeignet; 5=ungeeignet) und kommentierten einige Items mit Anmerkungen. Die Items wurden mithilfe der Anmerkungen der Experten überarbeitet und reduziert. Items mit einem arithmetischen Mittel über 2,5 oder Items, die von mindestens zwei Experten als ungeeignet eingestuft wurden (unter 3), wurden ausgeschlossen. Außerdem wurden die Anmerkungen der Experten berücksichtigt. Anschließend wurde den 11 Patienten die vorläufige Version der Checkliste vorgelegt. Im Gespräch erläuterten sie, an welche Aspekte sie beim Beantworten der Fragen dachten und welche Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Die Interviewer konnten durch Nachfragen (z.B. „Bitte geben Sie die Frage in Ihren eigenen Worten wieder“) oder dem Fragen nach Begriffen (z.B. „Was bedeutet ‚soziales Umfeld‘ für Sie?“) die Verständlichkeit prüfen. Die Patienten konnten zudem Formulierungsvorschläge abgeben. Die Interviewer dokumentierten die Anmerkungen der Teilnehmer auf einem Dokumentationsbogen. Dieser wurde in der Projektgruppe als Grundlage dafür herangezogen, Fragebogenitems zu verändern.

2. Ergebnisse

Die Vorschläge der Experten bezüglich der Veränderung von Items beinhalteten grammatikalische Korrekturen, Verbesserungen der Wortwahl und inhaltliche Aspekte. Bei der Beurteilung der Items wurden zudem die Bewertungen der Relevanz einbezogen. Beispiele für veränderte Items nach dem Expertenrating gibt Tabelle 10.

Tabelle 10: Beispiele für Umformulierungen von Items nach dem Expertenrating

Frage	Anmerkungen	Überarbeitung
Expertenbefragung		
Ich erlebe viele familiäre Spannungen!	1 ^a 3 1 1 1 5 2 2	Ich nehme in meiner Familie viele Spannungen wahr.
-ja-nein-	- "." statt "!" - suggestiv, redundant zu anderen Fragen nach familiären Verhältnissen - "Ich nehme in meiner Familie viele Spannungen wahr."	-stimmt - stimmt eher - stimmt eher nicht - stimmt nicht-
Fühlen Sie sich in Ihrer Familie aufgefangen?	1 1 1 3 3 2 2 2	Gibt Ihnen Ihre Familie Rückhalt?
-ja-nein-	- statt "aufgefangen sein" lieber "Rückhalt" - statt "aufgefangen" lieber "wohl" - "aufgefangen" verändern - mehrstufig!	-stimmt - stimmt eher - stimmt eher nicht - stimmt nicht-

^a Einschätzung der Experten von 1: sehr relevant bis 5: nicht relevant

Mit der auf Basis der Expertenbewertung veränderten Version der Risikocheckliste wurden anschließend ein *cognitive debriefing* mit stationär behandelten Patienten aus der Curtius Klinik in Bad Malente durchgeführt. Die in den einzelnen Interviews protokollierten Anmerkungen wurden im Anschluss für jedes Item zusammengestellt. Dies bildete die Grundlage für die weitere Bewertung der Items und eine weitere Reduktion. Verständnisschwierigkeiten wurden durch Umformulierungen behoben, gleichzeitig konnten auch die von den Patienten vorgeschlagenen Formulierungen umgesetzt werden. Einige Anmerkungen bezogen sich auf die zu geringe Differenzierung der Antwortmöglichkeiten. Entsprechenden Items wurden anschließend mehreren Antwortmöglichkeiten zugewiesen. Besonders bei unterschiedlichen Äußerungen der interviewten Patienten wurde inhaltlich diskutiert und im Forscherkonsens entschieden, welche der Anmerkungen umgesetzt werden sollte.

Berücksichtigt wurde auch die Einheitlichkeit der Antwortformate, so dass bei einigen Kommentaren der Patienten eine Umsetzung im Fragebogen aus diesen Gründen nicht möglich war. Die Tabelle 11 zeigt verschiedene Beispiele für die Änderungen der Items in der Risikocheckliste nach dem *cognitive debriefing*.

Tabelle 11: Beispiele für Umformulierungen nach dem *cognitive debriefing* mit Patienten

Frage	Anmerkungen	Überarbeitung
<p>Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld Unterstützung erhalte.</p> <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>- Skala von „trifft eher zu“ bis „trifft eher nicht zu“ (5 stufig)</p> <p>- Was wird unter sozialem Umfeld verstanden? Besser: Freunde?</p> <p>- Soziales Umfeld erläutern</p>	<p>Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld Unterstützung erhalte.</p> <p>(z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen)</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>_0 stimmt <input type="checkbox"/>_1 stimmt <input type="checkbox"/>_2 stimmt <input type="checkbox"/>_3 eher nicht</p>
<p>In Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut Hilfe von anderen Menschen annehmen.</p> <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>- „andere Menschen“ zu ungenau, unteilen in privat und professionell</p> <p>- professionelle Hilfe und Hilfe aus meinem sozialen Umfeld differenzieren</p>	<p>Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ... professionelle Hilfe annehmen.</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>_0 stimmt <input type="checkbox"/>_1 stimmt <input type="checkbox"/>_2 stimmt <input type="checkbox"/>_3 eher nicht</p> <p>... Hilfe von anderen Personen aus meinem sozialen Umfeld annehmen.</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>_0 stimmt <input type="checkbox"/>_1 stimmt <input type="checkbox"/>_2 stimmt <input type="checkbox"/>_3 eher nicht</p>
<p>Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich wieder Freude am Leben finde.</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>_0 stimmt <input type="checkbox"/>_1 stimmt <input type="checkbox"/>_2 stimmt <input type="checkbox"/>_3 eher nicht</p>	<p>- „mein Leben wieder schöner finde“</p> <p>- „wieder mehr Freude...“</p> <p>- „ich mehr Freude...“</p> <p>- Zeitpunkt unklar: vor oder während des Aufenthalts?</p> <p>- „Ich bin bereit einige Dinge an meinem Leben zu verändern.“</p> <p>- Antwortkategorie: „stimmt genau“</p>	<p>Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich mehr Freude am Leben finde.</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>_0 stimmt <input type="checkbox"/>_1 stimmt <input type="checkbox"/>_2 stimmt <input type="checkbox"/>_3 eher nicht</p>

3. Diskussion

Aufgrund der Anmerkungen der Experten während des Workshops wurde ein weiterer Arbeitsschritt eingefügt: Nachdem inhaltlich die abzufragenden Konzepte in den Diskussionen im Expertenworkshop definiert wurden, wurde in einer weiteren schriftlichen Befragung um eine Bewertung der von der Arbeitsgruppe formulierten Items durch die Expertenrunde gebeten. Mit einem Rücklauf von acht Fragebögen (89 Prozent) verlief dieser zusätzliche Arbeitsschritt sehr erfolgreich und war die Grundlage für eine erste Reduktion der Items für die Risikocheckliste.

Die zweite Revision erfolgte auf Basis der Ergebnisse des *cognitive debriefings*. Auch hier waren die Anmerkungen der Patienten sehr wertvoll. Zum Einen konnten die Fragen hinsicht-

lich des Aufbaus und der Logik überprüft werden, zum Anderen ergaben sich aus den Anmerkungen und Problemen bei der Beantwortung weitere Verbesserungen der Formulierungen. Nach diesen beiden Revisionsphasen stand ein 67 Item Instrument zur Verfügung, das im Folgenden in einer Pilotstudie eingesetzt wurde. Diese Version des Fragebogens ist dem Anhang zu entnehmen (siehe Anhang 4).

F: Überprüfung der Praktikabilität

Der erste Schritt der psychometrischen Evaluation besteht in der Überprüfung der Praktikabilität. Im Rahmen des Projekts wurde deshalb die Pilotversion der Risikocheckliste in einer Datenerhebung eingesetzt. Ermittlung von Verteilungseigenschaften der Items der Risikocheckliste und des Anteils fehlender Werte konnte mit den erhobenen Daten (N=208 Patienten) durchgeführt werden.

1. Methode

Im Folgenden werden die Datenerhebung, die Stichprobe sowie das Vorgehen zur Itemreduktion beschrieben.

a. Datenerhebung

Die Datenerhebung für die Überprüfung der Praktikabilität erfolgte in den beiden bereits während der Fokusgruppen kooperierenden Kliniken. Die Fragebögen wurden zusammen mit einer Studieninformation zu Behandlungsbeginn an die neu aufgenommenen Patienten der Kliniken verteilt. In der Information wurden die Patienten über die Ziele der Studie informiert und gebeten an der anonymisierten Datenerhebung teilzunehmen. Die Patienten füllten die Fragebögen ohne Angabe von persönlichen Daten aus. Die Fragebögen wurden in den Kliniken eingesammelt und an das UKE weitergeleitet. Durch die Anonymisierung konnten keine Drop-out-Analysen durchgeführt werden. Von 250 den Kliniken bereitgestellten Fragebögen konnten 208 in die Auswertung einbezogen werden, so dass wir von einer für die psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung repräsentativen Stichprobe ausgehen.

b. Stichprobenbeschreibung

Die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe des Pilottests zeigt die Tabelle 12. Es nahmen insgesamt 217 Patienten an dem Pilottest teil, von denen 52,5% zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung der Wicker-Klinik in Bad Wildungen und 47,5% in Behandlung der Curtius Klinik in Bad Malente waren. Die Patienten waren durchschnittlich 45 Jahre (SD=13)

alt. Die meisten von ihnen waren weiblich (n=216, 79%) und gaben an in einer festen Partnerschaft zu sein (n=213, 61%). Bezüglich des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses zeigte sich in der Stichprobe ein hoher Anteil an Berufstätigen (n=210, 54%), von denen die Mehrheit einer Vollzeitbeschäftigung nachging. 13% waren arbeitslos gemeldet und 11% in Pension. Fast alle Patienten waren Deutsche (n=216, 97%) und die meisten wurden in Deutschland geboren (n=216, 91%).

Tabelle 12: Soziodemographische Charakteristika der untersuchten Stichprobe in der Pilotphase

Alter (n=215)	MW (SD) Jahre	45.2 (12.6)
Geschlecht (n=216)	% weiblich	79,3
Partnersituation (n=213)	% fester Partner	60,8
	% keinen Partner	37,3
Berufstätigkeit (n=210)	% berufstätig, Vollzeit	31,8
	% berufstätig, Teilzeit	22,1
	% arbeitslos gemeldet	12,9
	% Frührente/Alterspension/Pension	10,6
	% Studium, Ausbildung	3,7
	% Anderes	15,7
Staatsangehörigkeit (n=216)	% deutsch	97,2
Geburtsland (n=216)	% Deutschland (inkl. DDR)	91,2

c. Itemrevision

Im Rahmen einer Itemanalyse (erster Schritt) werden fehlende Werte analysiert, Schwierigkeitsindizes berechnet und Trennschärfeanalysen durchgeführt. Außerdem werden Iteminterkorrelationen berechnet. Im Anschluss an diese Analysen wurde auch inhaltlich geprüft, ob eine Revision der Risikocheckliste notwendig ist und eine Itemselektion durchgeführt werden muss.

2. Ergebnisse

Die Itemcharakteristika wurden für jedes Item dargestellt (siehe Anhang 5). Zusätzlich wurden die Korrelationstabellen betrachtet. Die Ergebnisse hinsichtlich der Itemeigenschaften wurden in der Arbeitsgruppe besprochen und unter Heranziehung statistischer und inhaltlicher Kriterien wurde die Risikocheckliste weiter gekürzt. Die Entscheidung wurde im Konsens (JM und ALB) getroffen. In der Tabelle 13 wird das Rational für Entscheidungen, die die Auswahl eines Items unter mehreren ähnlichen, die Umformulierung eines Items, den Ausschluss von einem Item und die Ergänzung von Antwortmöglichkeiten betreffen, genauer erläutert.

Tabelle 13: Beispiele für Umformulierungen oder Selektion von Items nach dem Pilottest

Frage- Pilottest	Itemstatistik und Begründungen	Frage- Überarbeitung
<p>Meine Familie gibt mir Rückhalt.</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>₀ stimmt eher <input type="checkbox"/>₁ stimmt eher nicht <input type="checkbox"/>₂ stimmt nicht <input type="checkbox"/>₃</p> <p>Meine familiären Verhältnisse sind für mich...</p> <p>sehr belastend <input type="checkbox"/>₀ eher belastend <input type="checkbox"/>₁ eher unterstützend <input type="checkbox"/>₂ sehr unterstützend <input type="checkbox"/>₃</p>	<p>- Inter-Item-Korrelation: $r = -,647^{**}$</p> <p>→ Entscheidung für ein Item</p> <p>„Meine Familie gibt mir Rückhalt.“ erfasst nur das Ausmaß an Unterstützung durch die Familie und vernachlässigt den Aspekt der Belastungen. „Meine familiären Verhältnisse sind für mich...“ lässt hingegen eine genauere Differenzierung der Risiken und Ressourcen zu.</p>	<p>Item ausgeschlossen</p> <p>Meine familiären Verhältnisse sind für mich...</p> <p>sehr belastend <input type="checkbox"/>₀ eher belastend <input type="checkbox"/>₁ eher unterstützend <input type="checkbox"/>₂ sehr unterstützend <input type="checkbox"/>₃</p>
<p>Ich habe eine Perspektive, wieder einen (für Berufstätige: einen anderen) Job zu finden.</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>₀ stimmt eher <input type="checkbox"/>₁ stimmt eher nicht <input type="checkbox"/>₂ stimmt nicht <input type="checkbox"/>₃</p> <p>Ich suche nicht nach anderen Beschäftigungsmöglichkeiten. <input type="checkbox"/>₄</p>	<p>- Prozent fehlender Werte: 10,7%</p> <p>- Häufigkeitsverteilung: 0: 16,2%; 1: 15,6%; 2: 23,4%; 3: 20,4%; 4: 24,6%; n=41 haben keine Angabe zur beruflichen Perspektive gemacht</p> <p>→ Umformulierung</p>	<p>Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt.</p> <p>stimmt <input type="checkbox"/>₀ stimmt eher <input type="checkbox"/>₁ stimmt eher nicht <input type="checkbox"/>₂ stimmt nicht <input type="checkbox"/>₃</p>
<p>Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.</p> <p>ja <input type="checkbox"/>₀ nein <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Wenn ja: Wie zufrieden waren Sie mit dieser Behandlung?</p> <p>zufrieden <input type="checkbox"/>₀ eher zufrieden <input type="checkbox"/>₁ eher unzufrieden <input type="checkbox"/>₂ unzufrieden <input type="checkbox"/>₃</p>	<p>- Häufigkeitsverteilung: 0: 46,5%; 1: 53,4%</p> <p>- Häufigkeitsverteilung (n=102): 0: 45,1%; 1: 38,2%; 2: 11,8%; 3: 4,9%</p> <p>- MW=0,76 (SD=0,85)</p> <p>- Schiefe: 0,973</p> <p>- Kurtosis: 0,361</p> <p>→ Item ausgeschlossen</p>	<p>Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.</p> <p>ja <input type="checkbox"/>₀ nein <input type="checkbox"/>₁</p>
<p>Was war für Sie entscheidend bei der Auswahl der Klinik? (Mehrfachnennungen sind möglich)</p> <p><input type="checkbox"/>₀ Empfehlungen <input type="checkbox"/>₁ Wohnortnähe <input type="checkbox"/>₂ Umgebung (z.B. Natur) <input type="checkbox"/>₃ Internetauftritt <input type="checkbox"/>₄ Ausstattung <input type="checkbox"/>₅ Therapiekonzept <input type="checkbox"/>₆ Sonstiges: _____</p>	<p>- Antwortmöglichkeit „Sonstiges“: Häufigkeit: 27,8% (n=58)</p> <p>- 27 Aussagen die Zuweisung durch DRV nahelegen (z.B.: „wurde vom Versicherungsträger ausgewählt“, „wurde von RV beantragt“, „wurde mir zugewiesen“)</p> <p>→ Antwortmöglichkeit ergänzt</p>	<p>Was war für Sie wichtig bei der Auswahl der Klinik? (Mehrfachnennungen sind möglich)</p> <p><input type="checkbox"/>₀ Empfehlungen <input type="checkbox"/>₁ Wohnortnähe <input type="checkbox"/>₂ Umgebung (z.B. Natur) <input type="checkbox"/>₃ Internetauftritt <input type="checkbox"/>₄ Ausstattung <input type="checkbox"/>₅ Therapiekonzept <input type="checkbox"/>₆ Zuweisung durch DRV <input type="checkbox"/>₇ Sonstiges: _____</p>

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

3. Diskussion

Das ursprünglich im Antrag beschriebene Vorgehen zur Itemselektion umfasste eine rein statistische Bewertung der Items. Wir entschieden uns aber, die Ergebnisse hinsichtlich der Itemeigenschaften in der Arbeitsgruppe zu besprechen und die Risikocheckliste unter Heranziehung statistischer und inhaltlicher Kriterien weiter zu kürzen.

Zu diesem Zeitpunkt war es nicht sinnvoll, die Skalenstruktur über eine Faktorenanalyse zu bestimmen und dies als Begründung für eine Itemselektion heranzuziehen, da nicht klar war, ob das der Risikocheckliste zugrunde liegende Konstrukt tatsächlich eindimensional ist bzw. verschiedene Faktoren zu identifizieren sind. Vielmehr wurde bei der Itemselektion darauf geachtet, Fragen mit hohen Interkorrelationen zu ermitteln und zu selektieren.

Dennoch erwies sich dieser Arbeitsschritt als sehr sinnvoll, da nach der Änderung und Reduktion der Items nun mit der RiResA&P-P (56) eine praktikablere Version der Risikocheckliste bereitsteht (siehe Anhang 6). Für die psychometrische Evaluation wird nun die revidierte Form der Checkliste herangezogen.

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zunächst wurden mittels einer systematischen Literaturrecherche Katamneseuntersuchungen im Bereich der stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung identifiziert und auf Basis bereits vorliegender Daten (prä-post-6-Monatskatamnese) Verlaufsmuster hinsichtlich der Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Partizipation (Hauptoutcomeparameter) analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass es bisher nur wenig Evidenz für Faktoren, die den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe vorhersagen können, vorhanden ist.

Im anschließenden, explorativen dritten Projektschritt mit Patienten- und Therapeutenfokusgruppen konnten sowohl Ressourcen als auch Barrieren nach der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation erfragt werden. Die weitere Ausdifferenzierung der möglichen Faktoren wurde im Expertenworkshop vorgenommen. In einem weiteren Schritt konnte die Operationalisierung der Risiko- und Schutzfaktoren durch die Experten und im Rahmen eines *cognitive debriefing* mit Patienten überprüft werden.

Nach der Pilottestung fand eine weitere Reduktion der Items statt. Es entstand die ReResA&P-P (56), die Fragen zum sozialen Umfeld, zum Umgang mit der psychischen Erkrankung, zur Arbeitssituation, zu Erwartungen an die Behandlung sowie allgemeinen Angaben enthält. Ergänzend wurde eine Therapeutenversion, bestehend aus einer Erläuterung der Kategorien und einem Fragebogen, entwickelt (siehe Anhang 7).

Zusammenfassend stellt Abbildung 17 die Ergebnisse des Projekts dar.

A Literatur- analyse

- Die 6 Studien, die in der Literaturanalyse identifiziert wurden, verdeutlichen, dass bisher das Outcome "Aktivitäten und Teilhabe" nur selten systematisch in die Evaluation von Behandlungen einbezogen wird.
- Krankheitsbedingte Faktoren wie der Schweregrad oder die Art des Störungsbildes sowie soziodemographische Aspekte und die Einstellung zur Behandlung können einen Einfluss auf den Verlauf haben.

B Identifikation von Verläufen

- Die Auswertungen des Datensatzes ergeben die Variablen Partnerstatus, Schulbildung, Beschäftigung und AU-Status als Prädiktoren für den Behandlungserfolg.
- Der wichtigste Faktor ist jedoch die Beeinträchtigung in Aktivitäten und Partizipation zu Behandlungsbeginn. Der Anteil der erklärten Varianz beträgt 43%.

C Fokusgruppen

- Die qualitativen Analysen der Fokusgruppen geben weitere Hinweise auf mögliche Prädiktoren für den Behandlungsverlauf.
- Inhaltlich unterscheiden sich die Faktoren von routinemäßig abgefragten Variablen und beinhalten zum Beispiel auch personenbezogene Faktoren wie den Umgang mit der psychischen Erkrankung, die Arbeitssituation und die Vernetzung im Versorgungssystem.

D Experten- workshop

- In dem interdisziplinär besetzten Expertenworkshop konnte das angestrebte Vorgehen einer Entscheidungsfindung und Priorisierung der Risikofaktoren nicht umgesetzt werden.
- Stattdessen wurde eine offene Diskussion geführt und die erarbeiteten Standpunkte wurden anschließend durch die Projektgruppe in Fragen umgesetzt.

E Cognitive Debriefing

- Dieser Arbeitsschritt wurde durchgeführt, um die Fragen der Risikocheckliste adäquat und verständlich zu formulieren. Es folgte ein zusätzlicher Arbeitsschritt, in dem die Experten die Fragen hinsichtlich ihrer Relevanz einschätzten. Die Vorschläge der Patienten wurden dokumentiert und die Fragen entsprechend verändert. Es resultierte die 67 Item-Pilotversion der RiRes-A&P.

F Überprüfung der Praktikabilität

- Von Juli bis September 2012 wurde die Risikocheckliste in zwei kooperierenden Kliniken eingesetzt. Insgesamt wurden 208 Fragebögen ausgefüllt.
- Anhand der Itemcharakteristika und weiterer inhaltlicher Diskussionen in der Projektgruppe entstand die auf Praktikabilität getestete 56-Item-Version.

Abbildung 17: Ergebnisse der Arbeitsschritte im Überblick

4 Ausblick

Die dargestellten Ergebnisse bilden die Grundlage für weitere Forschungsaktivitäten, die im Folgenden ausgeführt werden. Außerdem wird eine Einschätzung der praktischen Relevanz der Ergebnisse und der möglichen Implementierung in die Routineversorgung vorgenommen.

4.1 Weiterführung des Projekts

Um die Risikocheckliste für die Praxis nutzbar zu machen ist es notwendig, in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die erstellte Risikocheckliste psychometrischen Kriterien genügt und den Verlauf von Patienten mit psychischen Störungen nach der Rehabilitation vorhersagen kann. Nur durch eine solche Analyse können auf der Basis reliabler und valider Werte in der Risikocheckliste Therapieentscheidungen gefällt werden. Die psychometrische Überprüfung der Risikocheckliste ist das Ziel eines bereits gestarteten Folgeprojekts, welches ebenfalls vom vffr gefördert wird. Mit Projektende im September 2013 soll ein gekürztes und evaluiertes Screening-Instrument zur Identifikation von Patienten, die voraussichtlich nicht nachhaltig von der Behandlung profitieren werden, vorliegen.

4.2 Schlussfolgerungen und praktische Relevanz

Eine frühzeitige Identifizierung von Patienten mit Risikokonstellationen und chronifizierender Symptomatik sowie fortlaufenden Problemen in den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe ist relevant für eine Optimierung der Rehabilitation. Für diese Patienten könnte es sinnvoll sein, eine dem Bedarf angemessene Ausdifferenzierung des Leistungsangebots zu entwickeln, welche speziell die Risiken und Ressourcen berücksichtigt. Neue bedarfsgerechte und – wenn möglich - unter Beteiligung von Patienten und medizinischen Experten entwickelte Schulungsmodule könnten eine praktikable Möglichkeit sein, die Nachhaltigkeit der Behandlungserfolge für Patienten mit besonderen Risikokonstellationen zu verbessern. Entsprechend wird das Ziel weiterer zu beantragender Folgestudien die Entwicklung und Evaluation entsprechender Interventionsangebote sein..

4.3 Transfer in die Routine

Im Folgeprojekt wird die Risiko- und Ressourcenliste in vier Kooperationskliniken eingesetzt. Entsprechend kann die Praktikabilität der Patienten- und insbesondere der Therapeutenversion weiter abgeschätzt werden. Durch den anvisierten dritten Projektschritt besteht die Möglichkeit, die in den ersten beiden Projektphasen erarbeiteten Forschungsergebnisse zu

Risikofaktoren in die Behandlung einfließen zu lassen. Dies ist ein besonderes Merkmal des Gesamtkonzepts, dass in enger Kooperation mit Behandlern, ein auf den Risikoprofilen basierendes Behandlungskonzept entwickelt und für die klinikinterne Therapiesteuerung genutzt werden kann. Damit wird ein wichtiger Schritt unternommen, die Forschungsergebnisse auch für die Praxis relevant zu machen.

5 Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Bereits in dem vorausgegangenen Projekt kooperierte unsere Projektgruppe mit der Wicker-Klinik in Bad Wildungen (Ansprechpartner: Frau Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff (bis April 2011), Herr PD Dr. Leiberich (seit April 2011)) und der Curtius Klinik in Bad Malente (Ansprechpartner: Frau Dr. Silke Kleinschmidt). Darauf konnte in Arbeitsphase C, d.h. der Durchführung der Fokusgruppen, aufgebaut werden. Organisatorisch unterstützten uns die Kliniken zunächst durch die Aussendung der Katamnesefragebögen. Dies war notwendig, da im Institut für Medizinische Psychologie keine personenbezogenen Daten der Patienten der kooperierenden Kliniken verarbeitet werden dürfen. Außerdem stellten uns die Kliniken Räumlichkeiten für die Fokusgruppendifkussionen zur Verfügung. In beiden Kliniken wurde darüber hinaus freundlicherweise auch Verpflegung bereitgestellt. In der Wicker-Klinik in Bad Wildungen konnten Fokusgruppenteilnehmer eine Übernachtung in Anspruch nehmen. Für die Therapeutenfokusgruppen entsandten beide Kliniken Therapeuten, die durch Ihre Beiträge zur Exploration der Risiko- und Schutzfaktoren beigetragen haben. Im Rahmen des Expertenworkshops (Arbeitsphase D) waren weitere Kooperationspartner involviert, die uns in der nächsten Arbeitsphase unterstützen. Die Curtius Klinik unterstützte uns zudem in der Durchführung des *cognitive debriefings* (Arbeitsphase E). Wir hatten hierbei die Möglichkeit, stationär behandelte Patienten zu interviewen. Die Gewinnung fand in der Klinik statt. Wiederum wurden Räumlichkeiten und Verpflegung gestellt. Schließlich unterstützten uns die Wicker-Klinik in Bad Wildungen und die Curtius Klinik in Bad Malente hinsichtlich der Gewinnung der Patienten und der Durchführung der Datenerhebung (Arbeitsphase F).

6 Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen

6.1 Zeitschriftenartikel

Brütt, A. L., Magaard, J. & Schulz, H. (in Vorbereitung). Risiken und Ressourcen für Aktivitäten und Teilhabe- eine multiperspektivische Exploration.

6.2 Kongressbeiträge

Brütt, A. L., Schulz, H. & Andreas, S. (2012). Der Verlauf von Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Partizipation von Patienten nach psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitationsbehandlung. *DRV-Schriften, 98*, 472-473.

Brütt, A. L., Magaard, J. & Schulz, H. (eingereicht). Prädiktoren für den poststationären Verlauf- die Perspektive der Patienten. *Reha-Kolloquium 2013*.

6.3 Unveröffentlichte Berichte

Brütt, A. L., Magaard, J. & Schulz, H. (2012). *Protokoll des Expertenworkshops*. Projektbericht (56 S.): UKE.

Brütt, A. L., Magaard, J. & Schulz, H. (2012). *Rückmeldung zu den Fokusgruppen für die Curtius Klinik Bad Malente*. Projektbericht (15 S.): UKE.

Brütt, A. L., Wiese, S., Magaard, J. & Schulz, H. (2012). *Rückmeldung zu den Fokusgruppen für die Wicker-Klinik in Bad Wildungen*. Projektbericht (14 S.): UKE.

7 Literaturverzeichnis

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(420), 38-46.
- Berg, A. L., Sandell, R. & Sandahl, C. (2009). Affect-Focused Body Psychotherapy in Patients With Generalized Anxiety Disorder: Evaluation of an Integrative Method. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(1), 67-85.
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2005a). Hypochondriasis among patients with multiple somatoform symptoms - Psychopathology and outcome of a cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(3), 239-249.
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2005b). Prädiktoren für den direkten und längerfristigen Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen nach verhaltenstherapeutischer Behandlung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 53(1), 40-58.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler : mit 163 Tabellen* (7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin [u.a.]: Springer.
- Brütt, A. L., Schulz, H., Koch, U. & Andreas, S. (2010). Psychometrische Überprüfung eines ICF-basierten Instrumentes zu Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen. *Psychologische Medizin*, 21(Supplement 1), 100-101.
- Brütt, A. L., Schulz, H., Koch, U., Schmeling-Kludas, C., Nutzinger, D. & Andreas, S. (2009). Entwicklung eines an der ICF orientierten Instrumentes für die Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. In DRV-Bund (Hrsg.), *18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (Bd. 83): DRV-Schriften.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. & von Steinbüchel, N. (1993). Der Fragebogen Alltagsleben- ein Verfahren zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 121-131.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48, 211 - 221.
- Buschmann-Steinhage, R. & Brüggemann, S. (2011). Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54(4), 404-410.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behav Res Ther*, 23(1), 35-44.
- Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C. & Raspe, H. (2007). Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 76, 113-120.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*, 19(1), 1-15.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2009). *Rehabilitation 2008. Statistik der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin: Schleunungdruck GmbH.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization. (2005). *ICF : Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI.

- Ewert, T., Cieza, A. & Stucki, G. (2002a). Die ICF in der Rehabilitation. *ICF in rehabilitation*(3), 157-162.
- Ewert, T., Cieza, A. & Stucki, G. (2002b). Die ICF in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*(3), 157-162.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Farin, E. (2011). Teilhabe von Patienten an Lebensbereichen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Beziehung zu verwandten Konstrukten und Übersicht über vorhandene Messverfahren. *Gesundheitswesen*, 73(1), e1-11.
- Fekadu, A., Wooderson, S. C., Markopoulou, K. & Cleare, A. J. (2009). The Maudsley Staging Method for treatment-resistant depression: Prediction of longer-term outcome and persistence of symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(7), 952-957.
- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(2), 47-55.
- Fowler, F. (1999). *Improving survey questions: design and evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual* (2. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Graf, J. M., Claes, C., Greiner, W. & Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Journal of Public Health*, 6(1), 3-20.
- Heinemann, A. W. (2005). Putting outcome measurement in context: a rehabilitation psychology perspective. *Rehabilitation Psychology*, 50(1), 6-14.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47(8), 736-744.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*, 59(1), 12-19.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*, 166(5), 654-659.
- Kobelt, A., Schmidt-Ott, G., Künsebeck, H.-W., Grosch, E., Hentschel, J., Malewski, P. et al. (2000). Bedingungen erfolgreicher ambulanter Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 52, 16-23.
- Köpke, K. H. (2005). Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 44, 344 - 352.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups : a practical guide for applied research*. Thousand Oaks [u.a.]: Sage Publications.
- Kurkatz, U. (2001). MAXqda (Version 2) [Computerprogramm]. Berlin: VERBI Software.
- Kurth, B. M. (2012). Erste Ergebnisse aus der - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland? (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(8), 980-990.
- Lange, M., Franke, W. & Petermann, F. (2012). Wer profitiert nicht von der psychosomatischen Rehabilitation? *Rehabilitation*.
- Linden, M. & Baron, S. (2005). Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44, 144-151.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.

- Melchior, H. (2011). *Vorhersage des längerfristigen Behandlungserfolgs anhand von Symptomverläufen und der Dauer stationärer Psychotherapie*. Dissertation, Staats- und Universitätsbibliothek Carl von Ossietzky, Hamburg.
- Moller, H. J. & Bottlender, R. (2006). Severe mental illness in depression. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*(429), 64-68.
- Nosper, M. (2007). ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. *DRV-Schriften, 77*, 127-128.
- Oster, J., Müller, G. & Wietersheim, J. (2009). "Wer profitiert?"- Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation, 48*(2), 95-102.
- Rabin, R. & de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med, 33*(5), 337-343.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H. U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Z Psychosom Med Psychother, 55*(2), 162-179.
- Rathgeb-Fuetsch, M., Kempter, G., Feil, A., Pollmacher, T. & Schuld, A. (2011). Short- and long- term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *Journal of Psychiatric Research, 45*(9), 1264-1268.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Steffen, S., Kösters, M., Becker, T. & Puschner, B. (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*(1), 1-9.
- Streibelt, M. (2009). Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabilitation, 48*, 135 – 144.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). (2008). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2008* (Bd. 150). Frankfurt/Main: VDR.
- WHO. (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revision (ICD-10)). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2000). *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS II)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001a). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001b). *The World Health Report 2001- Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

Anhang

- 1. Instrumente zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation**
- 2. Drop-out Analysen der Datenerhebung im ICF-PsychA&P-Projekt**
- 3. Risikocheckliste-92-Entwurf**
- 4. RiResA&P (67 Items) Praktikabilität- Pilotstudie**
- 5. Ergebnisse der Pilotstudie- Itemcharakteristika der RiResA&P (67 Items)**
- 6. RiResA&P-P (56 Items)**
- 7. RiResA&P-T**

1. Instrumente zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation

Acrophobia Questionnaire
Agoraphobia Scale
Albany Panic and Phobic Questionnaire
Atypical Depression Diagnostic Scale
Audience Anxiousness Scale
Brief Social Phobia Scale
Distress Questionnaire
Epworth Sleepiness Scale
EQ-5D
five-item, 10-point scale adapted from Borkovec and Nau
Flight Anxiety Modality Questionnaire
Fragebogen Alltagserleben
Fragen zur Lebenszufriedenheit
Functional Status Questionnaire
Global Assessment of Functioning Scale
Groningen Social Disabilities Schedule
Health Assessment Questionnaire
Health-Sickness Rating Scale
ICIDH measure
Interpersonal Relationship Inventory
Interpretation of Intrusions Inventory
Jourard Self-Disclosure Questionnaire
Karnofsky Performance Scale Index
Kelly Scale
Liebowitz Social Anxiety Scale
Life Interference Scale
Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory
Mobility Inventory
Patient Health Questionnaire 9
Problem-Solving Inventory
Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (short form)
Quality of Life Inventory
Self Rating Severity (Self-rating for Phobic Patients)
Self-Efficacy Scale
Sheehan Disability Scale
Short Form-36 Health Survey
Social Adjustment Scale
Social Avoidance and Distress Scale
Social Interaction Anxiety Scale
Social Phobia and Anxiety Inventory
Social Phobia Inventory
Social Phobia Scale
Social Problem-Solving Inventory-Revised
Social Thoughts and Beliefs Scale
Stages of Change- Exercise
WHOQoL
Work and Social Adjustment Scale
World Health Organization Disability Assessment Schedule II

2. Drop-out Analysen der Datenerhebung im ICF-PsychA&P-Projekt

	<i>Katamnese- Nicht- Teilnehmer</i>	<i>Katamnese- Teilnehmer</i>	<i>Signifikanz</i>
Alter (n=911/669)	46,2 (10,6)	48,6 (10,0)	t(1578)=-4,63; p<0,001
Geschlecht (n=959/702)			
weiblich	65,0	73,2	12,79 (1), p< 0,001
Hauptdiagnose (n=965/704)			n.s.
Affektive Störung (exkl. bipolar)	56,0	56,7	
Angststörung	6,0	7,5	
PTSD u. a. Belastungsstörungen	4,9	4,1	
Somatoforme Störung	4,7	3,1	
Anpassungsstörung	14,3	14,3	
Neurasthenie	3,0	3,1	
Andere psychische Störungen	13,4	11,1	
Nationalität (n=961/697)			4,24 (1), p=0,38
Deutsch	96,0	97,8	
Familienstand (n=949/699)			n.s.
ledig	25,5	22,2	
verheiratet	47,7	49,2	
getrennt lebend	7,3	6,3	
geschieden	15,3	16,1	
verwitwet	4,2	4,3	
Schulbildung (n=946/691)			n.s.
kein Schulabschluss	2,0	2,2	
Hauptschulabschluss	31,3	25,9	
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	37,9	41,2	
Fachabitur/Abitur	24,6	26,9	
sonstiges	4,1	3,8	
Arbeitsverhältnis (n=965/704)			n.s.
Vollzeit	45,3	45,9	
Teilzeit	18,1	22,0	
Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	2,5	2,0	
Arbeitslos gemeldet	14,3	10,2	
sonstiges	19,8	19,9	
ICF-PsychA&P Behandlungsbeginn (n=956/703)	1,91 (0,78)	1,81 (0,71)	t(1657)=-4,63; p=0,014
ICF-PsychA&P Behandlungsende (n=646/568)	1,52 (0,88)	1,45 (0,77)	n.s.

3. Risikocheckliste-92-Entwurf

Soziales Umfeld	
1	Fühlen Sie sich in Ihrer Familie aufgefangen? -ja-nein-
2	Die Verantwortung, die ich in meiner Familie trage, ist für mich... -unterstützend-...-belastend-
3	Meine familiären Verhältnisse sind für mich... -unterstützend-...-belastend-
4	Ich erlebe viele familiäre Spannungen! -ja-nein-
5	Ich fühle mich durch die starre Familienstruktur belastet. -ja-nein-
6	Die Verantwortung für meine Familie gibt mir eine Struktur im Alltag. -ja-nein-
7	Leben Sie in einer festen Partnerschaft? -ja-nein-
8	Meine Partnerschaft ist für mich... -unterstützend-...-belastend-
9	Meine Partnerschaft hilft mir Lebensbereiche wieder zurück zu erobern? -ja-nein-
10	Haben Sie nahestehende Bezugspersonen, auf deren Hilfe Sie sich auch nach der Behandlung verlassen können? -ja-nein-
11	Fühlen Sie sich durch ihre Freunde unterstützt? -ja-nein-
12	Wie zufrieden sind Sie mit Beziehungen zu Freunden und Bekannten? -überhaupt nicht zufrieden-...-sehr zufrieden-
13	Unternehmen Sie häufig etwas mit anderen Menschen? -ja-nein-
14	Haben Sie einen festen Freundeskreis? -ja-nein-
15	Hilft Ihnen Ihr soziales Umfeld, aktiv zu werden? -ja-nein-
16	Sind Sie in einen Verein integriert? -ja-nein-
17	Haben Sie Kontakte im Internet mit denen Sie sich regelmäßig austauschen? -ja-nein-
18	Haben Sie jemand auf den Sie sich verlassen können? -ja-nein-
19	Wie stark sind Sie insgesamt durch Probleme in Ihren privaten Beziehungen (zu Partner, Eltern, Kindern, Freunden etc.) beeinträchtigt? -Überhaupt nicht beeinträchtigt-...-sehr beeinträchtigt-
20	Ist jemand vorhanden der Sie unterstützen könnte? -ja-nein-
21	Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld Unterstützung erhalte. -ja-nein-
22	Ich fühle mich verstanden und unterstützt von..... meinen Freunden ... meiner Ursprungsfamilie ... meinem Partner -ja-nein-
23	Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
24	Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Falle rechnen kann. (F-SOZU) -trifft nicht zu-...-trifft genau zu- (5-stufig)

25	Wie häufig ist jemand für Sie da, mit dem Sie wichtige Entscheidungen besprechen können? (Lubben Social Network Scale) -nie-selten-manchmal-oft-sehr oft-immer-
26	Ich nehme in für mich ausreichendem Maß an sozialen Aktivitäten mit Freunden und/oder Arbeitskollegen teil. (Reintegration to Normal Living Index, RNLI) -beschreibt meine Situation nicht-...-beschreibt meine Situation sehr gut-
Person	
27	Ich habe meinem Umfeld von meiner psychischen Erkrankung erzählt. -ja-nein -
28	Ich verheimliche, dass ich unter einer psychischen Störung leide. -ja-nein-
29	Mir macht es nichts aus, andere über meine psychische Erkrankung aufzuklären. -ja-nein-
30	Ich habe Angst, dass Menschen, die ich mag, herausfinden könnten, wie ich wirklich bin und dann von mir enttäuscht sind. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
31	Wenn es die Situation erfordert, bin ich bereit, andere über meine psychische Erkrankung zu informieren. -ja-nein-
32	Ich habe Angst, dass Menschen in meinem Umfeld mit Vorurteilen auf meine psychische Erkrankung reagieren? -ja-nein-
33	Ich habe Probleme damit mir einzugestehen, dass ich aufgrund meiner psychischen Erkrankung weniger leistungsfähig bin als andere Menschen. -ja-nein-
34	Erkennen Sie, wenn sie überfordert sind? -nie-...-immer-
35	Können Sie sich selbst von Außen und andere von Innen sehen? -ja-nein-
36	Es belastet mich sehr, wenn ich auf Grund meiner Erkrankung nicht mehr alle Aufgaben so bewältigen kann, wie ich es gerne möchte. -ja-nein-
37	In schwierigen Situationen fällt mir meistens etwas Kreatives ein, um die Situation zum Besseren zu wenden. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
38	In Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut Hilfe von anderen Menschen annehmen. -ja-nein-
39	An manchen Stellen hilft mir mein Humor mit der Erkrankung besser umzugehen. -ja-nein-
40	Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
41	Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
42	Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige/Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst. -ja-nein-
43	Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich, als sonst. -ja-nein-
44	Bei Konflikten, an denen ich nichts ändern kann, finde ich einen Weg, die Ruhe zu bewahren und mit diesem Problem fertig zu werden. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
45	Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich das Bestmögliche daraus zu machen. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
46	Fällt es Ihnen schwer, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert? -ja-nein-

47	Wie stark sind Sie insgesamt durch Schwierigkeiten in Ihren sozialen Fähigkeiten wie Durchsetzungsfähigkeit und Konfliktklärung belastet? -sehr stark belastet-...-überhaupt nicht belastet-
48	Es fällt mir einfach Kontakte zu knüpfen. -ja-nein-
49	Es fällt mir schwer, mich mit jemand anderem zu streiten. -ja-nein-
50	Fällt es mir schwer/leicht mich auf Neues einzustellen. -schwer-leicht-
51	Es fällt mir schwer andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren. -ja-nein-
52	Wenn ich gerne mit jemandem etwas unternehmen möchte, bitte ich die betreffende Person, mich zu begleiten. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
53	Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr-
Vorbereitung auf Klinikaufenthalt	
54	Ich bin der Meinung, dass mir bei meinen Beschwerden eher eine psychologische Behandlung hilft als Medikamente. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr
55	Meine Erkrankung hat zu xxx Prozent ... körperliche Ursachen ... psychische Ursachen -Prozent-
56	Was war für Sie entscheidend bei der Auswahl der Klinik? -Umgebung-Internetauftritt-Ausstattung-Therapiekonzept-Sonstiges-
57	Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um eine Rehabilitation machen zu können. (FPTM-23) -stimmt-stimmt eher- stimmt eher nicht-stimmt nicht-
58	Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Rehabilitation zu erhalten. (FPTM-23) -stimmt-stimmt eher- stimmt eher nicht-stimmt nicht-
59	Ich bin bereit, alte Gewohnheiten zu verändern um etwas Neues auszuprobieren. -ja-nein-
60	Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr
61	Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich wieder Freude am Leben finde. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr
62	Eine psychologische Behandlung kann eine wertvolle Erfahrung für die persönliche Weiterentwicklung sein. (FERUS) -stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt mittelmäßig-stimmt ziemlich-stimmt sehr
63	Meinen Sie, dass die psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung Ihnen helfen wird? -ja, sehr- ziemlich-mittelmäßig-eher wenig-nein-
64	In Bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen. -ja-nein-
65	Ich werde mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin recht leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht. (BFKE) -trifft überhaupt nicht zu-trifft kaum zu-trifft etwas zu-trifft überwiegend zu-trifft genau zu-
66	Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung. (FPTM-23) -ja-nein-
67	Wenn ja, wie zufrieden waren Sie mit ihr? -überhaupt nicht zufrieden-...-sehr zufrieden-
Arbeitsumfeld	
68	Ich habe einen Arbeitsplatz. -ja-nein → Filterfrage
69	→ nur wenn Filterfrage = ja: Gehen Sie gerne zur Arbeit? -stimmt-stimmt nicht-
70	→ nur wenn Filterfrage = ja: Meine Leistungen bei der Arbeit werden wertgeschätzt. -stimmt-stimmt nicht-

71	→ nur wenn Filterfrage = ja: Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch ... meine Kollegen... meine Vorgesetzten bei der Arbeit. -ja-nein-
72	→ nur wenn Filterfrage = ja: Ich möchte wieder an meinen Arbeitsplatz zurück. -ja-nein-
73	→ nur wenn Filterfrage = ja: Ich kann wieder an meinen Arbeitsplatz zurück. -ja-nein-
74	Ich habe eine Perspektive einen Job zu finden. -stimmt-stimmt nicht-
75	→ nur wenn Filterfrage = ja: In der Arbeit verausgabe ich mich stark. (AVEM) -trifft völlig zu-trifft überwiegend zu-trifft teils/teils zu-trifft überwiegend nicht zu-trifft überhaupt nicht zu-
76	→ nur wenn Filterfrage = ja: Bei der Arbeit bin ich... -überfordert-...-unterfordert-
77	Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können? (SPE) -Sicher-eher ja-unsicher-eher nein-auf keinen Fall-
78	Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet? (SPE) -ja-nein-
79	Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken herum, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen? (SPE) -nein-ja- Habe bereits einen Rentenantrag gestellt-
Vernetzung im Versorgungssystem	
80	Wissen Sie wie Ihre medizinische Nachbehandlung nach diesem Aufenthalt aussieht? -ja -nein-
81	Wissen Sie wie Ihre psychotherapeutische Nachbehandlung nach diesem Aufenthalt aussieht? -ich weiß, dass ich eine psychotherapeutische Nachbehandlung bekommen werde- ich weiß, dass ich keine psychotherapeutische Nachbehandlung bekommen werde- ich weiß es nicht-
82	Sind Sie bereits in einer oder haben Sie Aussicht auf einen Platz in einer Selbsthilfegruppe nach dem Aufenthalt? -bin bereits in einer Selbsthilfegruppe-habe Aussicht auf einen Platz in einer Selbsthilfegruppe-nichts von beidem-
Klinische Charakteristika	
83	Wie stehen Sie zur Einnahme von Medikamenten als Teil der Behandlung von psychischen Störungen gegenüber? -kann ich mir vorstellen-weiß ich noch nicht-kann ich mir unter keinen Umständen vorstellen-
84	Sind Sie derzeit arbeitsunfähig/krankgeschrieben? -ja-nein-seit wie vielen Wochen ununterbrochen?
85	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (SF-36) -ausgezeichnet- sehr gut- gut- weniger gut- schlecht-
86	Bitte kreisen Sie rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben. -0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-
Soziodemographische Charakteristika	
87	Wie alt sind Sie? -Jahre-
88	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?-deutsch-andere-
89	Welche Staatsangehörigkeit hat... Ihre Mutter?... Ihr Vater? -deutsch-andere-
90	Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an? -Katholisch-Evangelisch-Muslimisch- Freikirchlich-Griechisch/serbisch -Orthodox- Jüdisch- anderer, und zwar:___-ich gehöre keiner Religionsgemeinschaft an
91	Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? -Haupt-/Volksschule- Realschule- Polytechnische Oberschule- Fachhochschulreife- Abitur/allg. Hochschulreife-andere Schulabschluss-keinen Schulabschluss
92	Fühlen Sie sich durch Ihre finanzielle Situation belastet? -ja, sehr-...- nein, überhaupt nicht-

4. RiResA&P (67 Items) Praktikabilität- Pilotstudie

Risiko- und Ressourcenliste Aktivitäten und Partizipation- Patienten

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen zu den Themen „soziales Umfeld“, „Umgang mit psychischer Erkrankung“, „Arbeitssituation“, „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ und abschließend „allgemeinen Angaben“. Da es sich um eine Pilotversion der Risikocheckliste handelt, ähneln sich einige Fragen. Bitte beantworten sie trotzdem jede Frage. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

A: Soziales Umfeld				
Im ersten Teil dieses Fragebogens geht es um Ihr soziales Umfeld. Zu ihrem sozialen Umfeld können zum Beispiel Ihre Familie, Ihr Partner/Ihre Partnerin, Ihre Freunde, Ihre Nachbarn und ggf. Ihre Kollegen gehören. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, welches am besten auf Ihre Situation in Ihrem sozialen Umfeld zutrifft.				
	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
1. Meine Familie gibt mir Rückhalt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Ich nehme in meiner Familie viele Spannungen wahr.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Das Ausmaß an Verantwortung (z.B. für Kinder, Haushalt, Pflege), was ich in meiner Familie trage, ist für einen positiven Krankheitsverlauf...	sehr hinderlich <input type="checkbox"/> ₀	eher hinderlich <input type="checkbox"/> ₁	eher förderlich <input type="checkbox"/> ₂	sehr förderlich <input type="checkbox"/> ₃
4. Meine familiären Verhältnisse sind für mich...	sehr belastend <input type="checkbox"/> ₀	eher belastend <input type="checkbox"/> ₁	eher unterstützend <input type="checkbox"/> ₂	sehr unterstützend <input type="checkbox"/> ₃
5. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	ja <input type="checkbox"/> ₀		nein <input type="checkbox"/> ₁	
6. Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...	sehr belastend <input type="checkbox"/> ₀	eher belastend <input type="checkbox"/> ₁	eher unterstützend <input type="checkbox"/> ₂	sehr unterstützend <input type="checkbox"/> ₃
7. Haben Sie nahestehende Bezugspersonen (z.B. Verwandte, Freunde, Nachbarn, Familie), auf deren Unterstützung Sie sich auch nach der Behandlung verlassen können?	ja <input type="checkbox"/> ₀		nein <input type="checkbox"/> ₁	
8. Haben Sie einen festen Freundeskreis?	ja <input type="checkbox"/> ₀		nein <input type="checkbox"/> ₁	
9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu Freunden?	sehr zufrieden <input type="checkbox"/> ₀	eher zufrieden <input type="checkbox"/> ₁	eher unzufrieden <input type="checkbox"/> ₂	unzufrieden <input type="checkbox"/> ₃

A: Soziales Umfeld (Fortsetzung)

	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
10. Ich fühle mich durch meine Freunde unterstützt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. Mein soziales Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn) hilft mir aktiv am Leben teilzunehmen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. Ich habe Kontakte im Internet mit denen ich mich regelmäßig austausche.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. Ich unternehme häufig etwas mit anderen Menschen in meiner Freizeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
16. Wie häufig ist jemand für Sie da, mit dem Sie wichtige Entscheidungen besprechen können?	nie <input type="checkbox"/> ₀	manchmal <input type="checkbox"/> ₁	oft <input type="checkbox"/> ₂	immer <input type="checkbox"/> ₃
17. Wie stark sind Sie insgesamt durch Probleme in Ihren privaten Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn) beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₀	eher nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₁	eher beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₂	beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₃
18. Folgenden Personen habe ich von meiner psychischen Erkrankung erzählt:	<input type="checkbox"/> ₀	niemandem		
	<input type="checkbox"/> ₁	nur einigen ausgewählten Personen		
	<input type="checkbox"/> ₂	vielen Bekannten		
	<input type="checkbox"/> ₃	meinem gesamten sozialen Umfeld		

B: Umgang mit psychischer Erkrankung

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen und auf welche Fähigkeiten Sie zurückgreifen können.

Bitte kreuzen Sie an in wie weit die Fragen oder Aussagen auf Sie zutreffen.

	nie	manchmal	oft	immer
19. Erkennen Sie, wenn Sie überfordert sind?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
20. Ich kann über meine eigenen Fehler lachen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
21. Es fällt mir schwer, andere über meine psychische Erkrankung zu informieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
22. Es belastet mich, wenn ich auf Grund meiner Erkrankung nicht mehr alle Aufgaben so bewältigen kann, wie ich es gerne möchte.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
23. Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ...				
... professionelle Hilfe annehmen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
... Hilfe von anderen Personen aus meinem sozialen Umfeld annehmen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
24. Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
25. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
26. Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich, das Bestmögliche daraus zu machen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
27. Es fällt mir leicht, Kontakte zu knüpfen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
28. Es fällt mir schwer, mich mit jemand anderem zu streiten.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
29. Es fällt mir schwer andere mit aktuellen Problemen zu konfrontieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
30. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
31. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein privates Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
32. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein berufliches Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

C: Arbeitssituation

Im folgenden Abschnitt befinden sich einige Fragen zu Ihrer Arbeitssituation. Da dies nicht für alle Personen gleich ist, haben wir verschiedene Fragenblöcke entworfen. Bitte beantworten Sie die erste Frage. Sie werden daraufhin an zu Ihrer Arbeitssituation passende Fragen weitergeleitet.

33. Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?
- Berufstätig, Vollzeit**
→ Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen in den Blöcken C-1 und C-2 zu Ihrer Arbeitssituation.
 - Berufstätig, Teilzeit**
→ Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen in den Blöcken C-1 und C-2 zu Ihrer Arbeitssituation.
 - Studium, Ausbildung**
→ Bitte versuchen Sie alle folgenden Fragen in den Blöcken C-1 und C-2 im Hinblick auf ihr Studium und ihre Ausbildung zu beantworten (z.B. im Hinblick auf Kommilitonen und Professoren oder Mitschüler und Ausbilder)
 - arbeitslos gemeldet**
→ Bitte fahren Sie mit der Beantwortung der Fragen Block C-2 fort.
 - Frührente/Altersrente/Pension.**
→ Bitte überspringen Sie den Block C „Arbeitssituation“ und fahren Sie mit der Bearbeitung der ersten Frage des nächsten Blocks D „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ fort.
 - Anderes:** _____
→ Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen im Block C-1 (so weit dies möglich ist) und C-2. Treffen die Fragen nicht auf Ihre berufliche Situation zu, fahren Sie mit der Bearbeitung des Blocks D „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ fort.

C-1: Arbeitsumfeld

	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
34. Gehen Sie gerne zur Arbeit?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
35. Meine Leistungen bei der Arbeit werden wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
36. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch ...				
... meine Kollegen...	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
... meine Vorgesetzten...	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
...bei der Arbeit.				
37. Ich möchte wieder an meinen bisherigen Arbeitsplatz zurück.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
38. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
39. Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
40. Bei der Arbeit bin ich...	<input type="checkbox"/> ₀	überfordert	in gutem Maße gefordert	unterfordert
		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

C: Arbeitssituation (Fortsetzung)				
C-2: berufliche Perspektive				
41. Ich habe eine Perspektive, wieder einen (für Berufstätige: einen anderen) Job zu finden.	stimmt <input type="checkbox"/> ₀	stimmt eher <input type="checkbox"/> ₁	stimmt eher nicht <input type="checkbox"/> ₂	stimmt nicht <input type="checkbox"/> ₃
	Ich suche nicht nach anderen Beschäftigungsmöglichkeiten. <input type="checkbox"/> ₄ .			
42. Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?	sicher <input type="checkbox"/> ₀	eher ja <input type="checkbox"/> ₁	eher nein <input type="checkbox"/> ₂	auf keinen Fall <input type="checkbox"/> ₃
43. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?		ja <input type="checkbox"/> ₀		nein <input type="checkbox"/> ₁
44. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken herum, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	ja <input type="checkbox"/> ₀	habe bereits einen gestellt <input type="checkbox"/> ₁		nein <input type="checkbox"/> ₂
D: Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt				
Die folgenden Fragen und Aussagen beziehen sich auf Ihre Erwartungen an die Behandlung und an die Klinik.				
45. Was war für Sie entscheidend bei der Auswahl der Klinik? <i>(Mehrfachnennungen sind möglich)</i>	<input type="checkbox"/> ₀	Empfehlungen	<input type="checkbox"/> ₁	Wohnortnähe
	<input type="checkbox"/> ₂	Umgebung (z.B. Natur)	<input type="checkbox"/> ₃	Internetauftritt
	<input type="checkbox"/> ₄	Ausstattung	<input type="checkbox"/> ₅	Therapiekonzept
	<input type="checkbox"/> ₆	Sonstiges:		
		stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht
				stimmt nicht
46. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
47. Ich bin der Meinung, dass mir bei meinen Beschwerden eine psychologische Behandlung hilft.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
48. Ich bin der Meinung, dass mir bei meinen Beschwerden Medikamente helfen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
49. Ich bin bereit, alte Gewohnheiten zu verändern, um etwas Neues auszuprobieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
50. Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
51. Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich mehr Freude am Leben finde.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
52. Ich werde mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
53. Bitte führen Sie nun die drei wichtigsten Gründe auf, die Ihrer Meinung nach Ihre Krankheit verursacht haben. Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind:				
		1. _____		
		2. _____		
		3. _____		

D: Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt (Fortsetzung)

54. Meinen Sie, dass die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung Ihnen helfen wird?

ja, sehr ₀ **überwiegend** ₁ **wenig** ₂ **nein, gar nicht** ₃

55. Ich war schon einmal in **ambulanter** psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.

Wenn ja:

Wie zufrieden waren Sie mit dieser Behandlung?

ja ₀ **nein** ₁
zu- **eher zufried-** **eher un-** **unzufrieden**
frieden **den** **zufrieden** **unzufrieden**
₀ ₁ ₂ ₃

56. Ich war schon einmal in **stationärer** psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.

Wenn ja:

Wie zufrieden waren Sie mit dieser Behandlung?

ja ₀ **nein** ₁
zu- **eher zufried-** **eher un-** **unzufrieden**
frieden **den** **zufrieden** **unzufrieden**
₀ ₁ ₂ ₃

57. Wissen Sie, wie Ihre Nachbehandlung nach diesem Aufenthalt aussehen wird?

ja ₀ **nein** ₁ **nicht notwendig** ₂

Wenn ja, wie?:

58. Wie stehen Sie zur Einnahme von Psychopharmaka als Teil der Behandlung von psychischen Störungen?

- ₀ Ich nehme bereits Psychopharmaka.
- ₁ Ich nehme Psychopharmaka, möchte sie aber wieder absetzen.
- ₂ Ich kann mir vorstellen Psychopharmaka zu nehmen.
- ₃ Ich kann mir unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen Psychopharmaka zu nehmen.
- ₄ Ich kann mir unter keinen Umständen vorstellen Psychopharmaka zu nehmen.

E: Allgemeine Angaben

Bitte beantworten Sie zum Schluss die folgenden Fragen zu Ihrer allgemeinen und gesundheitlichen Situation.

59. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen in den letzten vier Wochen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

60. Ich war in den letzten sechs Monaten insgesamt ca. __ __ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

61. Bitte kreisen Sie rechts die Zahl (0-10) ein, die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

gar nicht belastet											extrem belastet
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

62. Wie alt sind sie?

_____ Jahre

63. Geschlecht: ₀ männlich
₁ weiblich

64. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.

stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

65. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

66. In welchem Land sind Sie geboren?

67. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter _____

Vater _____

Ich habe diesen Fragebogen ausgefüllt am: ..

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

5. Ergebnisse der Pilotstudie- Itemcharakteristika der RiResA&P (67 Items)

<i>Item</i>	<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>% feh- lender Werte*</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Boden- effekte **</i>	<i>Decken- effekte ***</i>
1. Meine Familie gibt mir Rückhalt.	0=stimmt 3=stimmt nicht	210	3,23	1,03	1,06	,630	-,886	41,0	13,8
2. Ich nehme in meiner Familie viele Spannungen wahr.	0=stimmt 3=stimmt nicht	208	4,15	1,01	1,04	,534	-1,015	42,8	10,1
3. Das Ausmaß an Verantwortung (z.B. für Kinder, Haushalt, Pflege), was ich in meiner Familie trage, ist für einen positiven Krankheitsverlauf...	0=sehr hin- derlich 3=sehr för- derlich	197	9,22	1,40	0,77	-,074	-,418	11,7	5,6
4. Meine familiären Verhältnisse sind für mich...	0=sehr be- lastend 3=sehr un- terstützend	207	4,61	1,33	0,99	,289	-,940	22,2	15,9
5. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	0=ja, 1=nein	213	1,84	-	-	-	-	62,0	38,0
6. Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...	0=sehr be- lastend 3=sehr un- terstützend	200	7,83	1,68	1,07	-,201	-1,199	17,5	28,0
7. Haben Sie nahestehende Bezugspersonen (z.B. Verwandte, Freunde, Nachbarn, Familie), auf deren Unterstützung Sie sich auch nach der Behandlung verlassen können?	0=ja, 1=nein	211	2,76	0,16	0,37	1,857	1,461	83,9	16,1
8. Haben Sie einen festen Freundeskreis?	0=ja, 1=nein	211	2,76	-	-	-	-	71,6	28,4
9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu Freunden?	0=sehr zu- frieden 3=unzufriede- n	215	0,92	1,16	0,91	,397	-,605	25,1	8,8
10. Ich fühle mich durch meine Freunde unterstützt.	0=stimmt 3=stimmt nicht	215	0,92	1,04	0,99	,582	-,738	36,3	10,7
11. Mein soziales Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn) hilft mir aktiv am Leben teilzunehmen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	215	0,92	1,08	0,95	,509	-,665	31,6	9,3

<i>Item</i>	<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>% feh- lender Werte*</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Boden- effekte **</i>	<i>Decken- effekte ***</i>
12. Ich habe Kontakte im Internet mit denen ich mich regelmäßig austausche.	0=stimmt 3=stimmt nicht	213	1,84	2,35	1,02	-1,324	,324	10,3	65,3
13. Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte.	0=stimmt 3=stimmt nicht	215	0,92	1,07	0,94	,551	-,581	31,6	9,3
14. Ich unternehme häufig etwas mit anderen Menschen in meiner Freizeit.	0=stimmt 3=stimmt nicht	216	0,46	1,84	0,94	-,342	-,825	9,3	28,2
15. Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	0=stimmt 3=stimmt nicht	213	1,84	1,11	1,08	,459	-1,133	39,4	14,1
16. Wie häufig ist jemand für Sie da, mit dem Sie wichtige Entscheidungen besprechen können?	0=nie 3=immer	215	0,92	1,69	0,92	,096	-1,027	7,0	24,2
17. Wie stark sind Sie insgesamt durch Probleme in Ihren privaten Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn) beeinträchtigt?	0= nicht beeinträch- tigt 3=beeinträch- tigt	214	1,38	1,86	0,92	-,414	-,652	8,9	27,1
18. Folgenden Personen habe ich von meiner psychischen Erkrankung erzählt:	0=niemande n 3=meinem gesamten soz. Umfeld	215	0,92	1,33	0,73	1,317	,889	3,3	12,6
19. Erkennen Sie, wenn sich überfordert sind?	0=nie 3=immer	215	0,92	1,60	0,75	0,316	-0,512	3,3	12,6
20. Ich kann über meine eigenen Fehler lachen.	0=nie 3=immer	212	2,30	1,09	0,77	0,409	-0,071	21,2	4,2
21. Es fällt mir schwer, andere über meine psychische Erkrankung zu informieren.	0=stimmt 3=stimmt nicht	213	1,84	1,10	1,03	0,446	-1,032	37,1	11,7
22. Es belastet mich, wenn ich auf Grund meiner Erkrankung nicht mehr alle Aufgaben so bewältigen kann, wie ich es gerne möchte.	0=stimmt 3=stimmt nicht	214	1,38	0,62	0,99	1,388	0,556	66,4	8,9

<i>Item</i>	<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>% feh- lender Werte*</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Boden- effekte **</i>	<i>Decken- effekte ***</i>
23. Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ... professionelle Hilfe annehmen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	210	3,23	1,21	1,00	0,426	-0,859	27,1	14,3
... Hilfe von anderen Personen aus meinem sozialen Umfeld annehmen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	213	1,84	1,36	0,89	0,242	-0,633	16,0	11,7
24. Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	0=stimmt 3=stimmt nicht	213	1,84	1,44	0,86	0,153	-0,593	12,7	11,7
25. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	213	1,84	1,49	0,99	0,077	-1,017	17,4	18,8
26. Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich, das Bestmögliche daraus zu machen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	214	1,38	1,37	0,79	0,353	-0,223	10,3	8,9
27. Es fällt mir leicht, Kontakte zu knüpfen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	212	2,30	1,42	0,97	0,163	-0,927	18,4	16,0
28. Es fällt mir schwer, mich mit jemand anderem zu streiten.	0=stimmt 3=stimmt nicht	212	2,30	1,29	0,93	0,316	-0,729	20,8	12,3
29. Es fällt mir schwer andere mit aktuellen Problemen zu konfrontieren.	0=stimmt 3=stimmt nicht	213	1,84	1,25	0,89	0,327	-0,587	20,2	9,9
30. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich.	0=stimmt 3=stimmt nicht	212	2,30	1,29	0,95	0,292	-0,803	21,7	12,7
31. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein privates Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	0=stimmt 3=stimmt nicht	212	2,30	1,36	0,93	0,154	-0,812	18,9	12,3
32. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein berufliches Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	0=stimmt 3=stimmt nicht	188	13,36	1,43	1,19	0,15	-1,492	29,8	28,2

<i>Item</i>	<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>% feh- lender Werte*</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Boden- effekte **</i>	<i>Decken- effekte ***</i>
33. Wie ist Ihre momen- tane Arbeitssituation?	kategorial	210	3,23	-	-	-	-	-	-
34. Gehen Sie gerne zur Arbeit?	0=stimmt 3=stimmt nicht	141	11,88	1,21	0,99	0,363	-0,899	27,7	12,8
35. Meine Leistungen bei der Arbeit werden wertgeschätzt.	0=stimmt 3=stimmt nicht	140	12,50	1,40	0,99	0,103	-1,027	21,4	15,7
36. Manchmal wünschte ich mir mehr Unter- stützung durch ... meine Kollegen bei der Arbeit.	0=stimmt 3=stimmt nicht	133	16,88	1,52	1,08	-0,031	-1,272	22,6	23,3
... meine Vorgesetzten bei der Arbeit.	0=stimmt 3=stimmt nicht	130	18,75	1,05	1,08	0,685	-0,831	40,0	16,2
37. Ich möchte wieder an meinen bisherigen Arbeitsplatz zurück.	0=stimmt 3=stimmt nicht	134	16,25	1,29	1,25	0,228	-1,609	41,8	25,4
38. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	0=stimmt 3=stimmt nicht	133	16,88	1,01	1,16	0,745	-0,972	47,4	19,5
39. Bei der Arbeit ver- ausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	0=stimmt 3=stimmt nicht	136	15,00	0,73	0,93	1,13	0,299	52,9	7,4
40. Bei der Arbeit bin ich...	0=überforder t, 1=in gu- tem Maße gefordert, 2=unterforde rt	137	14,38	0,60	0,64	0,582	-0,595	48,2	8,0
41. Ich habe eine Per- spektive, wieder ei- nen (für Berufstätige: einen anderen) Job zu finden.	0=stimmt 3=stimmt nicht	167	10,70	2,22	1,40	-0,204	-1,195	16,2	24,6
42. Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesund- heitszustand und Ihre berufliche Leistungs- fähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufs- tätig sein können?	0=sicher 4=auf keinen Fall	176	6,38	1,60	0,92	-0,194	-0,764	13,6	16,5
43. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesund- heitszustand Ihre Er- werbstätigkeit dau- erhaft gefährdet?	0=ja, 1=nein	175	6,91	-	-	-	-	53,7	46,3

<i>Item</i>	<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>% feh- lender Werte*</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Boden- effekte **</i>	<i>Decken- effekte ***</i>
44. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken herum, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	0=ja, 1=habe bereits einen gestellt, 0=nein	178	5,32	-	-	-	-	15,2	74,7
45. Was war für Sie entscheidend bei der Auswahl der Klinik?	kategorial	209	3,69	-	-	-	-	-	-
46. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten.	0=stimmt 3=stimmt nicht	207	4,61	0,78	1,03	1,063	-0,178	55,1	11,1
47. Ich bin der Meinung, dass mir bei meinen Beschwerden eine psychologische Behandlung hilft.	0=stimmt 3=stimmt nicht	208	4,15	0,29	0,49	1,32	0,608	72,6	0
48. Ich bin der Meinung, dass mir bei meinen Beschwerden Medikamente helfen.	0=stimmt 3=stimmt nicht	203	6,45	1,58	1,11	-0,107	-1,331	22,7	26,6
49. Ich bin bereit, alte Gewohnheiten zu verändern, um etwas Neues auszuprobieren.	0=stimmt 3=stimmt nicht	202	6,91	0,56	0,64	0,82	0,2	51,5	0,5
50. Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht.	0=stimmt 3=stimmt nicht	211	2,76	0,28	0,49	1,468	1,170	73,9	0
51. Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich mehr Freude am Leben finde.	0=stimmt 3=stimmt nicht	209	3,69	0,33	0,55	1,667	2,781	71,3	0,5
52. Ich werde mit meinem Therapeuten/ meiner Therapeutin leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht.	0=stimmt 3=stimmt nicht	208	4,15	0,92	0,86	0,61	-0,369	36,1	4,8
54. Meinen Sie, dass die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung Ihnen helfen wird?	0=ja sehr 3=nein	212	2,30	0,69	0,60	0,512	0,869	37,3	0,9

<i>Item</i>	<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>% feh- lender Werte*</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Boden- effekte **</i>	<i>Decken- effekte ***</i>
55. Ich war schon einmal in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.	0=ja, 1=nein	200	7,83	-	-	-	-	79,5	20,5
Wie zufrieden waren Sie mit dieser Behandlung?	0=zufrieden -3=unzufrieden	168	0	0,85	0,85	0,771	-0,028	39,3	4,8
56. Ich war schon einmal in stationärer psychotherapeutischer Behandlung.	0=ja, 1=nein	202	6,91	-	-	-	-	46,5	53,5
Wie zufrieden waren Sie mit dieser Behandlung?	0=zufrieden -3=unzufrieden	102	0	0,76	0,85	0,973	0,361	45,1	4,9
57. Wissen Sie, wie Ihre Nachbehandlung nach diesem Aufenthalt aussehen wird?	0=ja, 1=nein	205	5,53	-	-	-	-	42,4	57,6
58. Wie stehen Sie zur Einnahme von Psychopharmaka als Teil der Behandlung von psychischen Störungen?	kategorial	209	3,69	-	-	-	-	-	-
59. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	0=ausgezeichnet 4=schlecht	211	2,76	3,24	0,79	-0,97	0,994	0,5	42,2
60. Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.	0-24 Wochen	179	17,51	12,63	9,67	-,011	-1,659	17,3	31,3
61. Bitte kreisen Sie rechts die Zahl (0-10) ein, die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.	0=gar nicht belastet 10=extrem belastet	211	2,76	7,38	2,04	-0,83	0,457	0,5	15,2
64. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.	0=stimmt 3=stimmt nicht	216	0,46	1,25	1,07	0,311	-1,151	31,0	16,2

Anmerkungen: *Prozentsatz fehlender Werte relativiert an der Gesamtstichprobe von N=217. Bei den Items 34 bis 40 wurden arbeitslos gemeldete und pensionierte Patienten ausgeschlossen, dementsprechend bestand die Substichprobe hier aus N=160. Bei den Items 41 bis 44 wurden pensionierte Patienten ausgeschlossen, dementsprechend bestand die Stichprobe hier aus N=188.

** Bodeneffekte: Prozentsatz der Antworten in der niedrigsten Kategorie.

*** Deckeneffekte: Prozentsatz der Antworten in der höchsten Kategorie.

6. RiResA&P-P (56 Items)

Risiko- und Ressourcenlisteliste

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen zu den Themen „soziales Umfeld“, „Umgang mit psychischer Erkrankung“, „Arbeitssituation“, „Erwartungen an die Behandlung“ und abschließend „allgemeinen Angaben“. Da es sich um eine Pilotversion der Risikocheckliste handelt, ähneln sich einige Fragen. Bitte beantworten sie trotzdem jede Frage.

A: Soziales Umfeld				
Im ersten Teil dieses Fragebogens geht es um Ihr soziales Umfeld. Zu ihrem sozialen Umfeld können zum Beispiel Ihre Familie, Ihr Partner/Ihre Partnerin, Ihre Freunde, Ihre Nachbarn und ggf. Ihre Kollegen gehören. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, welches am besten auf Ihre Situation in Ihrem sozialen Umfeld zutrifft.				
1. Das Ausmaß an Verantwortung (z.B. für Kinder, Haushalt, Pflege), was ich in meiner Familie trage, ist für einen positiven Krankheitsverlauf...	sehr hinderlich <input type="checkbox"/> ₀	eher hinderlich <input type="checkbox"/> ₁	eher förderlich <input type="checkbox"/> ₂	sehr förderlich <input type="checkbox"/> ₃
2. Meine familiären Verhältnisse sind für mich...	sehr belastend <input type="checkbox"/> ₀	eher belastend <input type="checkbox"/> ₁	eher unterstützend <input type="checkbox"/> ₂	sehr unterstützend <input type="checkbox"/> ₃
3. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	ja <input type="checkbox"/> ₀		nein <input type="checkbox"/> ₁	
4. Meine Partnersituation (Partnerschaft oder keine Partnerschaft) ist für mich...	sehr belastend <input type="checkbox"/> ₀	eher belastend <input type="checkbox"/> ₁	eher unterstützend <input type="checkbox"/> ₂	sehr unterstützend <input type="checkbox"/> ₃
5. Haben Sie einen festen Freundeskreis?	ja <input type="checkbox"/> ₀		nein <input type="checkbox"/> ₁	
	stimmt <input type="checkbox"/> ₀	stimmt eher <input type="checkbox"/> ₁	stimmt eher nicht <input type="checkbox"/> ₂	stimmt nicht <input type="checkbox"/> ₃
6. Ich unternehme häufig etwas mit meinen Freunden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. Ich halte auch über das Internet Kontakt zu meinen Freunden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Ich habe das Gefühl, dass ich von meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen) Unterstützung erhalte.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. Wie stark sind Sie insgesamt durch Probleme in Ihren privaten Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn) beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₀	eher nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₁	eher beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₂	beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₃

B: Umgang mit psychischer Erkrankung

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen und auf welche Fähigkeiten Sie zurückgreifen können. Bitte kreuzen Sie an in wie weit die Fragen oder Aussagen auf Sie zutreffen.

11. Folgenden Personen habe ich von meiner psychischen Erkrankung erzählt:	<input type="checkbox"/> ₀ niemandem			
	<input type="checkbox"/> ₁ nur einigen ausgewählten Personen			
	<input type="checkbox"/> ₂ vielen Bekannten			
	<input type="checkbox"/> ₃ meinem gesamten sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Partner, Nachbarn, Kollegen)			
		stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht
				stimmt nicht
12. Es fällt mir schwer, andere über meine psychische Erkrankung zu informieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. Im Hinblick auf meine Erkrankung kann ich gut ...				
... professionelle Hilfe annehmen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
... Hilfe von anderen Personen aus meinem sozialen Umfeld annehmen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. Es tut mir gut, mich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Probleme haben wie ich.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. Wenn Probleme auftauchen, fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
16. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17. Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich, das Bestmögliche daraus zu machen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
18. Ich kann meine eigenen Fehler akzeptieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
19. Erkennen Sie, wenn Sie überfordert sind?		nie	manchmal	oft
				immer
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht
				stimmt nicht
20. Es belastet mich, wenn ich auf Grund meiner Erkrankung nicht mehr alle Aufgaben so bewältigen kann, wie ich es gerne möchte.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
21. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein privates Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
22. Wenn es mir schlecht geht, nimmt mein berufliches Umfeld mehr Rücksicht auf mich, als sonst.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		Ich habe kein berufliches Umfeld.		
		<input type="checkbox"/> ₄		
23. Bitte führen Sie nun die drei wichtigsten Gründe auf, die Ihrer Meinung nach Ihre Krankheit verursacht haben. Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind:				
	1. _____			
	2. _____			
	3. _____			

C: Arbeitssituation

Im folgenden Abschnitt befinden sich einige Fragen zu Ihrer Arbeitssituation. Da dies nicht für alle Personen gleich ist, haben wir verschiedene Fragenblöcke entworfen. Bitte beantworten Sie die erste Frage. Sie werden daraufhin an zu Ihrer Arbeitssituation passende Fragen weitergeleitet.

24. Wie ist Ihre berufliche Situation?

Berufstätig, Vollzeit
→ Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen in den Blöcken C-1 und C-2 zu Ihrer Arbeitssituation.

Berufstätig, Teilzeit
→ Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen in den Blöcken C-1 und C-2 zu Ihrer Arbeitssituation.

arbeitslos gemeldet
→ Bitte fahren Sie mit der Beantwortung der Fragen Block C-2 fort.

Frührente/Altersrente/Pension.
→ Bitte überspringen Sie den Block C „Arbeitssituation“ und fahren Sie mit der Bearbeitung der ersten Frage des nächsten Blocks D „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ fort.

Anderes: _____
→ Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen im Block C-1 (soweit dies möglich ist) und C-2. Treffen die Fragen nicht auf Ihre berufliche Situation zu, fahren Sie mit der Bearbeitung des Blocks D „Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt“ fort.

C-1: Arbeitsumfeld

	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
25. Ich bin mit meinen Arbeitsbedingungen zufrieden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
26. Ich gehe gerne zur Arbeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
27. Meine Leistungen bei der Arbeit werden wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
28. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch ...				
... meine Kollegen...	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
... meine Vorgesetzten...	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
...bei der Arbeit.				
29. Ich möchte wieder an meinen bisherigen Arbeitsplatz zurück.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
30. Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
31. Bei der Arbeit verausgabe ich mich mehr als mir gut tut.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
32. Mit meinen Aufgaben bei der Arbeit bin ich...	überfordert	in gutem Maße gefordert	unterfordert	
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

C-2: berufliche Perspektive

33. Generell habe ich eine gute Perspektive auf dem Arbeitsmarkt.	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
34. Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?	sicher	eher ja	eher nein	auf keinen Fall
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
35. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?	ja		nein	
	<input type="checkbox"/> ₀		<input type="checkbox"/> ₁	
36. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken herum, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	ja	habe bereits einen gestellt	nein	
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

D: Erwartungen an die Behandlung

Die folgenden Fragen und Aussagen beziehen sich auf Ihre Erwartungen an die Behandlung und an die Klinik.

37. Was war für Sie wichtig bei der Auswahl der Klinik? (Mehrfachnennungen sind möglich)	<input type="checkbox"/> ₀ Empfehlungen	<input type="checkbox"/> ₁ Wohnortnähe	<input type="checkbox"/> ₂ Umgebung (z.B. Natur)	<input type="checkbox"/> ₃ Internetauftritt	<input type="checkbox"/> ₄ Ausstattung	<input type="checkbox"/> ₅ Therapiekonzept	<input type="checkbox"/> ₆ Zuweisung durch DRV	<input type="checkbox"/> ₇ Sonstiges:

	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht				
38. Ich habe mich über die Therapieverfahren der psychosomatischen/ psychotherapeutischen Behandlung informiert.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃				
39. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine stationäre Behandlung zu erhalten.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃				
40. Ich weiß, dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃				
41. Ich bin bereit Neues auszuprobieren, so dass ich mehr Freude am Leben finde.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃				
42. Ich werde mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃				
43. Ich bin der Meinung, dass mir die psychosomatische/ psychotherapeutische Behandlung helfen wird.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃				

D: Erwartungen an die Behandlung (Fortsetzung)					
44. Wissen Sie, wie Ihre Nachbehandlung nach diesem Aufenthalt aussehen wird?	ja		nein		nicht notwendig
	<input type="checkbox"/> ₀		<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₂
	Wenn ja, wie?				

45. Wie stehen Sie zur Einnahme von Psychopharmaka als Teil der Behandlung von psychischen Störungen?	<input type="checkbox"/> ₀	Ich nehme bereits Psychopharmaka und möchte die Einnahme fortsetzen.			
	<input type="checkbox"/> ₁	Ich nehme Psychopharmaka, möchte sie aber wieder absetzen.			
	<input type="checkbox"/> ₂	Ich kann mir vorstellen Psychopharmaka zu nehmen.			
	<input type="checkbox"/> ₃	Ich kann mir unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen Psychopharmaka zu nehmen.			
	<input type="checkbox"/> ₄	Ich kann mir unter keinen Umständen vorstellen Psychopharmaka zu nehmen.			
E: Allgemeine Angaben					
Bitte beantworten Sie zum Schluss die folgenden Fragen zu Ihrer allgemeinen und gesundheitlichen Situation.					
46. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen in den letzten vier Wochen beschreiben?	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
47. Ich war in den letzten 12 Monaten insgesamt ca. __ __ Wochen arbeitsunfähig oder so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.					
48. Ich fühle mich durch meine finanzielle Situation belastet.	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht	
	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
49. Bitte kreisen Sie rechts die Zahl (0-10) ein, die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.					
gar nicht belastet					extrem belastet
	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
50. Ich war schon einmal in ambulanter psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.					ja
					<input type="checkbox"/> ₀
					nein
					<input type="checkbox"/> ₁
51. Ich war schon einmal in stationärer psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.					ja
					<input type="checkbox"/> ₀
					nein
					<input type="checkbox"/> ₁
52. Wie alt sind sie?	_____ Jahre				
53. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> ₀	männlich			
	<input type="checkbox"/> ₁	weiblich			



E: Allgemeine Angaben (Fortsetzung)

54. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? _____

55. In welchem Land sind Sie geboren? _____

56. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter _____

Vater _____

Ich habe diesen Fragebogen ausgefüllt am: ..

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

7. RiResA&P-T

Kodierungsnummer: _____

Datum: _____

Risiko- und Ressourcenlisteliste (Therapeutenversion)

	starke Ressource			starker Risikofaktor	
Umgang mit psychischer Erkrankung	++	+	+/-	-	--
Umgang mit Belastungsgrenzen	++	+	+/-	-	--
Soziales Umfeld	++	+	+/-	-	--
Familie	++	+	+/-	-	--
Freunde	++	+	+/-	-	--
Partnersituation	++	+	+/-	-	--
→ falls Belastung in Partnerschaft vorhanden: Wodurch ist die Partnerschaft belastet?					
Arbeitsumfeld	++	+	+/-	-	--
Chancen auf dem Arbeitsmarkt	++	+	+/-	-	--
Erwartungen an die Behandlung	++	+	+/-	-	--
Behandlungsmotivation	++	+	+/-	-	--
Beziehungsfähigkeit	++	+	+/-	-	--
Sekundärer Krankheitsgewinn	nie <input type="checkbox"/> ₀	selten <input type="checkbox"/> ₁	manch- mal <input type="checkbox"/> ₂	oft <input type="checkbox"/> ₃	immer <input type="checkbox"/> ₄
Diagnosen (nach ICD-10)	_____				
Dauer der Erkrankung	Bis 6 Mo- nate <input type="checkbox"/> ₀	6 bis 12 Monate <input type="checkbox"/> ₁	1 bis 4 Jahre <input type="checkbox"/> ₂	5 bis 9 Jahre <input type="checkbox"/> ₃	über 10 Jahre <input type="checkbox"/> ₄

Risiko- und Ressourcenlisteliste

Erläuterung für Therapeuten

Umgang mit psychischer Erkrankung	Bitte schätzen Sie ein ob der Umgang des/der PatientIn mit der Erkrankung für einen positiven Verlauf förderlich bzw. hinderlich ist. Die Bereitschaft des/der PatientIn Hilfe annehmen zu können, sich über die Erkrankung austauschen und andere über sie informieren zu können werden in dieser Kategorie beurteilt.
Umgang mit Belastungsgrenzen	Diese globale Beurteilung wird durch die Einschätzung zu dem Akzeptieren von Belastungsgrenzen
Soziales Umfeld	Bei Ihrer Einschätzung des sozialen Umfeldes Ihres Patienten bitten wir Sie neben einem generellen Urteil um die gesonderte Beurteilung der Bereiche Familie, Freunde und Partnersituation. Falls Belastungen in der Partnerschaft vorhanden sind, beschreiben Sie diese (z.B. psychische Erkrankung des/r Partner/in, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit des/r Partner/in).
Arbeitsumfeld	Bitte schätzen Sie ein in wie weit die Arbeitssituation des/der Patient/in für einen positiven Verlauf förderlich bzw. hinderlich ist. Wenn eine Arbeit vorhanden ist, schätzen sie bitte das Arbeitsumfeld des/der Patient/in so gut dies möglich ist ein und berücksichtigen Sie dabei die Arbeitsbedingungen, das Verhältnis zu den Vorgesetzten und Kollegen sowie die Anforderungen bei der Arbeit.
Chancen auf dem Arbeitsmarkt	Bitte schätzen Sie soweit Sie es beurteilen können die berufliche Perspektive des/der Patient/in unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage ein.
Erwartungen an die Behandlung	Bitte schätzen Sie ein, ob die Erwartungen des/der Patient/in an die Behandlung hinderlich oder förderlich für einen positiven Krankheitsverlauf sind.
Behandlungsmotivation	Schätzen Sie bitte die Behandlungsmotivation des/der Patient/in ein.
Beziehungsfähigkeit	Beurteilen Sie Beziehungsfähigkeit des/der Patient/in im Hinblick auf den (therapeutischen) Beziehungsaufbau zu Ihnen.
Sekundärer Krankheitsgewinn	Bitte beurteilen Sie das Ausmaß des sekundären Krankheitsgewinns.
Diagnosen	Bitte tragen Sie hier die ICD-10 Diagnosen der/des Patient/in ein.
Dauer der Erkrankung	Bitte geben Sie an, wie lange der/die Patient/in bereits unter der/den diagnostizierten psychischen Störung/en leidet.